

GUIDE DU FINANCEMENT DE LA VACCINATION

**Manuel de référence à l'usage des hauts responsables
et des gestionnaires de programme**



La Banque mondiale et l'Alliance GAVI

Décembre 2010

Table des matières

Liste des tableaux	ii
Liste des figures	ii
Remerciements	iii
Guide du financement de la vaccination : introduction	1
Fiche 1 : Importance du financement de la vaccination	
Fiche 2 : Évaluation, planification et budgétisation des besoins de financement de la vaccination	
Fiche 3 : Le financement de la vaccination par la fiscalité	
Fiche 4 : Les assurances maladie	
Fiche 5 : La mise à contribution des patients	
Fiche 6 : Les fonds nationaux d'affectation spéciale	
Fiche 7 : Autres mécanismes nationaux novateurs	
Fiche 8 : Les financements de projet de développement	
Fiche 9 : Les prêts au développement	
Fiche 10 : L'appui budgétaire	
Fiche 11 : L'allègement de la dette	
Fiche 12 : Le marché du vaccin — Les mécanismes d'achats groupés	
Fiche 13 : Le marché du vaccin — L'Initiative pour l'autonomie en matière de vaccins (VII)	
Fiche 14 : Le marché du vaccin — La tarification différenciée	
Fiche 15 : Le marché du vaccin — La production des vaccins	
Fiche 16 : Financements novateurs — La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)	
Fiche 17 : Financements novateurs — Les garanties d'achat futur (AMC)	
Fiche 18 : Financements novateurs — La taxe sur les billets d'avion	
Fiche 19 : Financements novateurs — Les financements basés sur les résultats (RBF)	
Fiche 20 : Renforcement des systèmes de santé et vaccination	
Fiche 21 : Actions auprès des parlementaires	
Fiche 22 : Comparaison des solutions de financement de la vaccination	
Annexe : Évaluation des besoins en chaîne du froid	
Sigles et acronymes	

Liste des tableaux

- Tableau 2.1 Critères utilisés pour évaluer les solutions de financement des programmes nationaux de vaccination
- Tableau 3.1 Évaluation des recettes publiques pour financer la vaccination
- Tableau 4.1 Évaluation des assurances maladie pour financer la vaccination
- Tableau 5.1 Évaluation de la mise à contribution des patients pour financer la vaccination
- Tableau 6.1 Évaluation des fonds d'affectation spéciale pour financer la vaccination
- Tableau 7.1 Évaluation des autres mécanismes nationaux novateurs pour financer la vaccination
- Tableau 8.1 Évaluation des financements de projet pour financer la vaccination
- Tableau 9.1 Évaluation des prêts au développement pour financer la vaccination
- Tableau 10.1 Évaluation de l'appui budgétaire pour financer la santé et la vaccination
- Tableau 11.1 Évaluation de l'allégement de la dette pour financer la vaccination
- Tableau 12.1 Évaluation des mécanismes d'achats groupés pour financer la vaccination
- Tableau 13.1 Évaluation de l'Initiative pour l'autonomie en matière de vaccins (VII) pour financer la vaccination
- Tableau 19.1 Évaluation des financements basés sur les résultats (RBF) pour financer la vaccination
- Tableau 21.1 Évaluation des actions menées auprès des parlementaires pour financer la vaccination
- Tableau 22.1 Comparaison des solutions de financement de la vaccination
- Tableau A.1 Volumes de vaccin de référence
- Tableau A.2 Taux de perte des vaccins utilisés pour le calcul des besoins de stockage frigorifique

Liste des figures

- Figure 2.1 Élargissement de la marge budgétaire disponible pour la vaccination
- Figure 20.1 Les « boutons de réglage » du système de santé

Remerciements

Le **Guide du financement de la vaccination** a été réalisé par Logan Brenzel (Banque mondiale) et Andrew Jones (Adeni Consulting) pour le compte du Groupe de travail de l'Alliance GAVI sur le financement et la viabilité de la vaccination. Gabrielle Hezekiah en a assuré la mise en page.

Les auteurs souhaitent remercier toutes les personnes ayant fait part de leurs observations sur les précédentes versions de ce document, en particulier : Claudio Politi, OMS ; Lidija Kamara, OMS ; Miloud Kaddar, OMS ; Claudia Castillo, OPS ; Santiago Cornejo, Secrétariat de GAVI ; Dragoslav Popovic, UNICEF ; Katinka Rosenbom, UNICEF ; Robert Steinglass, John Snow, Inc. ; et Violaine Mitchell, Fondation Bill & Melinda Gates.

Nous remercions Chris Atim, Ajay Tandon et Anthony Measham, de la Banque mondiale, pour leurs avis sur la version préliminaire. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux gestionnaires de programme du PEV dans les pays et aux équipes régionales de l'OMS qui nous ont transmis de précieux commentaires.

La photographie de la couverture a été fournie par l'UNICEF : Image UNI43689 : Â© UNICEF/NYHQ2006-0087/Noorani. Une fillette se fait vacciner contre la rougeole au moyen d'une seringue autobloquante dans le village de Gumdandi, près du port de Chittagong, dans le sud du Bangladesh. En février 2006, le Gouvernement bangladais a lancé la seconde phase de sa campagne nationale de vaccination anti-rougeoleuse. Malgré les progrès considérables accomplis ces dix dernières années, la couverture vaccinale ne dépasse pas 71 % de la population totale pour la rougeole, une maladie qui tue chaque année près de 20 000 enfants de moins de cinq ans. Avec quelque 35 millions d'enfants ciblés et 50 000 agents vaccinateurs et 750 000 bénévoles recrutés, cette campagne représente la plus grande initiative de santé publique jamais lancée dans toute l'histoire du pays. Pour cette immense entreprise, le Bangladesh et les nombreux autres partenaires du Programme élargi de vaccination (PEV) ont bénéficié du concours de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la santé.

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce au fonds fiduciaire de GAVI administré par la Banque mondiale. Les avis exprimés dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Alliance GAVI ou de la Banque mondiale. Les nombreux contributeurs ne sont en aucun cas responsables des erreurs pouvant subsister dans le document.

Guide du financement de la vaccination : introduction

Objet de ce guide

Un programme de vaccination ne peut être mené à bien sans financement viable. Le **Guide du financement de la vaccination** est un ensemble de fiches exposant différentes solutions envisageables pour financer des programmes nationaux de vaccination et des achats de vaccins. Il est destiné à servir de manuel de référence aux gestionnaires de programme et aux hauts responsables des ministères de la Santé, de la Planification et des Finances. Le Guide rassemble les données les plus actuelles sur les caractéristiques de différents mécanismes de financement, ainsi que des informations sur la manière dont ces mécanismes sont mis en œuvre dans la pratique, et sur leurs points forts et leurs points faibles, avec des études de cas dans la mesure du possible. Le financement de la vaccination est un domaine en constante évolution, c'est pourquoi le Guide sera mis en ligne sur le web et pourra être téléchargé facilement. Pour cette raison, il contient des liens vers d'autres sites web apportant des compléments d'information. Le Guide est également disponible sur CD-ROM.

Cette version du Guide est une mise à jour de l'ouvrage Les différents modes de financement de la vaccination publié par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI) en 2001. Les changements intervenus depuis 10 ans dans le financement et la gestion du secteur de la santé ont rendu le document précédent obsolète. Des mécanismes nouveaux et novateurs ont été mis au point pour financer la vaccination et le secteur de la santé, et les vaccins ont évolué ainsi que leur coût. D'autre part, les hauts responsables et les partenaires de développement sont aujourd'hui beaucoup mieux informés sur le financement de la santé.

Sujets abordés dans les fiches

Ce Guide vise à répondre à toutes les questions que les gestionnaires de programme et les hauts responsables sont amenés à se poser, notamment :

- Quelles sont les solutions disponibles pour financer les services de vaccination et les nouveaux vaccins ?
- Quelles sont les caractéristiques de ces différents modes de financement ? Quel est leur niveau de prévisibilité, de fiabilité, de faisabilité technique et d'équité ?
- Certains mécanismes de financement donnant de bons résultats dans d'autres domaines du secteur de la santé sont-ils aussi applicables à la vaccination ?

Pour déterminer la meilleure stratégie à adopter pour financer les programmes de vaccination, les ministères de la Santé, de la Planification et des Finances doivent prendre le temps de sopeser toutes ces questions. Certains modes de financement sont plus adaptés à une situation donnée. Les avantages et les inconvénients de chacune des solutions envisageables doivent être évalués en fonction du contexte du pays.

Le Guide contient les fiches suivantes :

- Fiche 1 : Importance du financement de la vaccination
- Fiche 2 : Évaluation, planification et budgétisation des besoins de financement de la vaccination
- Fiche 3 : Le financement de la vaccination par la fiscalité
- Fiche 4 : Les assurances maladie
- Fiche 5 : La mise à contribution des patients
- Fiche 6 : Les fonds nationaux d'affectation spéciale
- Fiche 7 : Autres mécanismes nationaux novateurs
- Fiche 8 : Les financements de projets de développement
- Fiche 9 : Les prêts au développement
- Fiche 10 : L'appui budgétaire
- Fiche 11 : L'allègement de la dette
- Fiche 12 : Le marché du vaccin — Les mécanismes d'achats groupés
- Fiche 13 : Le marché du vaccin — L'Initiative pour l'autonomie en matière de vaccins (VII) de l'UNICEF
- Fiche 14 : Le marché du vaccin — La tarification différenciée
- Fiche 15 : Le marché du vaccin — La production des vaccins
- Fiche 16 : Financements novateurs — La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)
- Fiche 17 : Financements novateurs — Les garanties d'achat futur (AMC)
- Fiche 18 : Financements novateurs — La taxe sur les billets d'avion
- Fiche 19 : Financements novateurs — Les financements basés sur les résultats (RBF)
- Fiche 20 : Renforcement des systèmes de santé et vaccination
- Fiche 21 : Actions auprès des parlementaires
- Fiche 22 : Comparaison des solutions de financement de la vaccination

Les fiches sont suivies d'une annexe « Évaluation des besoins en chaîne de froid » et d'une liste des sigles et acronymes.

Comment utiliser ce Guide

Ce Guide est conçu pour pouvoir aussi bien être lu de A à Z que consulté ponctuellement. Bien que les sujets traités soient regroupés par thème, les fiches n'ont pas besoin d'être lues dans l'ordre. (Nous recommandons néanmoins de lire attentivement la fiche n°2 « Évaluation, planification et budgétisation des besoins de financement de la vaccination », car elle présente les différents critères utilisés pour évaluer chaque mode de financement de la vaccination.) Lorsque les fiches se recoupent — ou lorsqu'une information contenue dans une fiche peut apporter des éclaircissements au contenu d'une autre fiche — le lecteur est renvoyé à la fiche concernée. Plusieurs listes de lectures complémentaires sont également proposées.

Fiche 1 : Importance du financement de la vaccination

Chaque année naît une nouvelle cohorte d'enfants exposés à un risque de contracter des maladies évitables par la vaccination. L'Organisation mondiale de la santé ([OMS](#)) et l'[UNICEF](#) estiment que près de [24 millions d'enfants ne sont pas vaccinés](#),¹ d'où de nombreux décès qui auraient pu être évités. Pour réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants, il est indispensable d'assurer la continuité du financement des programmes de vaccination systématique. Beaucoup de pays peinent à mobiliser les ressources nécessaires pour leurs programmes nationaux de vaccination (PNV), qui représentent approximativement 5 % des dépenses publiques de santé dans les pays à faible revenu. Plusieurs raisons poussent à se préoccuper de garantir le financement des programmes en trouvant des sources suffisantes et prévisibles :

1. **Le coût des vaccins est plus élevé qu'autrefois** : les nouveaux vaccins tels que le vaccin pentavalent et les vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus et le papillomavirus humain sont bien plus chers que les vaccins traditionnels du PEV (vaccin antipolio oral et vaccin antirougeoleux) qui coûtent quelques centimes la dose. Même si les prix unitaires devraient baisser avec le temps (avec les gains de productivité obtenus, l'arrivée de nouveaux fabricants sur le marché et l'augmentation de la demande de nouveaux vaccins), ils ne descendront sans doute jamais aussi bas que ceux des vaccins traditionnels.
2. **Les programmes de vaccination coûtent plus cher lorsqu'on arrive à des taux de couverture élevés** : en règle générale, plus le taux de couverture augmente, plus les enfants qui restent à vacciner sont difficiles à toucher. Il s'agit souvent de familles ayant peu accès à des établissements de santé, habitant dans des lieux isolés, ou moins convaincues des bienfaits de la vaccination. Pour atteindre ces enfants, les programmes nationaux peuvent adopter des stratégies accélérées. De ce fait, le coût moyen par enfant augmente lorsque les pays concentrent leurs efforts sur les enfants non couverts, [ce qui entraîne une hausse des coûts du dispositif de vaccination](#).

Qu'est-ce qui a changé dans le financement de la vaccination ?

Ces dernières années, [l'envergure et le coût des programmes nationaux de vaccination](#) ont sensiblement augmenté. Les nouveaux vaccins font gonfler le coût des programmes nationaux de vaccination et forment la plus grande part de leur budget total. Une étude complète du financement de la vaccination dans 50 pays parmi les plus pauvres de la planète révèle qu'en 2010, les dépenses de vaccination sont passées de 6 dollars par enfant à 15 dollars par enfant en moyenne, du fait des nouveaux vaccins. Le taux d'augmentation et le niveau de dépenses varient suivant le revenu du pays et la région. Les campagnes de vaccination représentent souvent une part importante des coûts de vaccination, en particulier dans les pays où le système de santé est relativement peu développé. Ce qui a changé dans le bon sens, c'est qu'outre l'augmentation du financement extérieur de la

¹ Okwo-Bele, J.M. OMS/HQ. « Global Immunization Overview ». Document présenté à la Réunion mondiale sur la vaccination, Genève, 1-3 février 2010.

vaccination, les autorités gouvernementales investissent davantage, elles aussi, dans leurs programmes nationaux. Mais même si le total des fonds affectés à la vaccination a progressé, il reste insuffisant au regard des besoins et la pérennité des programmes est menacée. Il est donc indispensable d'étudier toutes les solutions présentées ici et [ailleurs](#) pour assurer le financement de la vaccination.

Créée en 2000, l'[Alliance GAVI](#)² est un partenariat réunissant l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, des États donateurs, des pays en développement, le secteur privé, des fondations privées, la communauté financière, des organismes techniques et des organisations non gouvernementales (ONG). L'[Alliance GAVI](#) apporte à 72 pays parmi les plus pauvres de la planète une assistance financière substantielle afin de les aider à introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés et à renforcer les programmes nationaux de vaccination et les systèmes de santé.³ Depuis 2000, on estime que l'Alliance GAVI a permis de vacciner plus de 300 millions d'enfants supplémentaires et d'éviter ainsi [près de 4 millions de décès](#) des suites d'une hépatite, du Hib ou de la coqueluche, grâce à plus de 3,7 milliards de dollars versés aux pays admissibles.

Par ailleurs, des mécanismes de financement novateurs ont été mis au point depuis 2000 pour les secteurs de la vaccination et de la santé. L'un de ces mécanismes, la Facilité internationale de financement pour la vaccination ([IFFIm](#)), consiste à lever des fonds sur les marchés financiers, afin de mobiliser des ressources immédiatement disponibles pour la vaccination en s'appuyant sur les engagements des donateurs. D'autres, comme les garanties d'achat futur ([AMC](#)), sont conçus pour remédier au manque d'incitation du marché à mettre au point et fabriquer des nouveaux vaccins pour les pays à faible revenu. Les [AMC](#) constituent un mécanisme de financement incitatif destiné à accélérer l'accès à un vaccin qui n'est pas largement disponible à un prix abordable pour les pays à faible revenu. Ces deux mécanismes réunis ont permis d'injecter 4 milliards de dollars supplémentaires dans les systèmes de vaccination et de santé des pays à faible revenu.

Qu'est-ce qui a changé dans le financement de la santé ?

Le financement des services de santé par des sources nationales a plus que doublé dans les pays à faible revenu, passant d'environ 8 milliards à 18 milliards de dollars par an en 2006. Bien que les dotations intérieures (nationales) à la santé soient beaucoup plus élevées que l'aide au développement, [l'aide au secteur de la santé a aussi augmenté considérablement](#) – d'un facteur quatre – pour passer d'environ 5 milliards de dollars en 1990 à plus de 21 milliards de dollars en 2009.⁴ La hausse de l'APD affectée à la santé a fait suite à l'adoption des [objectifs du Millénaire pour le développement \(OMD\)](#), et est allée pour une grande part à la prévention, au traitement et à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Malgré ce surcroît d'effort des donateurs, les financements disponibles restent très insuffisants et les engagements internationaux d'aide au développement n'ont pas encore été honorés. Beaucoup de pays accusent un net retard par rapport aux OMD qui

² Anciennement l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

³ Suite aux [modifications récentes](#) des critères d'admissibilité aux financements de GAVI, 58 pays seront susceptibles de bénéficier de financements à compter de 2011.

⁴ Direction de la coopération pour le développement. « Aid for Better Health: What are we Learning about What Works and What we Still Have to Do? An Interim Report from the Task Team on Health as a Tracer Sector. » DCD/CAD/EFF(2009)14, p. 55.

nécessiteraient, selon des études récentes, que les dépenses de santé des pays à faible revenu soient plus que doublées pour passer [d'environ 31 milliards de dollars aujourd'hui à entre 67 et 76 milliards de dollars par an d'ici 2015](#).⁵

La crise financière mondiale qui a débuté à l'automne 2008 a pesé sur les ressources des pays donateurs et risque de limiter les budgets d'aide — ou tout du moins rendre peu probables de nouvelles hausses. De plus, un grand nombre des pays les plus démunis de la planète ont été touchés par la crise du fait du resserrement du crédit et du recul de leurs exportations.

⁵ Voir le rapport du Groupe de travail n°1, « Constraints to Scaling up and Costs. » Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé (Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+)).

Fiche 2 : Évaluation, planification et budgétisation des besoins de financement de la vaccination

Le financement de la vaccination ne peut pas être examiné isolément des problèmes généraux du financement, de la planification et de la budgétisation du secteur de la santé. La manière dont les services de santé sont financés a des répercussions sur le fonctionnement et les performances du système de santé. Le [financement de la santé](#) recouvre les différentes opérations par lesquelles des ressources financières sont générées, allouées et utilisées dans les systèmes de santé. Les systèmes de financement de la santé ont trois fonctions importantes : collecter des fonds suffisants pour la santé ; mettre ces fonds en commun afin de répartir les risques financiers associés au paiement des soins de santé ; et utiliser les fonds disponibles pour acheter et fournir les services de santé souhaités.

Les modes de financement de la santé et de la vaccination peuvent être classés de différentes manières. Dans le présent Guide, nous nous intéressons à la façon dont les financements affectés aux programmes de vaccination et aux nouveaux vaccins sont générés, organisés et utilisés. Les fonds peuvent provenir de sources intérieures ou d'organismes extérieurs, ou encore de sources privées ou publiques, par exemple des impôts. Un mécanisme de financement peut souvent combiner plusieurs sources. Les capitaux mobilisés peuvent passer par les procédures budgétaires nationales, alimenter des fonds gérés, ou servir à créer des mécanismes de financement novateurs.

Les [systèmes de financement de la santé](#) ont pour mission essentielle de collecter des fonds, répartir les risques et réaliser des achats. Les mécanismes auxquels les pays peuvent faire appel comprennent notamment les assurances maladie, les contrats de services entre les ministères de la Santé et des ONG, les contrats de performances passés entre les travailleurs de santé et leurs établissements, ou encore l'achat de vaccins par des fonds autorenouvelables ou des garanties d'achat futur (AMC).

Évaluation des besoins de financement

Chaque pays doit déterminer les volumes de financement dont il a besoin pour assurer l'exécution de son programme national de vaccination systématique (PNV) et de ses activités de vaccination supplémentaires. Les besoins de financement du PNV englobent le personnel de santé, y compris le personnel d'encadrement et de supervision ; les vaccins ; le matériel d'injection à usage unique et les autres fournitures ; la formation ; la chaîne du froid et son entretien ; les outils d'enregistrement et de communication de données ; la mobilisation de la population et des communautés locales ; et le transport et les véhicules.

Fin 2005, dans le cadre de la mise en œuvre de l'[initiative GIVS \(La vaccination dans le monde : vision et stratégie\)](#), l'OMS et l'UNICEF, associés aux partenaires de l'Alliance GAVI, ont défini des directives pour l'élaboration d'un [plan pluriannuel complet \(PPAC\)](#) destiné à aider les pays à améliorer leur planification en matière de vaccination. Ce PPAC a simplifié et harmonisé diverses activités de planification dans ce domaine au niveau national afin de réduire le travail en double et les coûts de transaction, et faire en sorte que la planification soit plus en phase avec les systèmes nationaux. Avec le PPAC, le processus de planification

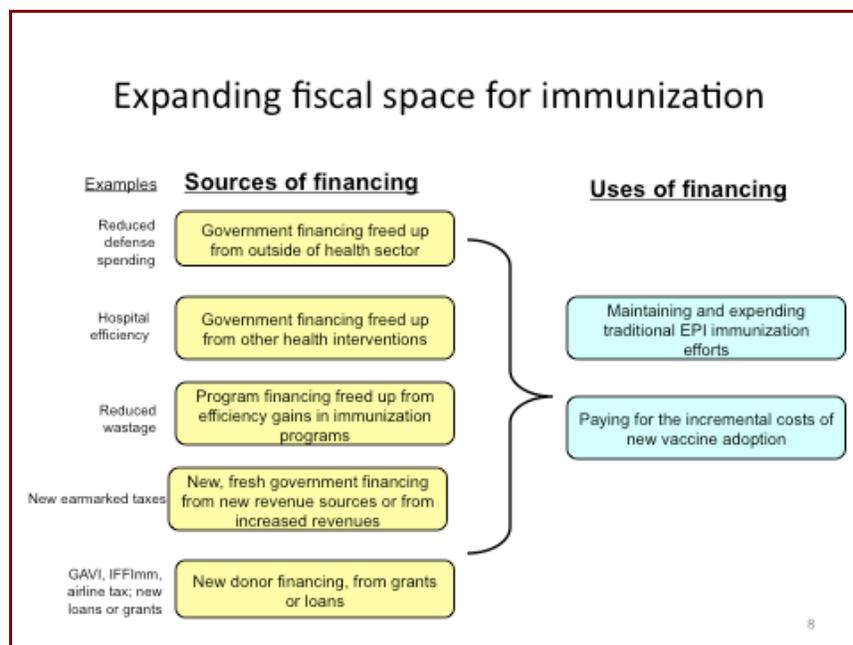
national a été intégré en un plan unique, exhaustif et chiffré. L'[outil de chiffrage et de financement du PPAC](#) permet d'estimer les coûts actuels et passés et le financement des programmes de vaccination, et d'établir des projections des besoins de ressources et des financements futurs afin d'évaluer les déficits de financement correspondants.

Les calculs du PPAC devraient être davantage intégrés dans les cadres nationaux de planification et de budgétisation de la santé tels que le budget annuel ou pluriannuel de la santé et, au final, les [cadres de dépenses à moyen terme \(CDMT\)](#), qui sont des instruments de planification et de budgétisation sur une période glissante de trois ans. Trop souvent, le PPAC est vu comme un exercice autonome et séparé, et les estimations des coûts qu'il contient ne sont pas intégrées aux budgets nationaux. Les besoins de ressources du programme national de vaccination ne sont donc pas représentés entièrement dans les discussions budgétaires sur le secteur de la santé, d'où des financements insuffisants par rapport aux besoins.

Les programmes de vaccination étant en concurrence avec beaucoup d'autres programmes de santé prioritaires pour obtenir des ressources publiques, il est intéressant de trouver des moyens d'augmenter l'enveloppe globale des ressources à la santé. La [marge budgétaire](#) est la latitude dont les pouvoirs publics disposent pour consacrer des ressources à un usage particulier sans mettre en péril les finances de l'État. Un pays a cinq moyens d'élargir sa marge budgétaire au profit du secteur de la santé, et plus spécialement des programmes de vaccination :

- en affectant un plus grand volume de ressources au secteur de la santé, avec une augmentation consécutive des dotations à des programmes particuliers comme la vaccination ;
- en déplaçant des ressources, à l'intérieur du secteur de la santé, vers des services d'un meilleur rapport coût-efficacité, comme la vaccination ;
- en améliorant l'efficacité du programme de vaccination de manière à obtenir davantage de résultats avec le même niveau de moyens ;
- en exploitant de nouvelles sources de financement, par exemple de nouveaux impôts ou des loteries ;
- en bénéficiant d'une aide plus importante des donateurs (dons ou allègements de dettes).

Figure 2.1 Élargissement de la marge budgétaire disponible pour la vaccination



Expanding fiscal space for immunization	Élargissement de la marge budgétaire disponible pour la vaccination
Examples	Exemples
Sources of financing	Sources de financement
Uses of financing	Emplois des fonds
Reduced defense spending	Réduction des dépenses militaires
Hospital efficiency	Amélioration du fonctionnement des hôpitaux
Reduced wastage	Diminution des pertes
New earmarked taxes	Nouveaux impôts à affectation spécifique
GAVI, IF Finvn, airline tax; new loans or grants	GAVI, IFFIm, taxe sur les billets d'avion ; nouveaux prêts ou dons
Government financing freed up from outside of health sector	Fonds publics dégagés d'autres secteurs que la santé
Government financing freed up from other health interventions	Fonds publics dégagés d'autres interventions du secteur santé
Program financing freed up from efficiency gains in immunization programs	Fonds dégagés des programmes de vaccination par des gains d'efficacité
New, fresh government financing from new revenue sources or from increased revenues	Nouveaux fonds publics provenant de nouvelles sources de revenus ou d'une hausse des recettes publiques
New donor financing, from grants or loans	Nouveaux financements de donateurs (dons ou prêts)
Maintaining and expending traditional EPI immunization efforts	Maintien et élargissement des activités de vaccination traditionnelles du PEV
Paying for the incremental costs of new vaccine adoption	Financement du coût supplémentaire de l'adoption de nouveaux vaccins
Source: Brenzel, L. Presentation to the Global Immunization Meeting, 2005.	Source : Brenzel, L., présentation à la Réunion mondiale sur la vaccination, 2005

Comment évaluer différentes solutions de financement de la vaccination ?

Les solutions de financement peuvent être complexes et avoir également des conséquences très variables sur la fourniture des services et la mobilisation des ressources du point de vue de l'efficacité et de l'équité. C'est en comprenant toutes les facettes des mécanismes de financement que les gestionnaires de programme et les hauts responsables pourront choisir la combinaison la mieux adaptée à leur contexte particulier et aux priorités nationales.

Tous les pays n'ont pas les mêmes objectifs pour leur programme de vaccination, que les différents mécanismes ne serviront pas de la même façon. Bien que le choix d'un mécanisme de financement ne détermine pas directement le succès ou l'échec d'un programme de vaccination, il peut avoir une incidence importante sur les résultats obtenus. À titre d'exemple, la mise à contribution des patients peut diminuer l'utilisation des services, tandis que les financements de projets peuvent augmenter les coûts de transaction et avoir un impact négatif sur l'appropriation par le pays des actions menées. La combinaison optimale de mécanismes de financement dépend de chaque État et de chaque programme national.

Dans ce Guide, les différents modes de financement de la vaccination sont évalués par rapport à un ensemble de critères fondamentaux :

- la prévisibilité,
- l'additionnalité par rapport aux financements publics existants,
- l'équité,
- l'efficacité,
- la faisabilité,
- la viabilité,
- la promotion de l'autosuffisance,
- la transparence.

Ces critères sont présentés au tableau 2.1.

Lectures complémentaires

Brenzel, L., N. Halsey, M. Miller, L. Wolfson, et J. Fox-Rushby, « Chapter 20: Vaccine Preventable Diseases. » In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, directeurs de la publication Jamison et al., Washington, D.C. : Banque mondiale, 2006.

Lydon, P., R. Levine, M. Makinen, M., L. Brenzel, V. Mitchell, J. Milstein, L. Kamara, et S. Landry, 2008. « Introducing Vaccines in the Poorest Countries: What did we Learn from the GAVI Experience with Financial Sustainability? » *Vaccine* (26): 6706-6716.

http://www.who.int/immunization_financing/analysis/IVAC_8566_LydonP.pdf

Organisation mondiale de la santé. Le PPAC, outil de financement :

http://www.who.int/immunization_financing/tools/cmyp/en/index.html

Tableau 2.1 Critères utilisés pour évaluer les solutions de financement des programmes nationaux de vaccination

Critère	Description
Prévisibilité	Dans quelle mesure la source de financement assure un flux régulier de ressources. Le fait d'avoir des sources de financement prévisibles améliore la planification et la budgétisation de l'ensemble du programme national de vaccination et améliore son efficacité. Une source de financement est prévisible lorsqu'un programme national peut compter dessus, sur le plan des volumes et des dates de versement.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Dans quelle mesure la source de financement fournit des ressources venant s'ajouter aux financements publics existants, augmentant ainsi l'enveloppe globale de financements. Les sources qui n'ajoutent pas nécessairement des ressources à l'enveloppe de financements peuvent être très fongibles.
Équité	Quel impact la source de financement aura sur l'équité de l'allocation des ressources (entre autres selon des critères socioéconomiques ou géographiques, et entre hommes et femmes). Une source de financement améliore l'équité lorsque les pauvres n'en supportent pas le poids de manière disproportionnée et que le faible niveau de leurs ressources ne les empêche pas d'avoir accès aux services de santé. Ce critère s'applique surtout aux sources intérieures de revenus.
Efficience	Dans quelle mesure la source de financement crée des coûts de transaction supplémentaires, par exemple des rapports à établir ou des audits à réaliser pour obtenir des financements. L'efficience est la capacité à obtenir le même niveau de résultats pour un coût inférieur. Elle peut aussi dépendre de la souplesse d'utilisation des fonds. L'efficience peut être moindre lorsque les fonds sont réservés à un usage particulier. Il est également possible de concevoir le financement de manière à améliorer la performance des services de vaccination (par des mécanismes d'incitation spécifiques).
Faisabilité	Dans quelle mesure la solution de financement est techniquement complexe, nécessitant du personnel qualifié et un travail de mise au point et de coordination entre différents systèmes et institutions.
Viabilité	Dans quelle mesure la source de financement procure un appui sur une longue durée. Certaines sources de financement génèrent des fonds de manière permanente, tandis que d'autres sont beaucoup plus limitées dans le temps.
Promotion de l'autosuffisance	Dans quelle mesure la source de financement permet à un pays de devenir moins dépendant des sources de financement extérieures. Les financements provenant de sources intérieures sont par définition celles qui améliorent le plus l'autosuffisance du pays du point de vue de sa capacité à se procurer des vaccins et d'autres intrants.
Transparence	Dans quelle mesure la solution de financement favorise la transparence, l'exactitude et la transmission des informations concernant les sources de capitaux, l'affectation et l'emploi des ressources à des services de vaccination. La transparence touche à la gouvernance du secteur de la santé.

Fiche 3 : Le financement de la vaccination par la fiscalité

Qu'est-ce que le financement par la fiscalité ?

Les gouvernements centraux et infranationaux collectent des recettes par divers impôts et taxes : impôts sur le revenu des ménages et des entreprises, prélèvements sur les rémunérations, taxes spécifiques sur les services et les produits de fabrication locale, impôts sur la propriété, taxes sur le chiffre d'affaires et la valeur ajoutée, impôts sur les successions, taxes sur le tabac et les alcools, droits de douane et droits d'importation, etc. Les montants collectés dépendent de la structure de l'économie ainsi que de l'efficacité des services de perception des impôts.

Les impôts et taxes peuvent être caractérisés par leur degré de régressivité/progressivité. Un impôt est dit « régressif » lorsque les ménages modestes y contribuent pour une part plus importante de leur revenu, et il est « progressif » quand les ménages aisés versent une part plus importante de leur revenu. Les impôts et taxes progressifs sont considérés comme plus équitables.

Les fonds provenant des recettes publiques, ainsi que les ressources reçues au titre des emprunts publics et des dons, sont alloués aux ministères dans le cadre d'une procédure budgétaire annuelle officielle. Les budgets de fonctionnement et d'investissement sont préparés chaque année par ministère et par catégorie économique ou poste budgétaire. Les budgets du ministère de la Santé (et ceux des autres secteurs) sont généralement basés sur les schémas de dépenses passés. Dans l'idéal, le budget de la santé devrait être planifié « de bas en haut », en partant des centres de soins primaires et en remontant au niveau des districts, des provinces ou des régions et enfin jusqu'à l'échelon national, afin de prendre en compte les besoins réels pour atteindre les objectifs de santé. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les financements au secteur de la santé ne couvrent pas les besoins.

Les recettes publiques sont habituellement décaissées aux ministères sur la base de demandes de ressources mensuelles par poste budgétaire. Les budgets sont parfois adoptés définitivement plusieurs mois après le début de l'exercice budgétaire, et les ministères reçoivent les dotations mensuelles de l'année précédente jusqu'à l'adoption définitive du budget. Le manque de prévisibilité des décaissements du Trésor aux ministères est un problème difficile à gérer.

Recettes générales à l'échelon infranational

Depuis les années 90, la tendance est à la [décentralisation dans le secteur de la santé](#) (ainsi que dans d'autres secteurs), les fonctions de gestion et de fourniture des services étant déplacées des autorités nationales vers les autorités locales. Le but de la décentralisation est de rapprocher de la population les ressources et le processus d'affectation des ressources afin d'obtenir des progrès plus rapides en matière de santé et de développement. Les autorités locales peuvent ainsi collecter des recettes par le biais de la fiscalité locale et les affecter elles-mêmes au secteur de la santé.

Utilisation des recettes publiques (nationales et infranationales) à la vaccination

Au fur et à mesure que le revenu d'un pays augmente, les recettes publiques comptent pour une part croissante dans le [financement de la santé](#). Les budgets publics constituent également la [source la plus importante](#) de financement des programmes de vaccination dans la plupart des pays : ils financent les salaires et rémunérations des travailleurs de santé, les frais de fonctionnement des services de santé, et l'achat de vaccins, de fournitures et d'équipements.

Le pourcentage du financement des programmes de vaccination provenant des administrations infranationales dépend du niveau de décentralisation politique et budgétaire de chaque pays. Selon le cas, ce sont les États, les provinces, les départements et/ou les municipalités et les districts qui ont la charge principale ou exclusive du financement des services de vaccination.

Dans les pays fortement décentralisés, le rôle du programme de vaccination central peut se limiter à l'orientation générale, et peut-être à la veille épidémiologique et à l'établissement de rapports nationaux. Le niveau central ne décide plus du montant des ressources affectées au programme de vaccination, en particulier aux échelons locaux, mais il peut donner les grandes lignes à suivre. L'achat des vaccins, des fournitures et du matériel peut relever d'instances infranationales, de même que le financement des salaires et des frais de fonctionnement du programme de vaccination.

Dans les États moins décentralisés, le niveau central peut encore financer des intrants essentiels tels que les vaccins, les fournitures, le matériel de la chaîne de froid, et les activités de veille. Les frais de fonctionnement des installations et les salaires peuvent être financés par des dotations forfaitaires du gouvernement central venant compléter les recettes des administrations locales. Enfin, dans les États fragiles, les autorités centrales gardent encore souvent la mainmise, y compris financière, sur la vaccination et les autres programmes prioritaires.

Dans un système décentralisé, [les services de vaccination risquent d'être négligés](#) si la vaccination n'est pas expressément protégée, que ce soit par l'affectation spécifique de transferts budgétaires ou par la signature de contrats de performances avec les autorités infranationales. Les emplois prioritaires des recettes fiscales à l'échelon infranational peuvent ne pas inclure la vaccination ou ne pas concorder avec les priorités nationales ou internationales. De ce fait, il peut arriver que les intrants nécessaires à la fourniture de services de vaccination de qualité ne soient pas entièrement financés. Les dirigeants locaux privilégient les projets et les programmes qui augmentent leur visibilité et améliorent leurs chances d'être réélus. Parce que la vaccination a porté ses fruits et que la population voit de moins en moins de cas de rougeole et de polio, le besoin d'allouer des moyens aux programmes de vaccination peut être ressenti comme moins grand qu'auparavant. Dans ce type de situation, il est très important que les hauts responsables chargés de la politique de vaccination défendent haut et fort les programmes de vaccination, chiffres à l'appui, afin que des financements suffisants leur soient affectés.

L'existence de postes budgétaires spécifiques s'avère être un facteur ayant favorisé l'accroissement des financements publics aux vaccins et à la vaccination. Dans une [évaluation récente](#), près de 160 pays déclarent que leur budget national de la santé comporte un poste « vaccins ». Près de 85 % des pays d'Afrique indiquent que leurs gouvernements ont des postes budgétaires réservés aux vaccins et/ou à la vaccination. Des postes budgétaires dédiés à la vaccination peuvent constituer une garantie supplémentaire de continuité des financements. Ils sont aussi la marque d'un engagement politique durable à l'égard de la vaccination et peuvent aider à protéger les dotations budgétaires pendant les périodes de récession économique et de négociation budgétaire. Les postes budgétaires facilitent aussi le suivi des ressources et améliorent la transparence des dépenses. En 2006, tant au niveau mondial que dans les pays à faible revenu, la part des financements publics affectés aux vaccins et aux services de vaccination systématique a été plus élevée dans les pays ayant déclaré avoir un poste budgétaire que dans les pays n'en ayant pas. Il semble donc que l'existence de postes budgétaires spécifiques puisse contribuer au financement et à la pérennité des activités de vaccination.

Pourquoi la vaccination devrait-elle être financée par des recettes publiques ?

Les arguments économiques ne manquent pas pour justifier que les pouvoirs publics investissent dans la vaccination. Il est démontré qu'elle constitue [l'un des emplois les plus rentables des ressources affectées à la santé](#). Par rapport à d'autres mesures de santé publique prioritaires, la vaccination est un moyen bon marché et efficace de réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants. Les vaccins traditionnels du PEV tels que ceux contre la rougeole et la polio figurent parmi les interventions offrant le meilleur rapport coût-efficacité, avec des investissements compris entre 2 et 20 dollars par année de vie en bonne santé gagnée.⁶ Les nouveaux vaccins sont encore jugés d'un bon rapport coût-efficacité, même si les chiffres sont plus élevés en raison d'un prix unitaire par dose supérieur (entre 15 et 500 dollars par année de vie en bonne santé gagnée).

La vaccination est également considérée comme génératrice d'un bien public puisque le fait de vacciner une partie de la population diminue la probabilité que les personnes non vaccinées soient infectées. Lorsque la couverture vaccinale approche des 80 % ou 90 %, la population vaccinée protège la population non vaccinée par le mécanisme de « l'immunité collective ». Compte tenu de cet aspect de bien public, il serait plus logique que la vaccination soit financée par des fonds publics plutôt que par des sources privées ou individuelles (les ménages).⁷ Dans le cas d'un financement privé, les personnes peuvent choisir de ne pas se faire vacciner, estimant qu'elles seront protégées par l'effet d'immunité collective. D'après Musgrove⁸, un financement privé entraînera probablement une sous-consommation de vaccination, risquant d'accélérer la propagation des maladies. Par

⁶ Les vaccins traditionnels sont ceux contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, le vaccin oral antipoliomyélite, et le BCG.

⁷ En vertu de la [Convention relative aux droits de l'enfant](#), les États sont tenus de fournir des vaccins aux enfants.

⁸ Musgrove, P. « Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. » Document de synthèse de l'unité Santé, nutrition et population (HNP). Washington, D.C. : Banque mondiale, juillet 1996.

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Musgrove-PublicPrivate-whole.pdf>

conséquent, l'idéal est que les programmes de vaccination soient financés durablement par les recettes publiques.

Par ailleurs, la vaccination peut avoir des retombées importantes sur le développement en général. Les parents seront demandeurs de vaccination lorsqu'ils auront constaté qu'elle protège leurs enfants et élimine effectivement certaines maladies infantiles. Or, des services de vaccination de haute qualité tirent en général vers le haut la qualité des autres services de santé de base. Plus le nombre d'utilisateurs satisfaits augmentera, plus la collectivité aura tendance à avoir confiance dans les autres services publics.⁹

Tableau 3.1 Évaluation des recettes publiques pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Compte tenu des déficits budgétaires et des procédures gouvernementales, les recettes publiques peuvent être prévisibles pour la planification, mais pas autant sur le plan de la réception des fonds.
Additionnalité par rapport aux financements publics	s/o
Équité	Dépend de la manière dont les impôts sont collectés à l'échelon national et infranational, et si les transferts budgétaires entre le centre et les administrations infranationales sont calculés en fonction des indicateurs de pauvreté et de développement.
Efficienc	L'affectation de dotations budgétaires à des services d'un bon rapport coût-efficacité tels que la vaccination améliore l'efficacité allocative ; l'affectation de recettes fiscales insuffisantes au secteur de la santé risque de diminuer les performances des programmes.
Faisabilité	La plupart des États ont des systèmes nationaux et infranationaux de perception, de budgétisation, de décaissement, de gestion financière, de vérification comptable et de communication de rapports qui permettent de financer des activités par la fiscalité. Le renforcement de ces systèmes augmentera les taux de recouvrement et d'utilisation.
Viabilité	Le fait que les pouvoirs publics soient plus impliqués dans le financement de la vaccination augmente les chances de viabilité des programmes. Dépend aussi de la croissance et de la santé de l'économie.
Promotion de l'autosuffisance	Oui.
Transparence	Plus les procédures de gestion des dépenses publiques et de passation des marchés publics s'améliorent, plus le niveau de transparence augmente.

Lectures complémentaires

Gottret, P. et G. Schieber. « Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. » Washington, D.C. : Banque mondiale, 2008.

<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>

⁹ Gilson, L. « Trust and the Development of Health Care as a Social Institution. » *Social Science and Medicine* 56 (2003): 1453-1468.

Organisation mondiale de la santé. « Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. » Discussion Paper n°4, 2004.

http://www.who.int/health_financing/mechanisms/en/index1.html

Fiche 4 : Les assurances maladie

Principe de l'assurance maladie

L'assurance maladie est fondée sur le principe de la répartition (ou mutualisation) des risques : un groupe de personnes contribue à un fonds commun, habituellement géré par un tiers, qui est ensuite utilisé pour payer une partie ou la totalité des coûts occasionnés par la fourniture d'un ensemble défini de services de santé aux membres du groupe. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les [dépenses directes des ménages](#) pour les services de santé sont relativement élevées. Les familles peuvent être amenées à [s'endetter et vendre des biens essentiels](#) pour pouvoir payer leurs frais de santé. La mutualisation des risques permet de collecter et gérer des ressources financières de sorte que des risques financiers individuels majeurs et imprévisibles deviennent prévisibles et soient répartis sur tous les membres du groupe. Une assurance maladie apporte une protection financière aux ménages susceptibles d'être confrontés à des coûts de santé élevés.

Les différents types d'assurance maladie

Plusieurs types d'[assurance maladie](#) peuvent être utilisés pour promouvoir et financer les services de vaccination.

L'assurance maladie nationale : les fonds proviennent des recettes publiques et une couverture médicale est assurée à toute la population pour un ensemble précis de services, qui sont fournis par un réseau de prestataires publics (ou d'ONG).

L'assurance maladie sociale : les fonds proviennent de cotisations obligatoires des travailleurs et des employeurs, assises sur les rémunérations et versées à la caisse d'assurance. La couverture est assurée aux cotisants, généralement de manière progressive. Un ensemble défini de services sont fournis, pouvant comprendre des services de vaccination. La caisse d'assurance maladie peut aussi être complétée par des aides extérieures ou des impôts spécifiques.

La mutuelle ou assurance maladie communautaire : il s'agit le plus souvent d'organismes de prépaiement à but non lucratif, à gestion communautaire. Les cotisations prépayées alimentent une caisse commune complétée par des ressources publiques ou de donateurs. La couverture est assurée aux membres de la communauté, et les services sont fournis par des ONG ou des établissements publics. Les prestations sont fonction des préférences de la communauté desservie et peuvent comporter des services préventifs tels que la vaccination.

L'assurance maladie privée : les fonds viennent des primes d'assurance versées par les particuliers qui achètent une couverture sur une base volontaire. Les prestations sont prédéfinies et peuvent comprendre la vaccination. Les services peuvent être fournis par un réseau de prestataires privés.

Rôle des assurances maladie pour la vaccination

Lors de la 58^e session de l'[Assemblée mondiale de la Santé \(mai 2005\)](#) de l'OMS, les États membres ont adopté la résolution WHA58.33, dans laquelle les pays sont instamment invités à tendre vers un financement durable du secteur de la santé et à parvenir à une couverture universelle en combinant des systèmes de prépaiement, des assurances maladie sociales et des services financés par la fiscalité.

Les assurances maladie mettent les individus à l'abri des conséquences d'événements dont la probabilité de survenance est faible mais qui occasionnent des coûts élevés. Les services de vaccination sont généralement prévisibles et peu coûteux, et leur financement par des assurances maladie n'est donc pas un choix qui s'impose. En outre, les services de vaccination sont fournis le plus souvent dans le cadre de programmes verticaux financés par des donateurs et par les pouvoirs publics. Pour ces raisons, la vaccination n'est habituellement pas comprise dans la couverture des assurances maladie. Par exemple, le système national d'assurance maladie du Ghana exclut expressément la vaccination.

En Amérique latine et en Europe, on trouve quelques exemples de mécanismes d'assurance qui couvrent la vaccination. Ainsi, en Bulgarie, les vaccins sont fournis directement par le ministère de la Santé et distribués aux médecins, qui sont rémunérés par des contrats passés avec le Fonds national d'assurance maladie. Au Costa Rica, l'[Administration de la sécurité sociale](#), qui est financée par des cotisations assises sur les rémunérations et par des recettes fiscales (ministère de la Santé), est tenue de fournir des moyens suffisants pour la mise en œuvre du Plan national de vaccination.

Étude de cas : les mutuelles au Mali

En Afrique de l'Ouest, les mutuelles de santé sont des organismes à adhésion volontaire qui fournissent des services d'assurance maladie à leur affiliés. Les mutuelles sont la propriété des communautés qu'elles desservent, qui les gèrent et définissent leurs principes de fonctionnement. Les ménages acquittent un droit d'entrée et versent des primes régulières qui alimentent une caisse commune. Ils bénéficient d'un ensemble défini de prestations, et la mutuelle se sert de la caisse pour rembourser aux prestataires les services utilisés. Les mutuelles sont généralement des organismes à but non lucratif, fondés sur des principes d'entraide et de solidarité. Elles peuvent constituer des sources supplémentaires de mobilisation de revenus et de protection financière pour les ménages, améliorer l'accès financier aux soins, et favoriser l'équité.

L'expérience des mutuelles de santé jusqu'ici révèle une demande croissante pour ce genre de mécanisme de protection financière. Les mutuelles regroupent des personnes seules et des ménages de catégories socioprofessionnelles très variées ; leurs membres ont généralement moins de dépenses directes de santé à payer, et ils ont tendance à [utiliser davantage les services de santé en cas de nécessité](#).

En 1997, le Gouvernement malien a pris acte du potentiel des mutuelles dans son plan de développement à 10 ans du secteur de la santé et du secteur social. Les ménages payent un droit d'entrée dans leur mutuelle, puis des primes mensuelles ou annuelles (qui dépendent du nombre de bénéficiaires). En adhérant, les membres s'engagent à utiliser les services préventifs tels que la vaccination des enfants. Une étude récente a constaté que [les adhérents à des mutuelles utilisaient mieux les services préventifs et curatifs prioritaires](#). Les versements des ménages étaient compris entre 29 et 54 dollars par an au total, soit entre 2 % et 8 % du revenu du ménage. Les mutuelles ont permis de lever les barrières géographiques à l'utilisation de services préventifs tels que la vaccination.

Mise en place d'une assurance maladie

Bien que les [assurances maladie](#) présentent de nombreux avantages, notamment la mutualisation des risques et la prise en charge financière des problèmes de santé nécessitant des soins très coûteux, elles sont compliquées à concevoir et mettre en œuvre. Elles demandent en effet tout un ensemble de systèmes : gestion et procédures financières, gestion de contrats, gestion des affiliations et services aux affiliés, gestion de l'utilisation et de la qualité, gestion des remboursements, systèmes d'information (afin de suivre l'utilisation des services par les bénéficiaires et les coûts associés), mécanismes d'agrément et de contrôle qualité (pour contrôler les services fournis par les prestataires), et marketing et communication. Quelques aspects des assurances maladie sont exposés ci-dessous :

Les bénéficiaires peuvent adhérer de manière volontaire ou obligatoire. Les assurances maladies peuvent cibler des groupes de population vulnérables. Chaque bénéficiaire possède généralement une carte d'identification sous une forme ou une autre.

La couverture maladie peut comprendre les soins ambulatoires et en hospitalisation, les opérations chirurgicales, les consultations et les services de diagnostic. La plupart du temps, certaines prestations sont exclues et, dans certains cas, des programmes verticaux, par exemple de vaccination, peuvent ne pas être couverts.

Les sources de financement peuvent être des taxes sur la consommation et le système de sécurité sociale, ainsi que des subventions publiques directes, des cotisations prélevées sur les rémunérations, des aides de donateurs, et d'autres financements. Au moment de la prestation des services, les patients peuvent aussi avoir à payer une somme déductible et/ou à verser une contribution.

La rémunération des prestataires se fait le plus souvent par remboursement. Généralement, le niveau de remboursement est prédéterminé et peut être ajusté en fonction de la gravité de la maladie, par exemple selon les groupes homogènes de malades. Les prestataires soumettent des demandes de remboursement à l'assurance.

La sélection des prestataires peut s'effectuer par un système d'agrément (officiel ou informel).

La gouvernance et la gestion peuvent être assurées par une autorité nationale d'assurance maladie, comprenant un conseil d'administration. Le ministère de la Santé est habituellement le ministère de tutelle. Dans certains cas, la gouvernance et la gestion sont décentralisées au niveau des districts.

Dans la mesure où les assurances maladie remboursent les prestataires sur la base des services rendus, ils sont incités à fournir des services pour un coût — et peut-être une qualité — moindre, ou à ne desservir que les populations en meilleure santé (antisélection). Par ailleurs, le fait d'être couverts par une assurance maladie incite les patients à consommer une quantité de soins de santé plus importante que nécessaire (risque moral)

car l'utilisation des services est déconnectée du prix à payer. Les assurances maladie doivent être conçues de manière à atténuer ces deux incitations comportementales, par exemple en prévoyant une contribution financière des patients lors de la prestation des services, en instituant un délai de carence avant que les bénéficiaires ne puissent utiliser les services, ou en remboursant les prestataires sur la base d'un contrat de couverture de la population.

La manière dont chaque type d'assurance maladie répond à nos critères dépendra du nombre de personnes couvertes, des sources de financement de la caisse commune, des exigences administratives et des catégories de prestations.

Tableau 4.1 Évaluation des assurances maladie pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Si la vaccination est incluse dans la couverture de l'assurance maladie, le financement des services sera généralement prévisible et fiable. L'assurance maladie nationale dépend de l'approbation des budgets et peut être sujette aux fluctuations des politiques nationales.
Additionnalité par rapport aux financements publics	L'assurance maladie sociale, les assurances maladie communautaires et les assurances maladie volontaires sont des sources de financement additionnelles : elles s'ajoutent aux recettes publiques des pouvoirs centraux.
Équité	L'assurance maladie nationale serait la forme d'assurance maladie la plus équitable en ce sens qu'elle couvre tous les individus et que l'affiliation ne dépend pas du niveau des ressources personnelles. L'accès à des prestataires de soins de qualité peut être difficile pour les patients ayant des revenus modestes. L'assurance maladie sociale est basée sur des prélèvements sur les rémunérations ; en règle générale, elle ne couvrira pas les travailleurs du secteur informel ni la population « médicalement indigente ». Les assurances maladie communautaires sont ciblées sur le bas du système de santé, mais il semble qu'en pratique, les plus pauvres puissent en être exclus.
Efficiences	Les systèmes d'assurance maladie nationale et d'assurance maladie sociale sont jugés efficaces dans la mesure où les structures administratives sont déjà en place. Toutefois, l'instauration de mécanismes d'assurance maladie, notamment la création de nouvelles institutions, peut coûter cher.
Faisabilité	Les systèmes d'assurance maladie sont compliqués à élaborer et mettre en œuvre, et demandent des capacités et des compétences de gestion au ministère de la Santé et dans les districts.
Viabilité	Dépend de la taille du groupe assuré, des affections à prendre en charge au sein du groupe, et des recettes collectées pour financer la fourniture des services.
Promotion de l'autosuffisance	Les assurances maladie favorisent une plus grande autosuffisance de financement car elles sont financées par des sources nationales.
Transparence	Les assurances maladie nécessitent une grande quantité d'informations et un suivi des cotisations, des services fournis et des prestataires, d'où une meilleure transparence. Les assurances maladie communautaires sont gérées localement et favorisent donc la transparence à ce niveau. Dans la mesure où la fourniture des services est sous-traitée à des prestataires rémunérés en fonction de la quantité et de la qualité des soins fournis, la transparence du système peut en être améliorée.

Lectures complémentaires

Organisation mondiale de la santé. 2010. Rapport sur la santé dans le monde — Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève, Suisse. <http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>

Doetinchen O., G. Carrin, et D. Evans. « Thinking of Introducing Social Health Insurance? Ten Questions. » Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009. http://www.who.int/health_financing/mechanisms/en/index2.html

Wagstaff, A. 2009. « Social Health Insurance Re-Examined. » *Health Economics* 19(5): 503-517. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122365593/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

Fiche 5 : La mise à contribution des patients

Fonctionnement de la mise à contribution des patients

Mettre le patient à contribution signifie faire payer le consommateur : les contributions des patients sont les sommes restant à la charge des utilisateurs des services de santé dans les établissements de soins publics ou privés. Elles peuvent porter sur le prix des consultations, des médicaments et des analyses, et comprennent aussi les paiements informels aux prestataires. Les contributions des patients sont généralement réclamées au point de fourniture du service et peuvent être conservées par l'établissement afin d'améliorer les services. Elles peuvent servir de signaux aux usagers, les conduisant à utiliser certains services de santé au lieu de certains autres. Par exemple, des contributions moins élevées dans les centres de soins primaires que dans les hôpitaux inciteront peut-être les patients à avoir davantage recours aux services prioritaires de santé publique.

Connaissances actuelles sur la mise à contribution des patients

En dépit de leurs efforts, beaucoup de pays ne parviennent pas à trouver les ressources nécessaires au financement de leur système de santé. Certains ont recours au système des contributions des patients pour compléter les moyens disponibles, en particulier dans les établissements de santé de proximité.

Les études indiquent que les contributions des patients apportent peu de financements supplémentaires : en moyenne environ 5 % du total des dépenses du système de santé, sans les frais administratifs. La mise à contribution des patients est également associée à une moindre utilisation des services de santé, et empêche l'accès des plus démunis aux soins dont ils ont besoin. Une analyse des études réalisées entre 1999 et 2005 sur la mise à contribution des patients en Afrique et en Asie tend à montrer qu'elle a une incidence globalement négative sur l'accès aux soins.

La mise à contribution des patients peut provoquer une [situation de crise en cas d'accident de santé](#), susceptible de faire basculer un ménage dans la pauvreté. La situation de crise est parfois causée par des paiements informels sortant du cadre du système de santé officiel. Néanmoins, leur impact potentiel est important : les dépenses de santé peuvent entraîner les ménages dans la pauvreté. Au Viet Nam et au Bangladesh, plus de 15 % des ménages ont des dépenses de santé qui dépassent 25 % des dépenses non alimentaires. Même si la vaccination ne compte que pour une petite part dans le système de santé, les contributions des patients dans ce domaine peuvent alourdir encore la charge qui pèse sur les ménages les plus pauvres, et les familles risquent de ne pas faire vacciner leurs enfants si elles doivent en assumer la dépense.

Il est possible de mettre en place des systèmes d'exonération pour les ménages les plus pauvres afin de maintenir leur accès aux services. Mais l'expérience semble montrer que les exonérations sont compliquées à appliquer et excluent souvent un grand nombre de personnes extrêmement démunies. En outre, les systèmes d'exonération introduisent des procédures administratives supplémentaires dont le coût risque d'être supérieur aux ressources obtenues par la mise à contribution des patients.

Malgré ces problèmes, les contributions des patients *peuvent* améliorer l'accès à des services de meilleure qualité si elles sont réinvesties dans le système de santé. Des études menées sur la mise à contribution des patients dans le cadre de [l'initiative de Bamako](#) en Afrique de l'Ouest indiquent qu'elle a amélioré la disponibilité des médicaments et responsabilisé davantage les prestataires. Dans certains cas, elle officialise simplement une situation existante de paiements informels. Il ne faut pas oublier en effet que les paiements informels peuvent être un frein à l'utilisation des services, et qu'un système de santé et de vaccination qui manque de moyens peut inciter les prestataires et fournisseurs à se rémunérer auprès des patients.

Mise à contribution des patients et services de vaccination

La mise à contribution des patients est plus adaptée aux soins curatifs, qui apportent habituellement aux patients des bénéfices tangibles. Une consultation chez le médecin ou l'achat d'un médicament peut avoir des effets positifs immédiats sur la santé, alors qu'un vaccin protège les enfants d'une infection qui ne se produira peut-être jamais, ou qui se produira des mois ou des années plus tard. Le patient ne voit pas de bénéfice immédiat et n'est donc pas prêt à dépenser de l'argent pour cela. Bon nombre de familles très démunies choisiront de garder leur argent jusqu'à ce que leurs enfants tombent malades, plutôt que de le déboursier pour un vaccin préventif.

Avis de diverses organisations sur la mise à contribution des patients

La 5^e réunion du Conseil de l'Alliance GAVI a recommandé que « en l'absence de données nationales ou régionales irréfutables quant à l'intérêt de cette solution, la mise à contribution des patients ne devrait pas être utilisée pour les services nationaux de vaccination à financement public ». Plusieurs organisations, dont la [Commission pour l'Afrique](#), le [ministère britannique du Développement international \(DFID\)](#), l'UNICEF, et [Save the Children – UK](#), sont défavorables à la mise à contribution des patients. L'OMS souligne la nécessité d'utiliser davantage les systèmes de prépaiement pour assurer la couverture universelle des soins. La Banque mondiale a indiqué sa volonté d'aider les pays à supprimer les contributions des patients si cette suppression améliore la viabilité financière à long terme, bénéficie aux plus pauvres et permet de fournir des services de haute qualité. La Banque a également déclaré que les pays devraient utiliser des mécanismes d'assurance et de prépaiement pour éviter que les plus démunis ne soient ruinés par des problèmes de santé nécessitant des soins très coûteux. De nombreuses analyses ont exploré comment les assurances maladie pouvaient diminuer l'endettement des ménages et éviter que leurs dépenses directes ne se traduisent par une baisse de l'utilisation des services. Dernièrement, le consensus mondial sur l'ODD 5 a adopté comme objectif la suppression des barrières financières à l'accès aux soins (mise à contribution des patients), et encouragé la gratuité des services au point d'utilisation.

Lorsqu'il existe un dispositif de financement viable et transparent dans le pays, par exemple une assurance maladie sociale, la suppression des contributions des patients peut améliorer les chances que les services soient fournis aux groupes ciblés. Non seulement les assurances apportent des ressources supplémentaires au secteur de la santé, mais elles sont utiles pour identifier les groupes ciblés au niveau local. Au Ghana par exemple, les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées et les pauvres sont exonérés des contributions des patients ; même chose au Rwanda pour les ménages les plus pauvres.

Tableau 5.1 Évaluation de la mise à contribution des patients pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Les contributions des patients représentent généralement un faible pourcentage du coût total de la fourniture des services. Les recettes dépendent par ailleurs du niveau des contributions réclamées et de la capacité relative à payer de la population, qui peut varier sensiblement suivant le moment de l'année et d'une année sur l'autre.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Ces recettes proviennent directement de la population et devraient s'ajouter aux financements publics.
Équité	Les contributions des patients pèsent lourdement sur les ménages les plus pauvres et ont des effets négatifs sur l'utilisation des services.
Efficiencie	La collecte et la gestion des contributions des patients ajoutent des coûts administratifs. Les dispositifs d'exonération des pauvres demandent également des capacités administratives supplémentaires.
Faisabilité	Les contributions des patients nécessitent des systèmes de gestion financière et d'autres systèmes d'information. Elles devraient être supprimées lorsqu'il existe d'autres mécanismes de financement de la santé viables et transparents.
Viabilité	Les contributions des patients peuvent être une source de financement viable, selon le niveau des contributions demandées et les ressources des patients. Toutefois, elles génèrent au maximum 15 % des ressources nécessaires.
Promotion de l'autosuffisance	Les contributions des patients viennent de l'intérieur des pays et peuvent donc diminuer leur dépendance par rapport aux financements extérieurs de donateurs.
Transparence	Le fait de payer les services rend généralement les patients plus exigeants. La mise à contribution des patients entraîne d'habitude la disparition des dessous de table.

Lectures complémentaires

Organisation mondiale de la santé. Numéro spécial (« Health Financing ») du *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11): 817-908.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/en/index.html>

England, S., K. Miloud, A. Nigam, et M. Pinto. « Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries. » Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.

<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www564.pdf>

Fiche 6 : Les fonds nationaux d'affectation spéciale

Qu'est-ce qu'un fonds national d'affectation spéciale ?

Un fonds national d'affectation spéciale est une caisse dans laquelle sont versés des capitaux affectés à un usage particulier et qui génèrent des revenus employés selon des modalités déterminées. Un fonds national d'affectation spéciale rassemble des ressources provenant d'une ou plusieurs sources de financement, par exemple des impôts, des fonds de donateurs et des contributions du secteur privé, qui sont réunis dans le cadre d'un dispositif juridique particulier précisant la manière dont le capital de départ et/ou les intérêts perçus seront utilisés dans le temps. Les montants recueillis et leur origine détermineront la manière dont ils seront utilisés : apport de fonds direct (de l'argent utilisé régulièrement, par exemple tous les trimestres ou une fois par an, pour financer le programme de vaccination), prêt de courte durée (servant à combler des déficits d'autres sources de financement), ou encore garantie d'emprunt (l'argent du fonds d'affectation spéciale sert de garantie pour des emprunts devant financer la vaccination).

Principes de fonctionnement d'un fonds d'affectation spéciale

Un fonds d'affectation spéciale est généralement constitué en personne morale et dispose d'un capital de base et de statuts qui précisent son objet, ses bénéficiaires et ses processus de gouvernance. Les politiques suivies en matière de fonds d'affectation spéciale peuvent varier considérablement suivant le contexte. La gouvernance et la structure du fonds sont habituellement définies dans un protocole d'accord où sont énoncés les missions, les droits et les obligations des partenaires fondateurs et des contributeurs, les objectifs du fonds, et les procédures d'établissement de rapports et de supervision.

La mise en place d'un conseil d'administration et la sélection de ses membres constituent une première étape cruciale. Le conseil d'administration supervise la stratégie, le plan d'activité, la gestion et les opérations du fonds. Les administrateurs, qui supervisent les activités d'établissement des rapports, de contrôle, de planification et d'évaluation, doivent être sélectionnés d'après leurs compétences d'analyse stratégique et de gestion financière. L'administration du fonds (gestion et placement des actifs) est généralement confiée à des gestionnaires de portefeuille afin d'obtenir des rendements convenables à des niveaux de risque compatibles avec la charte et les recommandations des administrateurs. Enfin, le conseil d'administration doit comprendre des spécialistes du domaine d'emploi des fonds (à savoir la santé et la vaccination).

Principaux avantages des fonds d'affectation spéciale pour le financement de la vaccination

Les fonds d'affectation spéciale sont des instruments de financement novateurs très prometteurs pour le secteur de la vaccination car ils permettent de protéger des ressources sur une longue période. L'idée est particulièrement intéressante dans le cas où seuls les intérêts sont utilisés. Les intérêts perçus peuvent constituer une source de financement prévisible et fiable dans la mesure où un portefeuille de placements équilibré est capable de générer des revenus réguliers sans que le principal soit entamé.

En cas de hausse importante du coût des vaccins avec le temps, le capital du fonds aura besoin d'être augmenté. Les fonds d'affectation spéciale administrés par une organisation internationale comme la Banque mondiale ou une agence des Nations unies ne sont pas imposables. D'autre part, les États peuvent légiférer pour exonérer d'impôts le fonds fiduciaire, comme le Bhoutan l'a fait.

Néanmoins, les capitaux réunis pour constituer un fonds d'affectation spéciale pourraient aussi être utilisés d'une autre manière, et il est important de peser le pour et le contre. La création d'un fonds d'affectation spéciale est surtout intéressante dans le cas d'une arrivée soudaine de nouvelles ressources ne pouvant pas être dépensées rapidement (par exemple un allègement de dette). Avant de créer un fonds d'affectation spéciale pour générer un flux régulier de capitaux, il faut se poser les questions suivantes : les futurs besoins de ressources peuvent-ils être estimés avec un certain degré de certitude, les risques associés à la politique d'investissement sont-ils raisonnables, et sera-t-il possible de constituer des réserves pour protéger le pouvoir d'achat opérationnel du fonds contre les effets de l'inflation et des fluctuations de la monnaie ? Enfin, les fonds d'affectation spéciale nécessitent des moyens administratifs. Les pays ayant des capacités opérationnelles et de gestion limitées peuvent réunir plusieurs contributions de donateurs dans un fonds d'affectation spéciale et éviter ainsi d'avoir des règles différentes pour chaque donateur.

Étude de cas : le Fonds d'affectation spéciale pour la santé du Bhoutan

À la fin des années 90, le coût des vaccins et des médicaments représentait près de 50 % des dépenses du secteur national de la santé du Bhoutan. Le Gouvernement du Bhoutan s'est inquiété, anticipant des problèmes possibles compte tenu du caractère imprévisible d'une part importante des financements de donateurs. En 1998, les pouvoirs publics ont créé le [Fonds d'affectation spéciale pour la santé](#) dans le but d'éliminer les incertitudes liées aux financements et de générer des revenus suffisants pour supporter le coût des composantes essentielles des services de santé au Bhoutan. Ce fonds est un instrument de financement novateur et viable, qui fournit durablement des flux réguliers de capitaux pour l'achat de produits tels que des vaccins, qui sont extrêmement sensibles aux fluctuations des financements. Le Fonds d'affectation spéciale pour la santé assure le bon fonctionnement de plusieurs éléments clés du système de santé :

- la fourniture de produits de soins primaires tels que vaccins, médicaments essentiels, aiguilles, seringues, matériel de la chaîne de froid, et autres médicaments et matériels corrélés, sans ruptures d'approvisionnement ;
- le financement de formations, et le renforcement de la gestion des programmes et du développement des ressources humaines ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de plans de gestion pour les médicaments et les vaccins, et le renforcement des capacités de surveillance des produits pharmaceutiques.

Le Fonds d'affectation spéciale pour la santé du Bhoutan contribue à garantir la disponibilité de vaccins vitaux, de médicaments essentiels, de seringues et d'aiguilles, tous ces produits sur lesquels reposent les soins de santé primaires. Le budget national de la santé peut ainsi être réaffecté à d'autres priorités telles que le financement du système de santé, le développement des ressources humaines, et le renforcement des systèmes de contrôle et de surveillance.

Le Gouvernement du Bhoutan s'est engagé à financer la moitié des 24 millions de dollars nécessaires, le reste venant de [plusieurs donateurs privés et publics](#). La croissance économique du pays devrait entraîner une hausse générale des revenus (et, par suite, améliorer la capacité des pouvoirs publics à financer le secteur de la santé) au cours des 15 à 20 prochaines années, après quoi le Gouvernement

du Bhoutan et les partenaires du Fonds dresseront le bilan du Fonds d'affectation spéciale et décideront ce qu'il convient d'en faire.

Le Fonds d'affectation spéciale pour la santé du Bhoutan a été officiellement créé en avril 2000 avec un secrétariat composé d'un directeur, d'un chargé de programme, de deux secrétaires et d'un messenger. Par ailleurs, un conseil d'administration de sept membres assure la direction générale du Fonds. Il comprend des représentants du ministère de la Santé (notamment le Ministre), du département de la gestion de l'aide et de la dette, et de l'autorité monétaire du Bhoutan. Le Fonds bénéficie d'une exemption fiscale dans le pays et investit à la fois au Bhoutan et à l'étranger, sous la direction de son conseil d'administration. Le Fonds est devenu opérationnel en 2003/04, après avoir réuni son capital par une série de contributions, principalement de donateurs extérieurs et du Gouvernement du Bhoutan, mais aussi de donateurs privés du Bhoutan.

Tableau 6.1 Évaluation des fonds d'affectation spéciale pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Ce type de financement assure un flux de ressources fiable sur une longue période. La prévisibilité est élevée s'il repose sur les intérêts perçus et non pas sur le principal.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Dépend de l'origine des sommes dégagées par le fonds d'affectation spéciale. Si le principal du fonds est utilisé et provient d'un impôt ou d'une charge spécifique, il s'agit d'une réaffectation de ressources plutôt que d'une nouvelle ressource. Si le fonds est utilisé pour générer des intérêts, les sommes dégagées peuvent être nouvelles, et donc s'ajouter aux ressources existantes.
Équité	Dépend de la manière dont ces fonds sont administrés et dépensés.
Efficiences	Les fonds d'affectation spéciale demandent des ressources administratives. En fonction de leur conception, il peut être nécessaire de mettre en place des structures de gouvernance et de comptabilité séparées, engendrant des coûts de transaction.
Faisabilité	Il est nécessaire de lever des capitaux, de créer un fonds comprenant des organes de direction et de surveillance, et de gérer les capitaux afin que les placements rapportent.
Viabilité	Un fonds d'affectation spéciale qui utilise les intérêts perçus constitue un instrument de financement extrêmement viable.
Promotion de l'autosuffisance	Ce type de financement favorise le renforcement des capacités dans le pays, et les ressources disponibles peuvent même augmenter avec le temps, en fonction de la taille du capital de départ.
Transparence	La création d'une entité séparée, obéissant à des règles de gouvernance et à des règles comptables, garantit une bonne transparence.

Fiche 7 : Autres mécanismes nationaux novateurs

Il existe différents mécanismes de financement novateurs permettant d'exploiter des sources de revenus existantes à l'échelon national pour financer la vaccination. Un certain nombre de pays les ont expérimentés, par exemple le Mexique (revenus pétroliers) et le Costa Rica (loteries). Le Tadjikistan, le Viet Nam et Haïti mobilisent des fonds pour la vaccination par des taxes sur les produits de luxe et sur les produits dangereux pour la santé, comme l'alcool et le tabac.

L'idée d'appliquer des taxes spécifiques aux produits jugés avoir des effets néfastes sur la santé n'est pas nouvelle. Les taxes sur le tabac sont utilisées depuis longtemps par les pouvoirs publics pour réduire la consommation de tabac tout en finançant les mesures de santé publique prises pour lutter contre le tabagisme. Le principe est le même pour les taxes sur l'alcool. Le fait d'affecter spécifiquement ce type de taxe à la vaccination peut être un bon moyen de mobiliser de nouvelles ressources. En outre, les taxes à affectation spécifique sont généralement bien acceptées par le public car elles sont ciblées sur un objectif prioritaire clair qui va être bénéfique à la population. Elles peuvent aussi être vues comme un impôt plus transparent et moins sujet à gaspillage.

Le concept de taxe sur les produits dangereux pour la santé est en train de s'étendre, en particulier dans les pays à revenu élevé où des taxes sont prélevées sur les produits alimentaires gras, les sodas, et d'autres produits ayant des effets négatifs sur la santé. Ce type de taxe peut avoir le double avantage de réduire les comportements mauvais pour la santé tout en procurant des moyens supplémentaires pour les programmes sanitaires. Cependant, certains États sont opposés au principe des taxes à affectation spécifique car elles limitent la marge de manœuvre des autorités gouvernementales. En fonction de la manière dont elles sont conçues ou adoptées, elles ne permettent pas toujours d'allouer les ressources nécessaires en cas d'urgence, lorsque les financements des donateurs se tarissent ou que la situation du pays évolue. S'il n'existe qu'une seule taxe de ce type, affectée au financement de la vaccination, la situation est relativement simple, mais si le pays en compte plusieurs, il peut avoir ensuite des difficultés à planifier et budgéter ses actions.

Un mode de financement de la vaccination original au Costa Rica : le produit des loteries

La Loi nationale du Costa Rica relative à la vaccination, adoptée en août 2001, régit la sélection, l'achat et la disponibilité des vaccins sur tout le territoire du Costa Rica, afin de donner à l'État les moyens de protéger la santé publique. Cette loi porte création du Fonds national de vaccination, dont le produit doit servir à financer la promotion de la santé, l'éducation à la santé, et la recherche dans le domaine de la vaccination et des maladies évitables par la vaccination, et à acheter et acquérir du matériel afin d'améliorer le fonctionnement du programme de vaccination. En 2009, près de 19,3 millions de dollars ont été dépensés, et ce chiffre sera supérieur en 2010 en raison de l'introduction du vaccin anti-pneumocoque 23-valent.

Le Fonds national de vaccination est alimenté notamment par des dotations spécifiques du ministère de la Santé et de l'Administration de la Sécurité sociale costaricaine. Ces deux organismes sont tenus de prévoir sur leur budget un montant suffisant pour l'achat des vaccins et le coût du programme de vaccination. Le Fonds national de vaccination est également financé par les excédents de l'Administration de la Sécurité sociale costaricaine (2 %). Cette administration procure l'essentiel des

ressources du Fonds.

Ces cinq dernières années, le produit du tirage de novembre de la loterie nationale (sous le contrôle du Conseil de protection sociale San José) a été versé au Fonds national de vaccination. Depuis 2009, ces ressources ont été utilisées pour acheter des vaccins dans le cadre de la stratégie du « cocooning » (arrêt de la transmission verticale de la coqueluche) et pour financer des dépenses imprévues. Le produit de la loterie représente une petite partie du budget de la vaccination.

La Commission nationale sur la vaccination et l'épidémiologie est un organisme entièrement décentralisé rattaché au ministère de la Santé. La Loi nationale relative à la vaccination en fixe la composition et le mandat, qui comprend la définition du calendrier de vaccination, la supervision de la qualité des vaccins, de la passation des marchés et de la chaîne de froid, et l'administration du Fonds national de vaccination. La Commission est composée de représentants du ministère de la Santé, de l'Association nationale de pédiatrie et de l'Hôpital national des enfants.

Tableau 7.1 Évaluation des autres mécanismes nationaux novateurs pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Dépend des niveaux de consommation de la population. Le recul de la consommation de tabac et des achats de billets de loterie entraînera une baisse des recettes.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Oui.
Équité	Les taxes à affectation spécifique ont tendance à être régressives car elles s'appliquent aux achats d'alcool, de tabac et de tickets de loterie, qui représentent une part plus importante du revenu total des ménages les plus pauvres.
Efficience	Des mécanismes créés spécialement pour le financement de la vaccination peuvent générer des coûts administratifs supplémentaires, mais les ressources seraient allouées et ciblées de manière efficiente.
Faisabilité	Oui en règle générale, dans la mesure où le recouvrement des impôts fait partie des activités courantes des autorités gouvernementales.
Viabilité	Dépend dans quelle proportion le programme national de vaccination est financé par ces dispositifs.
Promotion de l'autosuffisance	Ces mécanismes favorisent une plus grande autosuffisance financière dans la mesure où ils sont financés par des sources intérieures.
Transparence	Les taxes à affectation spécifique peuvent être vues comme plus transparentes, moins sujettes au gaspillage et risquant moins d'être affectées à un autre emploi.

Fiche 8 : Les financements de projet de développement

Qu'est-ce qu'un financement de projet de développement ?

Un financement de projet est un ensemble de ressources (capitaux, assistance technique et/ou biens en nature) qui sont généralement transférées de pays à revenu élevé (pays donateurs) à des pays à revenu faible ou intermédiaire (pays bénéficiaires). Contrairement à un prêt, le financement de projet n'est pas censé être remboursé. Le montant et le type de financement proposé dépendent des politiques d'aide des donateurs et des besoins des pays en développement.

Le financement de projet peut s'inscrire dans le cadre de l'aide bilatérale (souvent des agences d'aide au développement) ou multilatérale (Nations unies, Union européenne, etc.). La Banque mondiale et les banques régionales de développement (par exemple la Banque africaine de développement) accordent également des financements sous la forme de dons. La Banque mondiale le fait par le biais de l'Association internationale de développement (IDA) qui a pour mission de prêter aux pays les plus pauvres à des conditions très concessionnelles. La JICA et l'USAID sont deux agences qui utilisent fréquemment les financements de projet pour appuyer différentes composantes des programmes nationaux de vaccination.

Financement de projet et services de vaccination

Un financement de projet est octroyé dans le cadre d'un accord négocié entre le bailleur de fonds et le gouvernement bénéficiaire pour une période délimitée. Certains financements de projet financent l'assistance technique d'un tiers (un organisme privé ou une organisation non gouvernementale) chargé de réaliser un travail pour le compte des autorités gouvernementales. Le financement de projet peut aussi être une combinaison de concours financier, de fourniture de produits de base, et d'assistance technique au profit du gouvernement bénéficiaire. Dans le domaine de la vaccination, il peut financer des vaccins essentiels, du matériel de la chaîne de froid, de l'assistance technique, des coûts récurrents/de fonctionnement, des activités de contrôle et d'évaluation, et d'autres intrants. Le financement de projet n'est habituellement pas utilisé pour financer les salaires des travailleurs de santé, bien que l'accord de don puisse prévoir de compléter les petits traitements des fonctionnaires ou de recruter des employés temporaires.

Avantages et inconvénients du financement de projet

Le financement de projet est ciblé directement sur les services de vaccination — et il est donc généralement facile d'évaluer le retour sur investissement d'un programme ou d'un projet donné. Les bailleurs de fonds peuvent privilégier le financement de projet dans les États fragiles ou sortant d'un conflit, ou lorsque les systèmes nationaux ont besoin d'être renforcés pour assurer leurs services. Dans ce cas, une assistance technique est fournie pour renforcer les capacités et les systèmes au niveau national.

D'un autre côté, le financement de projet est habituellement « hors budget » : il n'entre pas dans le processus national annuel de planification et d'établissement du budget. De ce fait, il est plus difficile pour le gouvernement national de planifier et budgéter correctement les activités du programme et du secteur. En général, le financement de projet nécessite des procédures spécifiques de soumission de rapports qui se superposent aux procédures gouvernementales normales. Chaque donateur est susceptible d'exiger ses propres rapports d'activités, administratifs, comptables et d'audit, ce qui augmente les coûts de transaction pour les pays devant gérer cette aide. Si le montant du financement est faible par rapport aux autres catégories d'aide, la charge administrative qu'il génère peut être rédhibitoire.

Par ailleurs, les financements à titre gracieux peuvent refléter davantage les priorités des donateurs que celles des États bénéficiaires. Elles se recouvrent parfois, mais dans le cas contraire, cela peut créer des incohérences dans les activités et les budgets des programmes. En outre, les financements des donateurs sont soumis au jeu des forces politiques qui peuvent les rendre passablement mouvants. Les priorités des bailleurs de fonds sont susceptibles d'évoluer à l'occasion d'un revirement de la politique publique ou de l'arrivée d'un nouveau dirigeant. Malheureusement, il est rare que les besoins et les offres d'aide soient en phase. C'est pourquoi beaucoup de hauts responsables sont plus favorables à des engagements pluriannuels adossés à des objectifs généraux. Mais dans certains cas, une aide financière ciblée peut être traitée relativement vite par rapport à une source de financement plus complexe, par exemple un appui budgétaire souvent long à être négocié et ajusté. Le financement de projet peut parfois s'avérer intéressant pour combler un vide, en particulier en cas de pénurie de fonds publics.

Étude de cas : un projet IMMUNIZATIONbasics en Inde

Les financements de projets sont souvent octroyés par des agences bilatérales sous la forme de programmes finançant une assistance technique ou d'autres activités destinées à aider le gouvernement national à atteindre ses objectifs de vaccination. IMMUNIZATIONbasics est un programme quinquennal (2004-2009) financé par l'USAID dans le but d'améliorer la capacité des États et des organismes collaborateurs à assurer des services de vaccination de qualité et à maintenir un niveau de couverture élevé.

IMMUNIZATIONbasics a apporté une assistance technique à des ministères de la Santé, à des missions, bureaux et projets de l'USAID, à des ONG nationales et internationales, et à d'autres partenaires internationaux. En Inde, IMMUNIZATIONbasics a conduit [une série de projets](#) qui ont permis notamment de mettre au point des outils de microplanification et des outils documentaires pour les activités de vaccination systématique, susceptibles d'aider à former les travailleurs de santé en Inde. [Un autre projet](#) a élaboré un programme d'activités conçu pour aider les travailleurs de santé à définir des objectifs, suivre les résultats, reconnaître les bonnes pratiques, et identifier et corriger les problèmes. Le projet a abouti à la rédaction d'un manuel de supervision participative destiné aux gestionnaires de programmes, et à la création de plusieurs outils Excel et listes de contrôle.

Grâce à IMMUNIZATIONbasics, l'organisation PATH a élaboré et mis en œuvre un modèle de supervision participative dans l'État de l'Andhra Pradesh. Des équipes de superviseurs expérimentés se sont rendus dans tous les établissements de santé d'un district pour assister pendant 2 ou 3 jours à quelques séances de vaccination sur le terrain sélectionnées au hasard, afin de recueillir certaines informations sur leur déroulement sous la forme de listes de contrôle structurées. Les superviseurs devaient en même temps apprendre aux agents de santé les pratiques correctes par des démonstrations et des formations sur place. Les informations recueillies ont été saisies dans des

feuilles de calcul à partir desquelles des rapports graphiques ont été générés. Ces résultats ont été communiqués aux responsables à différents niveaux en vue de prendre les mesures correctives nécessaires. Les rapports ont permis de classer les établissements de santé en fonction des résultats d'ensemble et de chaque indicateur.

Dons de vaccins

Les pays reçoivent parfois des dons de vaccins de la part de sociétés pharmaceutiques ou de pays donateurs. Bien qu'accepter des produits de santé gratuits puisse sembler aller de soi, les États doivent bien réfléchir avant de le faire. [L'Alliance GAVI a adopté le principe de ne pas accepter les dons de vaccins](#), sauf pour les pays se trouvant dans une situation d'urgence, et pour ceux où GAVI prévoyait de financer l'achat du nouveau vaccin. L'avantage peut-être le plus évident d'un don de vaccins d'un fabricant est qu'il permet de faire des économies sur le court terme, en fonction de la durée du don. Il peut aussi remédier à des problèmes d'approvisionnement ponctuels. Enfin, il peut contribuer à établir la pertinence du vaccin dans le contexte local grâce aux démonstrations ou aux essais réalisés dans certaines régions du pays.

D'un autre côté, les dons risquent de fausser le marché en augmentant la consommation du produit d'un fabricant par rapport à un autre, alors que ce produit peut être plus cher ou moins efficace. De plus, un don pose d'importants problèmes de pérennité car un pays qui reçoit des doses de vaccin gratuitement pendant un temps n'aura sans doute pas les moyens d'acheter de nouvelles doses à plus longue échéance. Il devra donc probablement soit abandonner ce vaccin, avec toutes les conséquences que cette solution peut avoir, soit rechercher un financement extérieur. Toutefois, si un État peut déjà disposer d'un financement extérieur, ou sait qu'il aura le temps de mobiliser des fonds suffisants durant la période du don de vaccins, alors un don de vaccins peut lui permettre d'introduire le vaccin en question plus tôt que prévu.

Tableau 8.1 Évaluation des financements de projet pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Fournit un financement clair pendant le projet, mais qui est souvent de courte durée par nature ; peut être une source de capitaux fluctuante en raison des changements de priorités des donateurs.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Les financements de projet sont souvent hors budget et donc distincts des financements publics auxquels ils viennent s'ajouter.
Équité	Dépend de la manière dont le concours financier est conçu.
Efficiencia	Les financements de projet nécessitent généralement la soumission de rapports détaillés à chaque donateur, ce qui représente des coûts de transaction supplémentaires pour les pays.
Faisabilité	Dépend des exigences de chaque donateur en matière de communication de rapports, et des conditions éventuellement posées au financement de projet.
Viabilité	Les financements cessent à l'achèvement du projet (d'une durée souvent inférieure à 5 ans) et ne constituent donc pas une ressource pérenne.
Promotion de l'autosuffisance	Lorsque la vaccination est financée par des capitaux extérieurs (pour rappel, souvent hors-budget), les États peuvent être tentés d'affecter à d'autres secteurs les ressources auparavant consacrées à la vaccination. Les financements de projet sont souvent aussi de courte durée, ce qui limite la marge de manœuvre des pouvoirs publics et les possibilités de renforcer les capacités gouvernementales dans l'intervalle.
Transparence	Les financements de projet comportent une composante importante de suivi et de supervision, qui assure une certaine transparence vis-à-vis des donateurs. Toutefois, une bonne partie de l'aide des donateurs reste « hors budget » et est donc invisible des autorités et des parlements. Cela empêche de planifier, budgéter et gérer le secteur de la santé d'une manière globale.

Lectures complémentaires

Déclaration conjointe OMS-UNICEF sur les dons de vaccins, 7 août 2010 (WHO/IVB/10.09F)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.09F_fre.pdf

Fiche 9 : Les prêts au développement

Qu'est-ce qu'un prêt au développement ?

Un prêt au développement est une somme d'argent empruntée par un pays auprès d'une banque régionale de développement ou auprès de la [Banque mondiale](#). L'État garantit l'emprunt et est responsable de son remboursement intégral. Le taux d'intérêt varie selon la situation économique du pays. On parle également de financement par l'emprunt. Les prêts à taux zéro sont qualifiés de prêts ou crédits « libéraux ». Les prêts au développement sont généralement négociés par l'organisme prêteur avec le ministère des Finances, et utilisés pour le financement d'un ministère sectoriel comme le ministère de la Santé. Il existe plusieurs types de prêts :

Prêts aux taux du marché ou proches des taux du marché : il s'agit par exemple des prêts de la [Banque internationale pour la reconstruction et le développement \(BIRD\)](#) qui fait partie du Groupe de la Banque mondiale, de la [Banque africaine de développement \(BAfD\)](#), de la [Banque asiatique de développement \(BAD\)](#), et de la [Banque interaméricaine de développement \(BID\)](#). Les prêts de la BIRD sont habituellement accordés à des pays à revenu intermédiaire. La période de remboursement est comprise entre 15 et 20 ans avec une période de grâce de 5 ans.

Prêts fortement concessionnels : ces prêts sont octroyés à des taux inférieurs à ceux du marché commercial, les périodes de remboursement peuvent aller jusqu'à 40 ans, et ils donnent lieu au versement d'une commission pour frais administratifs. Au sein du Groupe de la Banque mondiale, l'[Association internationale de développement \(IDA\)](#) accorde ce type de prêts sans intérêts (prêts ou crédits libéraux). Les prêts de l'IDA sont spécifiquement ciblés sur les pays dont le revenu par habitant est inférieur à 885 dollars, à l'exception des petits États insulaires. Parmi les pays les plus pauvres du monde (RNB inférieur à 1 135 dollars par habitant), 79 sont actuellement admis à bénéficier de prêts de l'IDA.

Les prêts au développement nécessitent généralement un certain niveau de financement de contrepartie, témoignant de l'engagement de l'État envers le projet ou le programme financé.

Prêts au développement et financement de la vaccination

Tout emprunt doit être remboursé. Cette solution ne doit donc être envisagée que si l'État n'est pas déjà lourdement endetté, et si les risques d'une dévaluation importante de la monnaie, qui rendrait difficile le remboursement, sont faibles. Sur le plan économique, un prêt n'est intéressant qu'à condition que les gains anticipés à court et à long terme soient supérieurs à la somme du capital emprunté, des commissions et des intérêts versés pendant toute la durée du prêt.

Le financement de la vaccination par un emprunt peut être tout à fait justifié dans certains cas. Par exemple, lorsqu'une économie normalement forte est frappée par une crise économique et se trouve temporairement à court d'argent pour financer le programme national, un emprunt à court terme peut permettre de faire la soudure. On l'a vu en Argentine dans les années 90. Un emprunt peut également être une bonne solution pour couvrir des investissements très importants sur le court terme, dont on attend d'immenses bénéfices à plus longue échéance : ce fut le cas des emprunts contractés notamment par le Pakistan, l'Inde et le Nigéria pour l'éradication de la polio.

Néanmoins, financer des dépenses récurrentes en empruntant n'est généralement pas conseillé dans les économies perpétuellement à court d'argent. Lorsqu'un pays a besoin de capitaux supplémentaires, il doit prendre en compte plusieurs paramètres avant d'opter pour l'emprunt : les coûts et les avantages associés au maintien ou à l'extension de la couverture vaccinale ou à l'introduction de nouveaux vaccins, l'existence d'autres solutions de financement moins chères, la santé et la croissance de l'économie nationale, et sa capacité à supporter la charge de la dette au moment où l'emprunt devra être remboursé.

Expérience mondiale des prêts au développement utilisés pour la vaccination

La Banque mondiale et les banques régionales sont en mesure d'accorder des prêts destinés à financer la vaccination. En règle générale, les prêts pour la vaccination rentrent dans le cadre d'un ensemble d'activités financées par un prêt au secteur de la santé. Bien qu'il soit difficile de chiffrer les différentes composantes des prêts à la santé maternelle et infantile, les estimations les plus prudentes indiquent que, depuis 2000, la Banque mondiale a mobilisé plus de 500 millions de dollars de prêts destinés à financer des programmes nationaux de vaccination et des campagnes d'éradication de la polio.

Tableau 9.1 Évaluation des prêts au développement pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Les prêts au développement donnent accès à des ressources sur une période de temps relativement longue avec un degré de certitude élevé. Ils peuvent être une source appréciable de devises.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Oui, mais les prêts au développement nécessitent aussi un financement de contrepartie de la part du pays pour les activités et les programmes visés.
Équité	Dépend dans quelle mesure le prêt au développement sera utilisé pour financer des activités et des programmes visant à améliorer le sort des pauvres et réduire la pauvreté.
Efficience	Les intérêts à payer rendent le financement par l'emprunt plus cher que le financement de projet. Contracter un emprunt suppose qu'un pays remplisse certaines conditions de préparation, utilise des mécanismes et des procédures de passation des marchés particuliers, et fournisse des rapports financiers et d'activités trimestriels. Des coûts de transaction plus importants sont à prévoir.
Faisabilité	Les grands programmes de prêt peuvent nécessiter de mettre en place une unité ou une équipe de projet au sein du ministère de la Santé afin de gérer la mise en œuvre du prêt, les rapports afférents et les aspects fiduciaires.
Viabilité	Dans la mesure où un pays n'a pas de remboursements d'emprunt insupportables à assumer, les prêts peuvent être une solution de financement viable.

Promotion de l'autosuffisance	Du fait du financement de contrepartie requis, les prêts peuvent impliquer un engagement financier et politique plus important de la part des autorités gouvernementales envers le programme de vaccination. Le remboursement d'un emprunt représente un engagement de longue durée.
Transparence	Les fonds des prêts au développement passent par les circuits gouvernementaux et leur utilisation est régie par le système actuel de gestion des dépenses publiques. Néanmoins, si les décaissements à un pays sont liés à des indicateurs de performance, l'utilisation des fonds sera plus transparente.

Fiche 10 : L'appui budgétaire

Qu'est-ce qu'un appui budgétaire général ?

Un [appui budgétaire général](#) est une aide financière d'un donateur, versée directement au trésor national et affectée aux budgets sectoriels selon les priorités et les procédures nationales. Ce type d'appui est en progression depuis la fin des années 90, une tendance qui va dans le sens du processus actuel d'amélioration de l'efficacité de l'aide. Dans ce cadre, des [documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté](#) (DSRP) sont utilisés comme base pour établir les priorités d'investissement des autorités gouvernementales et des partenaires de développement. Les DSRP servent souvent de référence pour les dotations budgétaires sectorielles.

Les fonds apportés au titre d'un appui budgétaire général sont décaissés par le propre système de gestion financière de l'État bénéficiaire et ne sont pas affectés à des usages spécifiques. Toutefois, ils s'accompagnent d'accords et de conditions de décaissement portant sur le cadre de la politique publique et la stratégie de développement du gouvernement. Au lieu de contrôler la manière dont l'aide financière est utilisée, le gouvernement et ses partenaires surveillent ensemble la mise en œuvre de la stratégie nationale.

Qu'est-ce qu'un appui budgétaire sectoriel ?

Un appui budgétaire sectoriel est une aide d'un bailleur de fonds versée directement sur le compte du ministère concerné et affectée ensuite en fonction des priorités sectorielles. Dans le cas de la santé, l'appui budgétaire est versé au ministère de la Santé et est affecté aux activités sectorielles prioritaires conformément au plan stratégique national pour le secteur de la santé. Le décaissement d'un appui budgétaire sectoriel peut être conditionné à la réalisation de certaines actions ou à l'obtention de certains résultats. Le suivi d'un appui budgétaire sectoriel est assuré conjointement par les pouvoirs publics et les partenaires de développement. Dans le secteur de la santé, l'appui budgétaire doit améliorer l'harmonisation et l'alignement des priorités et des financements, ainsi que la responsabilité mutuelle, comme énoncé dans la [Déclaration de Paris](#) et dans le [Programme d'action d'Accra](#). Les appuis budgétaires sectoriels s'appuient sur un document d'orientation de la politique sectorielle, le [Cadre de dépenses à moyen terme \(CDMT\)](#), qui constitue un mécanisme de coordination sectorielle en matière de politique à suivre, de planification, et de suivi et d'évaluation.

Qu'est-ce qu'une approche sectorielle ?

Les pays adoptent de plus en plus une [approche sectorielle](#) (SWAp) dans le secteur de la santé. Les SWAp sont des mécanismes de coordination dans le domaine de la planification, de la budgétisation et du suivi des opérations par rapport aux objectifs sectoriels énoncés dans le plan stratégique national pour le secteur de la santé. Ce ne sont pas des mécanismes de financement ; ils facilitent la coordination en vue de mobiliser et d'affecter des

ressources aux priorités sectorielles. Les SWAp ne fonctionnent pas de la même façon dans tous les pays mais ont en commun différentes caractéristiques : 1) tous les financements d'une certaine importance au secteur, qu'ils proviennent des deniers publics ou de donateurs, sont destinés à soutenir une politique sectorielle et un programme de dépenses uniques ; 2) le pays est aux commandes du processus et de sa mise en œuvre ; 3) tous les acteurs apportant des financements (gouvernement et donateurs) adoptent les mêmes approches dans l'ensemble du secteur ; et 4) les [modalités de décaissement des fonds des donateurs et d'établissement de rapports aux donateurs](#) tendent à se rapprocher des procédures gouvernementales.

Les pays ayant mis en place des SWAp ont souvent aussi un mécanisme de mise en commun des ressources nationales et extérieures, ce qui signifie que les procédures gouvernementales seront utilisées pour le transfert et le suivi des ressources, les rapports financiers et les audits. Un [dispositif de financement conjoint](#) définit les conditions de cette mise en commun des ressources, notamment les dépenses pouvant être financées avec, les modalités d'établissement de rapports financiers et d'audit, les processus de planification et d'élaboration des budgets, et les procédures d'examen annuel. Dans l'idéal, tous les acteurs doivent financer une seule et unique stratégie nationale pour la santé par la voie budgétaire, en utilisant un cadre de suivi commun.

Appui budgétaire et financement de la vaccination

La communauté mondiale de la santé délaisse de plus en plus les financements de projets pour leur préférer l'appui budgétaire général ou sectoriel. Les financements de projets classiques se voient souvent reprocher certains inconvénients : mise en œuvre lente et à retardement, coûts de transaction élevés, durée limitée dans le temps. Ils ont aussi tendance à affaiblir les structures et les processus gouvernementaux. Les projets suivent les préférences des donateurs au lieu des priorités nationales. Ils ne favorisent donc pas l'appropriation ni la définition de priorités nationales, et la pérennité des résultats obtenus est moins assurée. (Voir la fiche 8 : Les financements de projet de développement.)

Dans le cas d'un appui budgétaire général ou sectoriel, les gestionnaires des programmes nationaux de vaccination ont de moins en moins de regard sur l'affectation de ressources à la vaccination (contrairement à ce qui passe avec les financements de projet), qui relève de plus en plus du ministère de la Santé ou du trésor national. C'est pourquoi il faut veiller à ce que les besoins des programmes figurent en bonne place dans le plan national stratégique et le budget correspondant. Des problèmes se posent lorsque des nouveaux vaccins sont introduits dans les programmes nationaux, en particulier parce qu'ils ne rentrent pas dans le cadre national de planification et de budgétisation (c'est-à-dire qu'ils sont hors budget). Il est important de pouvoir produire des données chiffrées pour justifier l'introduction des nouveaux vaccins, de développer la concertation sur les priorités publiques, et d'inscrire le plus possible ces besoins de ressources dans des budgets annuels ou pluriannuels. À cet égard, il est utile de promouvoir la vaccination plus activement auprès des ministères, des parlementaires et des organismes donateurs.

Données actuelles sur l'efficacité de l'appui budgétaire

L'appui budgétaire a contribué à améliorer l'harmonisation de l'aide au développement et son alignement sur la politique des pays. L'appui budgétaire général a été associé à des

augmentations des dépenses de développement bénéfiques aux pauvres, et a diminué la préaffectation des fonds publics à des usages spécifiques. L'appui budgétaire général a également contribué à renforcer la gestion des finances publiques et à améliorer la transparence et la responsabilisation. En permettant de financer davantage de dépenses nécessaires, l'appui budgétaire a permis de développer les services. Enfin, un autre avantage de l'appui budgétaire serait qu'il diminue les coûts de transaction. On ne dispose d'aucune donnée particulière sur l'efficacité de l'appui budgétaire dans le domaine de la vaccination.

Des études récentes sur l'[efficacité des SWAp](#) dans le secteur de la santé ont mis en évidence des points positifs et des aspects à améliorer. Les programmes sectoriels sont mieux intégrés au processus de planification budgétaire et les obstacles à l'utilisation des services sont mieux diagnostiqués. Il semble y avoir aussi des liens étroits entre la politique publique et les actions menées. Cependant, les mécanismes SWAp nécessitent un véritable encadrement du ministère de la Santé, qu'il n'est pas toujours en mesure d'assurer du fait d'un manque de capacités, de changements fréquents de responsables ou de relations distendues avec le ministère des Finances.

Étude de cas : prêt à l'appui de la politique de développement au Sénégal

Les prêts à l'appui des politiques de développement (DPL) ont pour objectif d'aider les pays emprunteurs à réduire durablement la pauvreté par un ensemble de programmes et de mesures visant à stimuler la croissance et augmenter les revenus des pauvres. Les DPL de la Banque mondiale sont des financements à décaissement rapide sous la forme de prêts, de crédits ou de dons destinés à couvrir des dépenses spécifiques. Les opérations à l'appui des politiques de développement (DPO) prennent la forme de prêts, de crédits ou de dons non ciblés mais cadrant avec les politiques économiques et sectorielles du pays. Les DPO ont généralement pour but d'aider à renforcer la gestion financière, améliorer le climat de l'investissement et la fourniture des services (dans la santé et l'éducation), créer des emplois et investir dans d'autres domaines prioritaires. Les fonds sont versés directement au trésor national à titre d'appui budgétaire général.

Les pays accèdent aux financements des DPO lorsqu'ils atteignent certains seuils ou objectifs à l'intérieur d'un calendrier prédéfini. La couverture vaccinale — le taux de couverture par le DTC3 ou le vaccin antirougeoleux — fait souvent partie des critères de déclenchement du décaissement des fonds. En ce sens, le succès des programmes de vaccination aura des effets bénéfiques plus larges sur la société et l'économie tout entière.

Les financements à l'appui des politiques de développement au Sénégal (par une série de Crédits à l'appui de la stratégie de réduction de la pauvreté (PRSC)) ont aidé le pays à mettre en œuvre diverses mesures politiques et institutionnelles majeures dans le domaine des services de santé. Les PRSC ont aidé le Gouvernement à faire progresser l'accès aux services de santé de base et leur utilisation, grâce au renforcement des activités sur le terrain, à l'amélioration de la gestion des soins infantiles et pédiatriques, à la fourniture de services de soins maternels (augmentation du nombre d'accouchements en présence de personnel qualifié et développement des soins obstétricaux d'urgence), et à de nouveaux progrès dans la prévention des maladies infectieuses. Les autorités ont poursuivi leurs efforts d'amélioration du suivi des performances du secteur de la santé, en recueillant des données et en mesurant la qualité des services de santé dans l'ensemble du pays (des rapports statistiques ont été produits pour 2003 et 2004). Ces actions ont porté leurs fruits : la couverture vaccinale du DTC3 a augmenté, le taux d'accouchements en présence de personnel qualifié a progressé et le pourcentage d'enfants en insuffisance pondérale a diminué.

Les SWAp ont amélioré la planification et l'établissement des budgets du secteur de la santé, mais un certain nombre d'initiatives de santé verticales continuent dans une large mesure de fonctionner en dehors de ces mécanismes, ce qui pourrait limiter les gains réalisés. On manque aussi d'informations sur l'impact des mécanismes SWAp sur la santé. La participation aux SWAp n'est pas toujours aussi large qu'elle le devrait, en particulier dans la société civile. Les systèmes de suivi laissent à désirer et certains donateurs ne peuvent pas ou ne veulent pas faire passer leurs fonds par les circuits gouvernementaux. En outre, l'appui budgétaire peut accroître l'influence des donateurs sur la politique nationale de santé dans la mesure où ils participent plus activement à la planification, à l'établissement des budgets et au suivi du plan stratégique national pour la santé.

Tableau 10.1 Évaluation de l'appui budgétaire pour financer la santé et la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	L'appui budgétaire peut améliorer la prévisibilité des financements dans la mesure où la planification et la budgétisation des priorités du secteur de la santé deviennent un processus multipartite. Si l'appui budgétaire est conditionné à l'obtention d'objectifs, il y a un risque que les décaissements n'atteignent pas le niveau des engagements.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Oui.
Équité	Dépend dans quelle mesure l'appui budgétaire sera affecté à des activités et des programmes qui améliorent le sort des pauvres et qui réduisent la pauvreté.
Efficience	L'appui budgétaire doit normalement diminuer les coûts de transaction liés à l'obligation de produire des rapports financiers et des rapports d'activités et de réaliser des audits pour chaque donateur. Les coûts initiaux encourus pour mettre en place les mécanismes de coordination peuvent être importants en termes de temps et d'efforts, mais ils doivent diminuer progressivement.
Faisabilité	Les mécanismes SWAp demandent beaucoup de temps et un important travail de coordination, aussi bien au démarrage que par la suite.
Viabilité	L'appui budgétaire est considéré comme un mécanisme viable car il favorise l'appropriation du plan national et du financement du secteur de la santé.
Promotion de l'autosuffisance	Un appui budgétaire extérieur s'accompagne habituellement d'un financement de contrepartie de l'État bénéficiaire au profit du secteur (et du programme) et favorise donc l'autosuffisance.
Transparence	Dans la mesure où la planification, la budgétisation et le suivi de l'utilisation de l'appui budgétaire font partie intégrante du travail de coordination sectorielle, la transparence est renforcée.

Fiche 11 : L'allégement de la dette

Qu'est-ce que l'allégement de la dette ?

L'[allégement de la dette](#) est une opération par laquelle un pays débiteur est dispensé de rembourser le principal et/ou les intérêts des emprunts qu'il a contractés. L'allégement de la dette peut prendre la forme d'une annulation, d'un rééchelonnement, d'un refinancement ou d'un réaménagement de la dette. Les critères d'admissibilité, le degré de conditionnalité associé et les procédures de mise en œuvre varient selon les initiatives d'allégement de la dette.

Quels types d'institutions accordent des allègements de dette ?

Deux institutions internationales accordent des allègements de la dette : le FMI et la Banque mondiale. Il existe également différentes initiatives bilatérales d'allégement de dette. Toutes ces initiatives sont conçues, à des degrés divers, pour diminuer ou supprimer la dette des pays les plus pauvres et leur apporter un complément de moyens pour financer des services à leurs populations. Les États sont dispensés de rembourser des dettes qui englobent souvent une part importante de leurs budgets déjà très serrés, de manière à pouvoir augmenter les dépenses dans différents secteurs, notamment la santé.

L'Initiative PPTE

Le [FMI](#) et la [Banque mondiale](#) ont lancé ensemble l'[Initiative pour les pays pauvres très endettés \(PPTE\)](#) en 1996 dans les pays de l'[IDA](#). Le but de l'initiative était de ramener à des niveaux soutenable l'endettement des pays satisfaisant à certains critères (sans annuler la totalité de la dette). Les pays devaient élaborer et appliquer un plan stratégique de réduction de la pauvreté (PSRP) et utiliser les capacités budgétaires ainsi libérées pour augmenter les dépenses consacrées à la réduction de la pauvreté et aux activités contribuant à la réalisation des OMD (par exemple réduire la mortalité infantile grâce à la vaccination).

Le total des engagements d'allégement de dette pour tous les pays admis à bénéficier de l'Initiative (actuellement 40) s'élève à 73,9 milliards de dollars en valeur actuelle nette (VAN) à fin 2008, dont 53 % portent sur les 26 pays ayant atteint le point d'achèvement. L'admissibilité à bénéficier de l'Initiative PPTE est fondée sur les niveaux de revenu et de dette extérieure à la fin 2004.

L'Initiative d'allégement de la dette multilatérale

L'[Initiative d'allégement de la dette multilatérale \(IADM\)](#) a été lancée par les pays du G8¹⁰ en juin 2005 et complète l'Initiative PPTE dans le but d'aider les pays à progresser vers les OMD. Les pays admis à bénéficier de l'IADM se voient accorder un

¹⁰ Le Groupe des huit pays industrialisés (G8) est composé de la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni, les États-Unis d'Amérique, le Canada et la Russie.

allègement de 100 % sur les dettes éligibles contractées auprès de l'IDA, du FMI et du [Fonds africain de développement \(FAD\)](#). Début 2007, la Banque interaméricaine de développement (BID) a également décidé d'offrir le même allègement de dette aux 5 PPTÉ de l'hémisphère occidental. À noter que seuls les pays ayant atteint le point d'achèvement de l'Initiative PPTÉ pourront bénéficier de l'IADM. Le total des engagements d'allègement de dette pris par les 4 créanciers multilatéraux s'élève à 28,5 milliards de dollars (en VAN à fin 2008), dont 86 % portent sur les 26 pays ayant atteint le point d'achèvement.

Initiatives d'allègement de la dette bilatérale

De nombreux créanciers, parmi lesquels le Japon, la Suisse, la France et l'Espagne, ont offert jusqu'à 100 % d'allègement sur les dettes restant dues au titre de l'aide publique au développement (APD). Les initiatives d'allègement de la dette bilatérale sont généralement basées sur les mêmes conditions que l'Initiative PPTÉ. Les créanciers bilatéraux octroient souvent leur allègement de dette sous la forme d'un appui budgétaire général ou d'un appui sectoriel ciblé.

Allègement de la dette et programmes de vaccination

Un allègement de dette ne se traduit pas toujours par une hausse directe des dépenses, car les fonds correspondant à l'allègement de la dette peuvent être utilisés à d'autres usages, par exemple la réduction des impôts ou le remboursement des dettes intérieures. La dimension de ce mécanisme de financement varie beaucoup en fonction du niveau d'endettement du pays et des conditions de l'accord. Compte tenu des faiblesses des systèmes de gestion des dépenses publiques, beaucoup de pays bénéficiant d'un allègement de la dette mettent en place des mécanismes ou des institutions spécifiques (par exemple des fonds fiduciaires) pour gérer l'argent épargné. (Voir la fiche 6 : Les fonds nationaux d'affectation spéciale.) Il peut s'agir de fonds institutionnels ou de fonds virtuels contre la pauvreté qui préservent les ressources de l'allègement de la dette afin de les affecter à un emploi précis. L'autre solution est d'avoir un mécanisme de suivi des dépenses complet qui assure la mise à disposition de ces ressources par les processus budgétaires traditionnels.

Les allègements de dette sont fondés sur un Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté ([DSRP](#)) englobant de nombreux secteurs, dont la santé. Pour qu'un allègement de dette profite au secteur de la santé, les responsables doivent participer activement au processus et montrer comment les investissements dans la vaccination peuvent contribuer à réduire la pauvreté.

En théorie, les allègements de dette sont des financements additionnels, c'est-à-dire que les montant apportés par un donateur au titre d'un allègement de dette devraient s'ajouter aux formes d'aide existantes au lieu de les remplacer. Il est assez difficile de savoir si cela est effectivement le cas. L'OMS a étudié le lien entre allègement de dette et vaccination dans [dix pays pour lesquels on disposait de données chiffrées sur le sujet](#).

Principaux avantages de l'allègement de la dette pour financer la vaccination

L'allègement de la dette peut constituer une source de financement nouvelle, d'un montant potentiellement élevé, pour la vaccination. Elle peut réduire de manière significative le

service de la dette sur une longue période, permettant ainsi aux pays de passer à un niveau d'endettement soutenable qui améliorera leur note de crédit et encouragera les investissements étrangers. Enfin, l'allègement de la dette peut renforcer les actions en faveur du développement en augmentant les fonds alloués aux secteurs sociaux.

Allègement de la dette au Cameroun

Le Cameroun bénéficie actuellement d'un [allègement de dette](#) au titre de l'Initiative en faveur des petits pays très endettés (PPTE), de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) et d'autres initiatives d'allègement de la dette bilatérale. Le Gouvernement s'est engagé à affecter les ressources ainsi dégagées à des dépenses prioritaires de lutte contre la pauvreté figurant dans le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). Le Cameroun va recevoir au total 4 917 millions de dollars de l'Initiative PPTE, en valeur nominale, d'ici à 2020. Il a également reçu de l'IADM, dès le départ, 1 297 millions de dollars en valeur nominale. Enfin, il a bénéficié d'allègements de la dette de la part de créanciers bilatéraux, dont la France. Le secteur de la santé a bénéficié d'une augmentation des fonds de l'allègement de la dette, passés de 9 millions de dollars en 2001/02 à 40 millions de dollars en 2007. Une part de cette somme est allée au secteur de la vaccination, pour un montant total de 14 millions de dollars entre 2001 et 2006.

Pour gérer les fonds libérés au titre de l'Initiative PPTE, le Cameroun a mis en place un dispositif spécial comportant les éléments suivants :

- un compte de trésorerie spécial à la Banque des États d'Afrique centrale (BEAC) destiné à recevoir les montants correspondant à l'allègement PPTE ;
- un code spécial pour les fonds PPTE dans le budget, qui permet de les distinguer facilement des autres postes budgétaires ;
- un organe indépendant chargé de l'affectation et du suivi des fonds PPTE : le Comité consultatif et de suivi de la gestion des ressources PPTE (CCS/PPTE), composé de représentants des ministères, des partenaires de développement et de la société civile ;
- des modalités spécifiques de suivi et de contrôle des projets financés par des fonds PPTE, prévoyant la transmission d'audits techniques et financiers réguliers.

La préparation d'un plan pluriannuel complet (PPAC) cohérent pour la vaccination, comprenant un chiffrage précis du coût des activités et un état des futures sources de financement garanties et probables, a été déterminante pour convaincre le ministère des Finances et le Comité PPTE du besoin de financements supplémentaires employés rationnellement. Le dernier PPAC (2007-2011) prévoit des contributions annuelles du compte PPTE comprises entre 3,5 et 7,3 millions de dollars. Par ailleurs, le PEV bénéficie de dotations importantes provenant du programme C2D d'allègement de la dette bilatérale française. Ensemble, ces deux sources d'allègement de la dette couvrent 30 % des besoins de financement du programme de vaccination sur les 5 années couvertes.

Implications potentielles pour les responsables de la santé

L'existence d'un fonds institutionnel destiné à gérer l'argent provenant des initiatives PPTE et IADM permet aux responsables de la santé de cibler spécifiquement leurs demandes sur ces ressources. Pour obtenir qu'elles soient affectées à la santé, il est recommandé de :

- veiller à ce que les priorités de santé soient convenablement identifiées dans les documents de stratégie nationaux tels que les DSRP ;
- être bien informé du montant annuel des allègements de dette figurant au budget et des procédures d'allocation de ces ressources ;
- soumettre des projets cohérents cadrant bien avec le plan national stratégique pour le secteur de la santé et avec le budget correspondant ;

- assurer la participation des principaux responsables de la santé dans les commissions idoines et dans les institutions chargées de gérer les fonds des allègements de dette et de suivre leur utilisation ;
- surveiller de très près le schéma d'affectation des allègements de dette.

Problèmes associés à l'utilisation des allègements de dette

Le principal problème est de garantir que l'argent d'un allègement de dette soit affecté à la vaccination. Que ce soit à l'intérieur du secteur de la santé ou en dehors, de nombreux investissements essentiels sont en concurrence pour l'allocation de ces fonds, et il est indispensable de promouvoir activement la vaccination auprès du ministère des Finances. Les responsables de la santé et de la vaccination doivent veiller à ce que l'argent de l'allègement de la dette vienne s'ajouter à l'aide étrangère ordinaire ainsi qu'aux dotations budgétaires nationales normales. En outre, l'allègement de la dette a des conséquences variables sur les dépenses de santé car les pouvoirs publics ne placent pas forcément la santé en tête de leurs priorités dans la lutte contre la pauvreté.

Tableau 11.1 Évaluation de l'allègement de la dette pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Dans le cas d'un allègement de dette, on a une estimation précise et sur une longue période des économies réalisées sur les remboursements des emprunts.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Un allègement de dette augmente les recettes publiques et constitue donc une ressource additionnelle. Toutefois, au niveau sectoriel, les autorités peuvent décider de réaffecter des fonds à d'autres secteurs en contrepartie des fonds de l'allègement, ce qui en annulerait les effets.
Équité	Si l'argent de l'allègement de la dette est utilisé conformément à l'objectif initial — pour réaliser des investissements qui atténuent la pauvreté — il peut améliorer les conditions de vie des plus démunis.
Efficience	Un allègement de dette occasionne généralement des coûts de transaction minimes, bien que le transfert de l'argent vers un fonds spécial puisse générer quelques frais.
Faisabilité	La santé et la vaccination doivent figurer dans les actions prioritaires de réduction de la pauvreté, et l'État doit respecter les critères de déclenchement et les conditions requises.
Viabilité	L'allègement de la dette peut être une ressource viable car elle se traduit par une augmentation de la quantité totale de ressources au lieu d'une réaffectation entre différentes priorités.
Promotion de l'autosuffisance	Peut contribuer au renforcement des capacités nationales dans la mesure où elle apporte des ressources supplémentaires ne dépendant pas des donateurs.
Transparence	Dépend de la structure mise en place par l'État pour utiliser l'argent de l'allègement de la dette. Un fonds spécifiquement ciblé sur la réduction de la pauvreté sera plus transparent.

Fiche 12 : Le marché du vaccin — Les mécanismes d'achats groupés

Un mécanisme d'achats groupés permet à plusieurs acheteurs de se rassembler en une entité unique qui achète les vaccins en leur nom. Plusieurs pays d'une région peuvent ainsi former un collectif d'achat qui va réunir leurs ressources et leur besoin total de doses. Ensemble, les pays peuvent acheter un plus grand nombre de doses qu'individuellement, ce qui permet généralement d'obtenir un prix unitaire inférieur. En outre, un groupe de pays représente un plus grand pourcentage du chiffre d'affaires d'un fabricant donné, ce qui renforce son pouvoir de négociation par rapport à un acheteur isolé.

Il existe plusieurs mécanismes d'achats groupés dans le secteur des vaccins. Le plus ancien est la Division des approvisionnements de l'UNICEF, qui achète pour le compte des pays à revenu faible et des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, par appels d'offres publics. Depuis 1977, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) gère un système régional d'achats groupés bénéficiant aux pays de la région Amérique latine et Caraïbes (LAC). Cette caisse d'avances joue un rôle vital pour plusieurs petits États et territoires insulaires des Caraïbes. Dans le cadre du [Conseil de coopération du Golfe](#), six pays du Moyen-Orient collaborent depuis 1978 pour acheter un ensemble de produits, notamment des vaccins. La Région de la Méditerranée orientale de l'OMS ([EMRO](#)) travaille à coordonner davantage les achats de vaccins, et la Région Afrique ([AFRO](#)) ainsi que la Région européenne ([EURO](#)) de l'OMS y réfléchissent également.

Fonctionnement des mécanismes d'achats groupés

Les mécanismes d'achats groupés peuvent recouvrir différentes activités. Les pays qui mettent ainsi leurs ressources en commun peuvent utiliser un prestataire extérieur comme agent d'approvisionnement, ou constituer leur propre centrale d'achat. Toutefois, traditionnellement, les mécanismes d'achats groupés assurent aussi diverses activités connexes telles que des activités de change, des services d'assistance technique, des aides financières et des études prévisionnelles. En règle générale, un appel d'offres est élaboré, spécifiant le type de vaccin demandé, la période, et le nombre de doses à fournir. Les fabricants doivent soumettre une offre répondant à ces critères. Dans certains cas, différentes combinaisons de doses et de prix sont proposées. Les fabricants baissent généralement les prix unitaires pour des volumes de commande plus importants car ils ont habituellement des coûts incompressibles élevés ; lorsque ces coûts sont répartis sur un grand nombre de doses, les prix unitaires diminuent. Par ailleurs, des réductions de prix peuvent être obtenues en fonction des incertitudes du marché et du type de vaccin (monovalent ou multivalent).

Quelques exemples de mécanismes d'achats groupés

- **UNICEF** : l'UNICEF achète chaque année des vaccins pour 80 à 100 pays. La majorité de ses achats de vaccins sont payés par des financements de donateurs, avec quelques pays payant intégralement leurs vaccins par leur budget national. Ces derniers se servent de l'UNICEF comme d'un agent d'approvisionnement,

bénéficiant ainsi de ses compétences et de son poids sur le marché. Les pays doivent payer à l'UNICEF une commission comprise entre 3 et 6 % pour couvrir les frais administratifs. L'UNICEF achète environ 40 % du volume mondial de doses de vaccin, qui ne représentent toutefois que 5 % du chiffre d'affaires du secteur en raison du coût relativement faible des vaccins achetés. Les vaccins achetés par l'UNICEF doivent être [préqualifiés](#) par l'OMS. L'UNICEF achète généralement les vaccins par adjudications pluriannuelles, en ajustant la durée du contrat et les modalités de passation du marché pour chaque vaccin, de manière à optimiser le processus.

- [Caisse d'avances de l'OPS](#) : quarante pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes achètent des vaccins par l'intermédiaire de la Caisse d'avances de l'OPS, créée en 1977. Les États membres ont fixé une commission de recapitalisation de 3,5 % s'ajoutant au prix du vaccin. La caisse ainsi constituée permet d'ouvrir une ligne de crédit aux pays afin qu'ils puissent commander leurs vaccins au moment où ils en ont besoin et payer les fournisseurs (dans la monnaie nationale si nécessaire) 60 jours après la livraison. En 2009, elle a acheté pour 304,7 millions de dollars de vaccins. La Caisse d'avances procède généralement par appel d'offres annuel. L'existence de la Caisse d'avances explique pour une grande part le succès de la vaccination dans la région LAC, car les pays de l'OPS ont toujours pu introduire les nouveaux vaccins plus tôt que les autres pays en développement et sur une plus grande échelle. La Caisse a pour but de favoriser la concurrence et la baisse des prix en encourageant l'arrivée de nouveaux fournisseurs.

Les objectifs et les méthodes de la Caisse d'avances de l'OPS et de la [Division des approvisionnements de l'UNICEF](#) sont globalement similaires, à quelques exceptions près :

- L'UNICEF achète principalement pour les pays les plus pauvres du monde entier, tandis que la Caisse d'avances achète essentiellement pour le compte des pays à revenu intermédiaire de la Région LAC.
- La Caisse d'avances est financée presque exclusivement par les budgets nationaux, alors que les fonds de l'UNICEF proviennent surtout de donateurs.
- L'UNICEF peut acheter par des adjudications pluriannuelles (bien que ce ne soit pas toujours le cas), tandis que l'OPS passe des commandes annuelles.

Avantages des achats groupés

Les mécanismes d'achats groupés permettent d'obtenir des réductions de prix. Par exemple, le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans les années 80, mais des [études récentes](#) tendent à montrer que les prix ont baissé beaucoup plus sensiblement après la création de l'Alliance GAVI et de la Caisse d'avances de l'OPS, qui a entraîné une augmentation des achats groupés. Les autres avantages sont les suivants :

- plus grand pouvoir de négociation des pays qui se regroupent ;
- moins grand besoin de compétences spécialisées en matière de passation de marchés des vaccins au niveau national (prévision de la demande, définition des spécifications des vaccins, et préparation des appels d'offres), dont tous les pays ne disposent pas mais qu'ils peuvent plus facilement réunir dans une entité commune ;

- meilleure stabilité des approvisionnements de vaccins du fait de la mise en commun des ressources et des achats groupés ;
- prix unitaires inférieurs, se traduisant par des économies pour les pays.

Inconvénients des achats groupés

Les mécanismes d'achats groupés de vaccins présentent néanmoins certains inconvénients :

- Les pays ne renforcent pas toujours leurs capacités en matière d'achat de vaccins et peuvent devenir durablement dépendants d'un organisme extérieur. En règle générale, ils disposent de certaines compétences en matière de prévision, d'établissement de budgets et de planification, des activités très importantes dans le processus de passation des marchés.
- Les règles de communication de rapports et de tenue des comptes peuvent être imposées de l'extérieur au lieu de suivre les procédures nationales.
- Le dispositif législatif national sur la passation des marchés doit être modifié, et aligné dans tous les pays participants.
- La gamme de produits susceptibles d'être obtenus par le mécanisme d'achats groupés peut être limitée et ne pas être totalement adaptée aux besoins du pays.
- Le pouvoir d'achat du mécanisme d'achats groupés peut déséquilibrer le marché et conduire à une diminution de nombre de fournisseurs.

Tableau 12.1 Évaluation des mécanismes d'achats groupés pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Si la structure est dotée d'un fonds de roulement suffisant pour couvrir un manque de capitaux, ce type d'instrument peut limiter les risques d'interruptions et assurer un flux de capitaux stable.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Dépend de la structure du flux de financement.
Équité	Permet à des pays à faible revenu et à des petits pays d'avoir accès à des vaccins de qualité à des prix abordables, qu'ils auraient sinon beaucoup de mal à se procurer.
Efficience	La mise en commun de ressources permet de réaliser des économies par des gains d'efficacité dans les opérations de passation des marchés et par la baisse des prix des vaccins.
Faisabilité	Nécessite de réunir des capitaux de départ pour créer un fonds, et de gérer le fonds. Demande aussi de modifier le dispositif législatif national sur la passation des marchés.
Viabilité	Un mécanisme bien construit peut durer longtemps.
Promotion de l'autosuffisance	Dépend de la structure du mécanisme ; ceux qui reposent sur des fonds de donateurs pour les achats de vaccins ne favorisent pas l'autosuffisance.
Transparence	L'utilisation de procédures et de formats de rapports standard par les différents pays peut être un facteur de transparence.

Fiche 13 : Le marché du vaccin – L’Initiative pour l’autonomie en matière de vaccins (VII)

L’[Initiative pour l’autonomie en matière de vaccins \(VII\)](#) a été créée par l’UNICEF et l’OMS en 1991 afin d’aider les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure à devenir autosuffisants dans le domaine de la passation des marchés de vaccins. L’Initiative VII apporte quatre avantages : l’accès à un mécanisme d’achats groupés (par l’UNICEF) ; des économies d’échelle ; le règlement après la livraison au lieu du règlement d’avance ; et la possibilité de régler dans la monnaie nationale (avec l’accord du Trésorier de l’UNICEF). Dans le contexte actuel du marché du vaccin, l’accès à un système d’achats groupés assurant une certaine sécurité est un atout important. L’Initiative VII apporte une garantie de ce type par le mécanisme de passation des marchés de l’UNICEF.

L’Initiative VII a été créée sous la forme d’un fonds autorenewable, avec un don détenu sur un compte « fonds de dépôt » servant de garantie. Aujourd’hui, le capital de l’Initiative VII s’élève à 9 millions de dollars. L’Initiative a été reconduite pour la période 2011-2015.

Fonctionnement de l’Initiative VII

Le fonds de l’Initiative VII permet de payer d’avance les vaccins achetés par les pays membres via l’UNICEF. L’objectif du fonds est d’aider les États membres à devenir indépendants en matière de financement et d’achat de vaccins sans subir de ruptures d’approvisionnement. L’Initiative VII parvient à assurer ce service en renouvelant le capital suffisamment vite et souvent pour financer les besoins courants des pays jusqu’à ce qu’ils remboursent l’UNICEF.

Au sein de la Division des programmes de l’UNICEF, la Section santé invite les pays membres à conclure un contrat de service d’approvisionnement au titre de l’Initiative VII. Aux termes de ce contrat, les pays peuvent payer les vaccins après leur livraison et, si nécessaire, dans la monnaie nationale.

Même si l’Initiative VII offre à ses membres des conditions financières avantageuses, l’UNICEF absorbe le risque de défaut de paiement et conserve des monnaies risquant de perdre de leur valeur par suite des fluctuations du marché des changes. Pour pallier ces risques, le fonds de l’Initiative VII fournit aux pays une garantie contre toute perte de valeur de leurs ressources.

Pays ciblés par l’Initiative VII

Les pays en développement n’ont pas tous les mêmes besoins ni les mêmes problèmes. Les pays les moins développés n’ont pas les moyens de financer leurs vaccins et ont besoin d’une aide des donateurs. À l’autre bout du spectre, on trouve des pays industrialisés, plus indépendants, capables d’acheter, de fabriquer et de financer leurs vaccins de manière autonome. L’Initiative VII ciblait à l’origine les pays compris entre ces deux extrêmes.

Aujourd'hui, un petit nombre seulement des pays de cette catégorie y participent (notamment les petits États insulaires).

Les États membres sont souvent confrontés à des difficultés particulières en ce qui concerne le financement et la gestion des vaccins, notamment pour :

- se procurer des monnaies fortes, car ils ont peu de sources de devises ;
- travailler avec les ministères des Finances ou de la Planification pour lesquels la vaccination ne constitue pas une priorité ;
- se conformer à des réglementations publiques qui imposent souvent de payer les achats après la livraison ;
- établir des prévisions justes des besoins de vaccins ;
- gérer les ruptures de stock dues à une mauvaise planification.

Face à ces problèmes, l'Initiative VII offre 4 types de services : une assistance en amont de la planification pour définir les besoins de vaccins ; l'accès à un système d'approvisionnement en vaccins fiables et à prix abordables ; des conditions de financement flexibles ; et la gestion des relations interministérielles afin d'assurer la coopération et faciliter les transactions.

À court terme, l'Initiative VII apporte aux pays membres un moyen simple et fiable de se procurer des vaccins jusqu'à ce qu'ils aient appris à gérer le processus et en assumer les responsabilités, et qu'ils aient développé leurs propres capacités de budgétisation et de planification. Sur le long terme, elle favorise l'autonomie des pays en matière de financement, d'achat et de gestion des vaccins.

L'Initiative VII et les pays insulaires du Pacifique

L'UNICEF apporte une assistance à 21 pays insulaires du Pacifique et gère un système d'achats groupés de vaccins pour 14 d'entre eux. Ces pays présentent une grande diversité en termes de niveau de développement et de taille de population, et sont handicapés par plusieurs contraintes logistiques. Les services de transport de fret aérien sont très limités et coûtent cher, ce qui entraîne souvent un doublement du coût total des vaccins après expédition. (Du fait de la taille des populations, certaines livraisons ne comprennent que quelques flacons.)

Le mécanisme d'achats groupés accessible par l'Initiative VII assure la planification des besoins et des approvisionnements, l'achat et la gestion des stocks à Suva pour tous les pays. Il inclut également la gestion d'une installation de stockage frigorifique hors site et l'organisation de l'expédition des marchandises vers leur destination finale. Ces opérations complexes sont actuellement prises en charge par le bureau de l'UNICEF de Suva avec une entreprise de stockage frigorifique recrutée sur place.

Le principal avantage de l'Initiative VII pour les pays participants est qu'elle leur permet de payer les vaccins après leur livraison. La plupart des pays insulaires du Pacifique ne seraient pas prêts à payer un fournisseur à l'avance.

Tableau 13.1 Évaluation de l'Initiative pour l'autonomie en matière de vaccins (VII) pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Les pays sont informés des « plafonds annuels de fonds » à l'avance et avant de signer le protocole d'accord pour l'année en cours.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Dans la mesure où les paiements se font dans la monnaie nationale et non pas en devises fortes, il n'y a pas additionnalité.
Équité	Les pays candidats qui ne bénéficient pas d'autres partenariats sont admis en priorité.
Efficienc	Pourrait être améliorée. Le taux de renouvellement annuel des capitaux disponibles devrait être plus élevé.
Faisabilité	Repose sur les mécanismes existants de passation des marchés par l'intermédiaire de l'UNICEF, qui sont complexes.
Viabilité	Oui, tant que son capital est reconstitué. Néanmoins, l'Initiative VII est destinée à être un mécanisme de court terme ayant pour but d'aider des pays à passer le cap de l'autosuffisance en matière d'achat de vaccins.
Promotion de l'autosuffisance	L'Initiative VII aide les pays à acheter des vaccins dans la monnaie nationale, et encourage les pays à devenir plus autonome dans ce domaine.
Transparence	Peut améliorer la gestion des stocks et la passation des marchés.

Lectures complémentaires

Chang-Blanc, D., R. Matthews, et S. Schmitt. « Assessment Report on Vaccine Procurement and Supply in the Pacific Island Countries (PIC) ». UNICEF/OMS. Mai 2010.

Fiche 14 : Le marché du vaccin — La tarification différenciée

Qu'est-ce que la tarification différenciée ?

La tarification différenciée consiste à facturer un même produit à des prix différents sur des marchés différents. En général, les fabricants facturent les vaccins plus cher dans les pays riches, et appliquent des tarifs inférieurs dans les pays qui n'ont pas les moyens d'acheter au prix du marché libre. De cette manière, les fabricants peuvent utiliser les bénéfices dégagés sur les marchés des pays industrialisés pour financer les activités de recherche et développement nécessaires au lancement de nouveaux produits.

Fonctionnement de la tarification différenciée

Les coûts des vaccins peuvent varier considérablement. Ils dépendent du processus de production mais aussi des activités de recherche et développement. (Voir la fiche 15 : Le marché du vaccin — La production des vaccins.) Les coûts unitaires de production sont liés au volume. Pour un vaccin donné, une bonne part des coûts de production sont fixes et par conséquent, plus le nombre de doses produites augmente, plus leur coût unitaire diminue. Dans le cas des vaccins traditionnels du PEV, la technologie est relativement simple et les investissements nécessaires dans la recherche et le développement sont faibles. Les vaccins plus récents, au contraire, exigent de nouveaux investissements d'un montant très élevé. Les coûts de recherche et développement sont intégrés au prix du vaccin et les pays les moins riches ne sont pas forcément en mesure de payer le prix du marché libre. La tarification différenciée permet de pratiquer des prix adaptés à la capacité financière des acheteurs.

Dans la forme la plus courante de tarification différenciée, les pays à faible revenu peuvent acheter des vaccins en passant par le mécanisme d'achats groupés de l'UNICEF. (Voir la fiche 12 : Le marché du vaccin — Les mécanismes d'achats groupés.) On estime par exemple que le prix obtenu par les pays à faible revenu pour les vaccins du PEV par le système d'achats groupés peut descendre en dessous de 10 % du prix payé par les pays riches. Dans le cas des vaccins du PEV, il existe un marché aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans ceux à faible revenu, ce qui permet aux fabricants de récupérer les coûts de production à la fois grâce aux volumes et à la possibilité de faire payer les vaccins plus chers dans les pays riches. Les pays admis à bénéficier d'une aide de GAVI peuvent introduire de nouveaux vaccins en les achetant à des prix inférieurs à ceux du marché.

Problèmes posés par la tarification différenciée

Il y a nécessairement un tiraillement entre, d'un côté, la nécessité pour les fabricants de vaccins de rendre des comptes à leurs actionnaires et de faire des profits, et de l'autre, les biens publics mondiaux générés par la vaccination de la population des pays à faible revenu. Pour cette raison, le prix qui devrait être fixé pour les vaccins sur les différents marchés n'est pas facile à déterminer.

D'une manière générale, le prix des vaccins est élevé lorsqu'il s'agit de produits nouveaux qui viennent d'être introduits sur le marché. En effet, les nouveaux vaccins utilisent souvent de nouvelles techniques de production complexes et coûteuses. Une autre raison est qu'il n'y a souvent qu'un seul fournisseur, ce qui limite l'offre et donne au fabricant le pouvoir de fixer le prix. Avec le temps, les coûts de production peuvent diminuer fortement, de nouveaux fabricants peuvent arriver sur le marché et le volume de l'offre peut augmenter — toutes choses susceptibles de faire baisser les prix.

Dans les pays à faible revenu, les nouveaux vaccins ont toujours été introduits à des prix bas. Cet état de fait limite le marché pour le fabricant et signifie que les pays pauvres n'ont pas accès immédiatement aux vaccins venant d'être mis au point. La tarification différenciée peut atténuer ce problème d'accès en permettant aux fabricants de pratiquer des prix différents en fonction des marchés. Par ailleurs, les aides financières des donateurs peuvent abaisser les prix un peu plus pour les pays les plus pauvres.

Les achats groupés représentent une autre solution utilisable par les pays à faible revenu pour réduire le prix de leurs nouveaux vaccins. (Voir la fiche 12 : Le marché du vaccin — Les mécanismes d'achats groupés.) Parallèlement à la tarification différenciée, les mécanismes d'achats groupés ont effectivement amélioré l'accès des pays pauvres aux nouveaux vaccins. Le regroupement des commandes a augmenté le poids de ces pays en envoyant aux fournisseurs des signaux de demande clairs.

Les autres problèmes associés à la tarification différenciée sont la réimportation et le rôle des pays à revenu intermédiaire. Pour que la tarification différenciée fonctionne, le fabricant doit avoir l'assurance que les produits commercialisés dans les pays à faible revenu ne soient pas revendus dans les pays à revenu élevé (réimportation). L'une des questions qui fait débat actuellement est à quelle hauteur les pays à revenu intermédiaire doivent contribuer aux coûts de mise au point des nouveaux vaccins.

Fiche 15 : Le marché du vaccin — La production des vaccins

Paysage de l'industrie du vaccin

D'après les prévisions, le marché mondial du vaccin va augmenter de plus de 100 % en quelques années, pour passer de 24 milliards de dollars en 2009 à 56 milliards de dollars en 2016.¹¹ Jusqu'ici, les principaux acteurs de l'innovation et de la recherche-développement en matière de production de vaccins ont été les sociétés pharmaceutiques multinationales. Fortes de leurs ressources financières, de leur dimension internationale et de leur haut niveau de savoir-faire, elles ont pu financer la mise au point de nouvelles technologies pour le développement des vaccins — un processus coûteux et relativement long. Les entreprises de biotechnologie ont aussi contribué au développement des vaccins, en particulier au cours des premiers stades de la découverte, même si elles n'ont pas les capacités nécessaires pour produire un vaccin commercialisable.

Les vaccins traditionnels du PEV sont produits depuis longtemps par des fabricants locaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, principalement en Amérique latine et en Asie. Ces fournisseurs utilisent des techniques de production relativement simples qui ne demandent pas d'importants investissements en recherche et développement.

Ces dernières années, quelques fabricants locaux ont commencé à exporter leurs produits vers d'autres pays à faible revenu et à des organisations internationales telles que l'OPS et l'UNICEF. Comme beaucoup d'entre eux sont encore des entreprises publiques, ils ont l'obligation de satisfaire d'abord les besoins nationaux avant de pouvoir exporter le reste de leur production. Parmi les entreprises publiques les plus connues fabriquant des vaccins, citons BioManguinhos (la branche de Fiocruz spécialisée dans les produits biologiques) et Butantan au Brésil, Biofarma en Indonésie, Birmex au Mexique, et Finlay Institute à Cuba. De nombreux fabricants de vaccins traditionnels souhaitent aujourd'hui développer de nouveaux vaccins et envisagent pour cela d'investir davantage dans la recherche et le développement. Pour pouvoir vendre leurs produits sur le marché international par l'intermédiaire d'organisations régionales et internationales, ils doivent obtenir une préqualification de l'OMS.

En dehors des entreprises publiques, on trouve un certain nombre de fabricants privés, en particulier en Inde, qui se sont développés et fournissent actuellement un pourcentage non négligeable des vaccins traditionnels du PEV achetés par l'UNICEF pour être distribués dans le monde entier.

Relations entre le coût et le prix d'un vaccin

Les coûts des vaccins se divisent en deux grandes catégories : les coûts de fabrication, et les coûts de recherche et développement. On a souvent tendance à ne regarder que les coûts de

¹¹ <http://centerforvaccineethicsandpolicy.wordpress.com/2010/01/17/global-vaccines-revenues-projected-to-more-than-double-by-2016/>

production et à penser que le coût du vaccin devrait être proche du coût de production, alors que les coûts de recherche-développement doivent être pris en compte.

Pout la plupart des nouveaux vaccins, les fabricants doivent investir plusieurs centaines millions de dollars sur de nombreuses années. Lorsque les vaccins ont des débouchés commerciaux tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, les coûts de recherche et développement sont souvent couverts par les ventes aux pays riches à des prix plus élevés, selon le principe de la tarification différenciée. (Voir la fiche 14 : Le marché du vaccin — La tarification différenciée.) Par ailleurs, les activités de recherche sont souvent subventionnées par les pouvoirs publics et d'autres organismes au moyen de subventions, d'abattements et d'exonérations fiscales accordées aux entreprises du pays.

En outre, les fabricants fixent souvent le prix des vaccins sans rapport avec les coûts de production, en fonction plutôt de ce que le marché acceptera et des coûts de traitement évités. C'est particulièrement le cas dans les pays riches. À titre d'exemple, un vaccin anti-pneumocoque peut éviter d'importantes dépenses de traitement de la pneumonie, et les fabricants intègrent souvent ce paramètre dans leur stratégie tarifaire. Ils gardent confidentiels les coûts de production des vaccins, lesquels sont rarement connus des autorités publiques dans le cas des nouveaux vaccins. D'autre part, lorsqu'un nouveau vaccin sort, il n'existe souvent qu'un seul fabricant et les autorités publiques ont donc un pouvoir d'intervention limité. Ainsi, le prix d'un vaccin est souvent très élevé au moment de son lancement.

La fabrication de vaccins donne lieu à d'importantes économies d'échelle, ce qui veut dire que le prix d'une dose diminue lorsque le volume de production augmente. Par exemple, lorsqu'une usine ne produit qu'à 20 % de sa capacité, elle a des frais de fonctionnement fixes qui sont alors répartis sur un plus petit nombre de doses, et le coût de chaque dose s'en trouve augmenté.

Les coûts de production d'un vaccin peuvent donc varier considérablement. Par exemple, le prix unitaire d'une dose de vaccin contre la polio qui est développé à partir d'une technique relativement simple, qui bénéficie d'une forte demande mondiale, et qui est produit par de nombreux fabricants, sera beaucoup plus faible que celui d'un vaccin conjugué multivalent comme le vaccin anti-pneumocoque, qui fait appel à une technologie de fabrication complexe et est fabriqué en plus petite quantité à l'échelon mondial. Il est néanmoins important de noter que les coûts ont tendance à diminuer au fil des ans grâce aux gains de productivité obtenus et à l'augmentation du taux d'utilisation des capacités des usines.

Types de coûts à prendre en compte pour les programmes nationaux de vaccination

Coûts variables : occasionnés par des éléments dont le coût unitaire est fixe, par exemple les flacons. Chaque dose de vaccin augmente le coût total. Les coûts totaux augmentent avec le volume de production.

Coûts semi-fixes : occasionnés par des éléments dont le coût est fixe pour une certaine quantité de produits (généralement plusieurs milliers de doses) quel que soit le nombre de doses réellement produites. Le coût unitaire d'une dose diminue au fur et à mesure que le nombre de doses produites se rapproche de cette quantité.

Coûts fixes : forment la plus grande part des coûts de production. Ces coûts sont indépendants du volume et donc, lorsque le nombre de doses produites augmente, le coût unitaire diminue. En règle générale, cela signifie que produire plus revient moins cher.

La majorité des coûts de production des vaccins sont fixes (60 %) ou semi-fixes (25 %), les coûts variables ne représentant que 15 %.

Implications pour les nouveaux vaccins

En raison du niveau élevé des coûts fixes et de la complexité croissante des techniques de production, il est difficile pour de nouveaux fabricants de pénétrer le marché. Étant plus sophistiqués, ces nouveaux vaccins risquent en outre de ne jamais atteindre les prix bas auxquels les vaccins traditionnels sont vendus dans les pays en développement. Jusqu'ici, les nouveaux vaccins ont été introduits sur le marché à un prix élevé, s'expliquant par la complexité des technologies en jeu et par l'étroitesse de l'offre (au départ, il n'y a souvent qu'un seul fournisseur). Avec le temps, la technologie devient moins chère et des gains de productivité sont obtenus, qui maximisent le rendement et abaissent les coûts. Avec l'arrivée de nouveaux fabricants sur le marché, l'offre s'élargit et la concurrence fait baisser les prix.

Le processus risque d'être plus lent avec les vaccins modernes, comme en témoigne le cas du vaccin combiné DTC. GAVI avait anticipé que les prix de ce vaccin baisseraient rapidement. Mais beaucoup de fabricants encore récents ne maîtrisaient pas la technologie de conjugaison nécessaire pour produire le vaccin pentavalent (DTC-HépB-Hib) très utilisé par GAVI. Pendant plusieurs années, le vaccin a été produit par un seul fabricant. Un deuxième fabricant a pénétré le marché en 2006, mais les prix n'ont réellement commencé à baisser qu'après l'arrivée d'autres fabricants. Il aura donc fallu près de dix ans pour qu'aujourd'hui, le prix du vaccin pentavalent se mette à diminuer franchement.

Un certain nombre de mesures peuvent être prises pour améliorer la situation. En premier lieu, les fabricants qui lancent de nouveaux vaccins les premiers peuvent être encouragés à définir dès le départ des critères de tarification transparents pour différents marchés. Les organisations internationales s'efforcent de convaincre les fabricants d'adopter cette démarche. Par ailleurs, les nouveaux fabricants peuvent être aidés par des transferts de technologie et des conseils en matière de propriété intellectuelle et de réglementation. Des organisations telles que PATH ou d'autres partenariats de développement de produits s'emploient à collaborer avec les fabricants pour augmenter l'offre et réduire les prix. Certains organismes publics accordent des aides aux fabricants en contrepartie de la fixation d'un prix plafond pour le produit développé.

Lectures complémentaires

Oxfam International et MSF. « Giving Developing Countries the Best Shot: An Overview of Vaccine Access and R&D. » Avril 2010.

http://www.msfacecess.org/fileadmin/user_upload/diseases/other_diseases/06_04%20MSFOxfam_Vaccine_Report_A4_Web%20FINAL.pdf

« Supply and Procurement Report for GAVI Board. » Alliance GAVI, 2002.
http://www.gavialliance.org/resources/Supply_Background.doc

16^e réunion du Conseil de GAVI. « Global Vaccine Supply: The Changing Role of Suppliers. »
Réunion organisée à Paris, 2005.
http://www.gavialliance.org/resources/16brd_08_Supplier_study.pdf

Fiche 16 : Financements novateurs — La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)

Depuis l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000, la communauté internationale a pris conscience que des ressources supplémentaires étaient nécessaires pour atteindre ces objectifs. Les financements des donateurs au secteur de la santé ont sensiblement augmenté. Toutefois, le coût des vaccins a aussi progressé et les programmes de vaccination sont plus chers lorsque le taux de couverture est déjà élevé. Il fallait donc trouver de nouvelles sources de financements au profit du développement afin d'améliorer la prévisibilité des aides financières pour les pays bénéficiaires tout en offrant davantage de souplesse aux donateurs.

Le secteur de la santé a été le terrain d'essai de nombreux nouveaux mécanismes de financement novateurs. Deux d'entre eux ont en particulier ciblé la vaccination : la [Facilité internationale de financement pour la vaccination \(IFFIm\)](#), permettant d'emprunter sur les marchés financiers en apportant en garantie les fonds des donateurs ; et les [garanties d'achat futur \(AMC\)](#), visant à accélérer la mise au point de nouveaux vaccins pour les pays en développement. (Voir la fiche 17 : Financements novateurs — Les garanties d'achat futur (AMC).)

Qu'est-ce que l'IFFIm ?

La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) est l'une des sources de financement de l'Alliance GAVI. Elle est administrée par la Banque mondiale pour les aspects fiduciaires, et par GAVI pour les aspects opérationnels. [Actuellement, huit pays](#) (Royaume-Uni, France, Italie, Espagne, Norvège, Suède, Pays-Bas et Afrique du Sud) ont pris des engagements financiers totalisant 3,2 milliards de dollars sur la période 2006-2015. Chaque donateur a pris un engagement sur plusieurs années (la plupart du temps sur 20 ans), selon des modalités flexibles. Certains bailleurs de fonds versent le même montant chaque année, tandis que d'autres ont prévu des versements moins élevés les premières années et plus élevés par la suite. L'IFFIm combine ensuite tous ces engagements — qui sont juridiquement contraignants. Le risque d'un défaut de paiement des donateurs est jugé très faible et les obligations sont par conséquent considérées comme des placements très sûrs.

[L'IFFIm émet alors des obligations sur les marchés financiers.](#) Lorsque ces obligations sont achetées, l'investisseur apporte des fonds immédiatement en échange de versements échelonnés sur les 20 années suivantes (la durée des engagements des donateurs), auxquels s'ajoute une commission d'emprunt. Cette commission peut être très basse compte tenu du faible risque de défaut de paiement mentionné plus haut. Ce détail est important car les coûts du mécanisme sont ainsi minimisés. Les émissions d'obligations ont lieu périodiquement — lorsque le besoin de capitaux se fait sentir — afin d'assurer le financement des programmes de GAVI. Pendant la période couverte par l'IFFIm, les obligations seront émises dans les 10 ans et remboursées aux investisseurs sur 20 ans. GAVI peut ainsi mobiliser des fonds de manière très flexible, sans être limité par les contraintes budgétaires des différents donateurs, en échange d'une commission d'emprunt minime.

Certains estiment que la commission d'emprunt pourrait être complètement évitée si les donateurs étaient prêts à faire preuve d'une plus grande souplesse et à verser immédiatement les fonds. D'autres critiques concernent le fait que, après la fin des émissions d'obligations et le versement des derniers fonds à GAVI, il y aura une diminution brutale des ressources car les donateurs devront rembourser les détenteurs d'obligations pendant encore 10 ans.

Principaux avantages de l'IFFIm

- **Disponibilité immédiate des fonds** : les ressources échelonnées promises par les donateurs peuvent être disponibles immédiatement grâce aux émissions d'obligations, ce qui permet à un plus grand nombre d'enfants d'être vaccinés rapidement, en contrepartie d'une commission d'emprunt faible.
- **Prévisibilité** : la prévisibilité des fonds levés par l'IFFIm doit avoir les effets positifs suivants :

Amélioration de la planification et des processus budgétaires nationaux : GAVI est en mesure de prendre des engagements de plus longue durée auprès des pays, ce qui leur procure une plus grande visibilité pour établir leurs budgets et planifier leurs actions.

Poids sur le marché : la prévisibilité des fonds augmente le pouvoir de négociation et la capacité de négocier des contrats de plus longue durée avec les fournisseurs. Cela accroît les chances de pouvoir faire baisser les prix et d'obtenir davantage de doses de vaccins avec la même enveloppe financière.

Fiche 17 : Financements novateurs — Les garanties d'achat futur (AMC)

Les [garanties d'achat futur \(AMC\)](#) sont un mécanisme visant à accélérer la mise au point de nouveaux vaccins prioritaires et leur disponibilité dans les pays en développement. La mise au point d'un nouveau vaccin est un véritable défi scientifique. Le processus peut prendre une vingtaine d'années et nécessiter une série d'investissements majeurs dans la recherche, le développement et la production. Les risques et les coûts de chacun de ces investissements sont normalement récupérés par les ventes une fois que le vaccin est commercialisé. (Voir la fiche 15 : Le marché du vaccin — La production des vaccins.) Mais l'industrie pharmaceutique n'est pas assurée de récupérer les investissements réalisés dans des produits destinés aux marchés des pays en développement, marchés perçus comme petits et risqués par le secteur privé. De ce fait, les enfants et les adultes des pays pauvres n'ont souvent accès aux nouveaux vaccins que 10 à 15 ans après que le vaccin a été breveté dans les pays riches. D'autre part, les activités de recherche et développement sur les vaccins contre des maladies prévalentes en Afrique sont soit inexistantes, soit beaucoup plus lentes que pour les vaccins destinés à des marchés plus rentables.

Une [AMC pour un vaccin](#) est un engagement à financer l'achat futur d'un vaccin encore indisponible (avec un prix plafond convenu d'avance) — si un vaccin convenable est mis au point et s'il répond à la demande de pays en développement. En garantissant que des fonds seront disponibles pour acheter les vaccins lorsqu'ils auront été développés et produits, l'AMC reproduit les conditions d'un marché garanti et élimine le risque que les pays n'aient pas les moyens d'acheter un vaccin hautement prioritaire qu'ils souhaiteraient introduire dans leur programme national. Une AMC pilote pour le vaccin anti-pneumocoque a été lancée par GAVI en 2009. Ce projet pilote est conçu pour rendre les vaccins anti-pneumocoque disponibles plus rapidement dans les pays en développement en stimulant l'augmentation des capacités de production. Il a reçu 1,5 milliard de dollars du Royaume-Uni, de l'Italie, du Canada, de la Norvège, de la Russie et de la Fondation Bill et Melinda Gates.

[Il est parfois reproché aux AMC de coûter cher par rapport à d'autres solutions de financement.](#) Le [Projet Vaccins Méningite \(MVP\)](#) est cité comme un exemple de mécanisme plus efficient dans la mesure où il a abouti à la mise au point d'un vaccin bon marché par un seul fournisseur. Les donateurs, suggèrent certains, auraient pu travailler avec un seul fournisseur et conclure un accord juridiquement contraignant qui aurait permis d'obtenir des prix inférieurs. Bien que la conclusion d'un accord de ce type avec un fournisseur unique aurait effectivement pu abaisser le prix du vaccin, elle aurait limité le choix des vaccins par les pays et exigé des engagements financiers importants de GAVI dès le départ. Il a également été dit que le vaccin anti-pneumocoque avait atteint un stade de développement trop avancé pour que l'on ait véritablement pu tester le mécanisme, lequel est mieux adapté à des produits se trouvant dans les premières phases de recherche (par exemple les vaccins contre le paludisme ou la tuberculose). Même si cela est en partie vrai (les AMC sont censées stimuler l'augmentation des capacités de production afin de

répondre aux besoins mondiaux, et aussi favoriser la fabrication de vaccins sous une forme adaptée aux pays à faible revenu), les AMC peuvent également donner une impulsion aux fabricants locaux.

Principaux avantages des AMC

- **Comblent une carence actuelle du marché** : en créant un marché garanti, les AMC encouragent les investissements dans des vaccins dont les pays pauvres ont besoin. De cette manière, les AMC mobilisent des ressources privées supplémentaires pour lutter contre la pauvreté et les maladies mondiales sans que les donateurs soient obligés de décaisser des fonds tout de suite.
- **Stimulent la concurrence** : les AMC sont ouvertes à toutes les entreprises. Elles peuvent donc être conçues non seulement pour accélérer la mise au point de vaccins nouveaux et efficaces, mais aussi pour développer des produits de produits de seconde voire de troisième génération qui amélioreront les premiers, et pour entretenir la concurrence sur le marché.
- **Favorisent la baisse des prix des vaccins** : les AMC peuvent aussi inciter les entreprises à investir dans des installations de production plus performantes et dimensionnées pour de plus grands volumes de production, afin d'abaisser les coûts de production unitaires. Cette diminution des coûts de production pourra être répercutée plus tard sur le prix de vente des vaccins.
- **Complètent la gamme d'interventions existantes** : les AMC sont particulièrement intéressantes en association avec des interventions telles que des financements publics ou philanthropiques de la recherche dans le cadre des universités, des partenariats public-privé ou d'autres organismes. On a alors un « effet réseau » généré par la multiplication du nombre de chercheurs travaillant sur les maladies ciblées, qui augmente les chances que la recherche scientifique débouche rapidement sur la production de vaccins sûrs et efficaces.

Fiche 18 : Financements novateurs — La taxe sur les billets d'avion

Depuis 2004, [un groupe de pays](#) emmené par la France a eu l'idée d'ajouter aux taxes aériennes existantes une nouvelle taxe, appelée « taxe de solidarité sur les billets d'avion », destinée à mobiliser des ressources en faveur de la santé dans le monde. Cette taxe n'est pas à strictement parler mondiale puisqu'elle n'est pas appliquée uniformément, ni collectée par une autorité ayant aussi compétence pour en affecter le produit. C'est une taxe nationale que les pays participants ont accepté de coordonner et d'utiliser pour financer [UNITAID](#), la Facilité internationale d'achat de médicaments contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Jusqu'ici, UNITAID n'a pas financé de vaccins, mais le vaccin contre le paludisme actuellement dans les derniers stades de développement pourrait en être l'occasion.

L'organisation UNITAID est financée principalement (à 70 %) par [la taxe sur les billets d'avion](#), et compte 29 pays participants. Elle a la particularité de réunir à la fois des pays traditionnellement donateurs et des pays en développement. Le Chili, la Côte d'Ivoire, la France, la République de Corée, Madagascar, Maurice et le Niger appliquent la taxe sur les billets d'avion. La Norvège reverse à UNITAID une partie de sa taxe sur les émissions de dioxyde de carbone dues au transport aérien. Les autres pays qui prévoient d'introduire une taxe sur les billets d'avion sont le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, le Gabon, la Guinée, le Kenya, le Libéria, le Mali, le Maroc, la Namibie, le Sénégal, São Tomé et Príncipe, et le Togo.

La taxe de solidarité sur les billets d'avion constitue une tentative originale de réunir des fonds au moyen d'une taxe mondiale ([MassiveGood](#)). Une taxe aérienne peut être introduite par le biais des dispositifs préexistants de taxes d'aéroport, avec des coûts de mise en œuvre relativement faibles et peut-être un impact minime sur le secteur. La taxe peut être largement « exportée » : les pays en développement ont par exemple la possibilité de l'appliquer seulement aux billets de première classe et de classe affaires. Les statistiques montrant un accroissement du trafic aérien mondial d'environ 8 % par an, on pourrait avoir là une source de revenu fiable et en augmentation au profit de la santé mondiale. UNITAID a collaboré également avec la [Clinton Health Access Initiative](#) afin de négocier des prix plus avantageux pour les médicaments contre le VIH/sida.

Principaux avantages de la taxe sur les billets d'avion

- **Large participation** : parce qu'elle fait participer à la fois les bailleurs de fonds habituels et les pays en développement, la taxe élargit le concept d'aide au développement.
- **Financement durable** : contrairement aux appuis budgétaires qui ne durent généralement que quelques années et peuvent être interrompus en cas de difficultés budgétaires ou de changement de gouvernement dans le pays donateur, la taxe sur les billets d'avion est une source de capitaux spécifique et pérenne.

- **Poids sur le marché** : à moins d'une évolution profonde du transport aérien, la taxe sur les billets d'avion représente une source prévisible de financements pour le développement qui peut permettre à UNITAID de négocier des prix inférieurs pour les médicaments et les produits de diagnostic.

Fiche 19 : Financements novateurs — Les financements basés sur les résultats (RBF)

Un [financement basé sur les résultats](#) (RBF) dans le domaine de la santé est un paiement en espèces ou un transfert non monétaire réalisé au profit d'un prestataire, d'un gestionnaire ou d'un consommateur, afin de l'inciter à fournir ou utiliser des services de santé prioritaires. Le paiement n'a lieu que si [des actions mesurables sont entreprises](#). Le terme de « financement basé sur les résultats » recouvre différentes réalités, dont les contrats de performances conclus avec des prestataires de santé, les aides versées en fonction des résultats obtenus, et les transferts monétaires conditionnels et autres dispositifs agissant sur la demande. Le financement peut être fait au profit d'un organisme gouvernemental central ou infra-national, d'une ONG, d'un gestionnaire, d'un prestataire de soins, d'un payeur ou d'un consommateur de services de santé.

La communauté internationale redouble d'efforts pour atteindre les OMD sur la santé d'ici cinq ans, et s'intéresse de plus en plus aux RBF pour accélérer la fourniture de services essentiels de santé maternelle et infantile. Le décaissement de ces financements dépendant de l'obtention de résultats précis, les prestataires de services ont davantage de comptes à rendre et les organismes pourvoyeurs de fonds disposent d'une méthode claire pour mesurer l'impact de leurs concours financiers. Contrairement à la démarche d'assistance classique consistant à payer les intrants des services de santé (matériel et fournitures médicales, produits pharmaceutiques et vaccins, formation, véhicules, bâtiments, etc.), les RBF sont des mécanismes incitatifs liés à la production de certains résultats.

[Globalement, l'impact des RBF sur les indicateurs de santé est nuancé](#). Les mécanismes agissant sur la demande, par exemple les transferts monétaires conditionnels qui prévoient des versements aux familles lorsqu'elles utilisent des services essentiels de santé et d'éducation pour leurs enfants, ont été associés à des résultats positifs en matière de santé. Une étude a établi un lien entre les transferts monétaires conditionnels et [l'augmentation des taux de vaccination](#) au Mexique et au Nicaragua, en particulier dans les familles où la mère avait peu d'instruction, ou dans les foyers les plus éloignés des centres de santé.

L'impact des interventions ciblées sur l'offre est moins clair, et dans certains cas aucune amélioration n'a été constatée dans le domaine de la santé. Au Rwanda, les RBF ont eu un [impact positif sur la santé](#). Les paiements aux prestataires en fonction de leurs performances sont plus difficiles à étudier car il n'est souvent pas possible de les comparer aux résultats obtenus en l'absence de dispositif. La mise en œuvre de mécanismes agissant sur l'offre dépend de l'existence de services de santé de qualité, ce qui peut poser problème dans les pays à faible revenu. L'introduction d'un dispositif de RBF peut se révéler difficile en l'absence d'[arrangements institutionnels](#), de systèmes d'information de gestion et de dispositifs de suivi et d'évaluation suffisamment développés. D'autre part, le coût d'un dispositif de RBF, et son incidence financière à long terme, doivent être analysés avec soin.

Exemples de financements basés sur les résultats dans les pays

On peut citer les contrats de performances conclus entre [le Gouvernement haïtien et des ONG](#) pour la fourniture de services de santé et de planification familiale. Ce dispositif a été

mis en place à titre pilote en 1999 avec l'aide de l'USAID. Il couvre environ 2,7 millions d'habitants. Des ONG sont recrutées pour assurer un ensemble de services de santé et de planification familiale et, chaque année, les résultats obtenus sont comparés aux objectifs prédéfinis en matière de santé et de gestion. Les ONG perdent leurs financements si elles n'atteignent pas leurs objectifs de performances, et reçoivent une prime si elles les atteignent ou les dépassent.

En Argentine, le [Plan Nacer](#) a commencé par fournir des services de santé de base aux populations les plus démunies dans les provinces pauvres du nord de l'Argentine, dans le cadre d'un programme d'assurance de santé maternelle et infantile. Le ministère de la Santé a accordé des financements aux agents d'assurance maladie opérant au niveau des provinces, en fonction du nombre de souscriptions réalisées par rapport aux objectifs. Par ailleurs, le dispositif prévoyait des incitations financières pour les établissements de santé atteignant certains objectifs portant sur 10 affections de référence.

Le [Rwanda](#) a mis en place un vaste dispositif de RBF, prévoyant le versement de primes aux établissements de santé participants qui augmenteraient la quantité de services de santé de base fournis, tels que la vaccination, les soins prénatals et les accouchements en présence de personnel qualifié. L'objectif général était d'améliorer l'utilisation des services de santé en encourageant les prestataires à fournir des services. Les établissements de santé reçoivent un supplément par rapport aux dotations budgétaires ordinaires en fonction du taux de réalisation d'objectifs prédéfinis portant sur la quantité et la qualité de certains services, par exemple les accouchements en établissement de santé.

Le [programme d'aide aux services de vaccination \(ISS\)](#) de l'Alliance GAVI constitue aussi une forme de RBF. Les pays reçoivent une prime pour chaque enfant vacciné au-delà de leurs taux de couverture actuels. Ce dispositif a permis de faire progresser la couverture dans les pays admis à bénéficier des financements de GAVI. En outre, les taux de couverture vaccinale font généralement partie des indicateurs utilisés pour mesurer les résultats des prestataires ou des usagers et déclencher les paiements prévus.

Étude de cas : les financements basés sur les résultats au Rwanda

Le Rwanda est l'un des pays pionniers dans le domaine des financements basés sur les résultats. Le principe des RBF a été adopté dans le Plan national stratégique pour la santé 2005-09, et inscrit par la suite dans la Loi de finance nationale. Le Gouvernement a également autorisé le versement de primes au personnel des établissements de santé publics ou tenus par des ONG, et des hôpitaux de district. Le dispositif prévoit que des comités de pilotage de district puissent négocier [3 types de contrats de performances](#) : des contrats entre le ministère de la Santé et les 30 districts administratifs ; des contrats de performances entre les comités de pilotage de district et les comités de gestion des centres de santé ; et des contrats de motivation entre les comités des centres de santé et les travailleurs de santé.

Les revenus des centres de santé sont constitués des fonds publics affectés à la rémunération des travailleurs de santé, des contributions des patients, des cotisations aux mutuelles d'assurance, des contributions des donateurs et des paiements du dispositif de RBF. (Pour plus d'informations sur les mutuelles, voir la fiche 14 : Les assurances maladie.) Les établissements de santé sont remboursés pour la quantité de services assurés en fonction d'un barème de rémunération standard pour une liste de 14 services (comprenant des services de vaccination), ajusté par un score de qualité. Les centres de santé peuvent augmenter leurs revenus en augmentant la quantité et la qualité de ces services. Les montants versés aux centres de santé sont calculés de la manière suivante :

Montant versé à l'établissement au titre du dispositif de RBF = (rémunération x quantité de services fournis) x (% score de qualité)

La qualité est évaluée tous les trimestres par l'équipe de l'hôpital de district qui passe en revue 14 services et 185 variables. Lorsque le score obtenu est inférieur à 100 %, le paiement négocié est réduit en proportion. Les comités de district valident les rapports de performances des établissements et les paiements sont virés directement sur les comptes bancaires des établissements. Le personnel des établissements choisit d'utiliser les fonds pour améliorer le fonctionnement de l'établissement ou verser des primes salariales. En plus des outils incitatifs ciblés sur les prestataires, le Gouvernement rwandais garantit la gratuité des accouchements en établissement de santé pour les femmes ayant assisté à des consultations prénatales régulières.

Pendant la période du dispositif, la prévalence de la contraception a augmenté pour passer de 7 % à 28 %, et les accouchements en présence de personnel qualifié sont passés de 29 % à 52 %. La prévalence du VIH et l'incidence du paludisme ont diminué. Entre 2005 et 2007, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a reculé, passant de 198 à 103 pour 1000 naissances vivantes, et la couverture vaccinale pour le DTC3, de 83 %, a pratiquement atteint les 100 %. Une évaluation de l'impact du dispositif a montré qu'il était associé à une amélioration d'indicateurs de santé tels que le poids pour l'âge et la taille des enfants.

Enseignements tirés des financements basés sur les résultats

[Concevoir et mettre en œuvre](#) un dispositif de RBF peut être un processus complexe. Comme pour les assurances maladie, un certain nombre de systèmes et de procédures précis et imbriqués doivent être mis en place : systèmes d'information de gestion des données financières et sanitaires, mécanismes de vérification, mécanismes de paiement, capacités de gestion de contrats, contrôle qualité, et capacités de gestion de fonds, entre autres. Le bilan des RBF ayant bénéficié d'un appui de la Banque mondiale fait ressortir les conclusions suivantes :

L'affirmation d'une volonté politique et l'appropriation du processus par le pays au niveau national et infranational sont essentiels pour que les RBF soient bien

conçus, mis en œuvre correctement et durent longtemps.

Le fait d'**impliquer toutes les parties concernées dans l'élaboration du dispositif de RBF** contribue à atténuer les résistances et faciliter la compréhension du mécanisme.

Il est souhaitable d'adopter **une démarche systématique et progressive** pour organiser les différentes réformes et faciliter les changements institutionnels indispensables à l'établissement d'un environnement bien adapté au RBF. Des dispositifs de RBF ont néanmoins été mis en place rapidement pour répondre à des besoins urgents dans des États fragiles ou sortant d'un conflit.

Pour qu'un dispositif de RBF fonctionne bien, **des structures et des capacités institutionnelles appropriées** doivent être en place.

Les mécanismes de RBF doivent avoir pour objectif d'**améliorer la qualité des services fournis**, en plus de développer les services et leur utilisation.

Le choix des indicateurs de performances est très important. L'évaluation des indicateurs définis pour les contrats de performances doit être **validée par une instance indépendante** pour éviter que les bénéficiaires ne cherchent à exploiter le système et soient incités à surévaluer les résultats.

L'existence de cadres de suivi et d'évaluation appropriés revêt une grande importance pour rendre compte des résultats aux parties prenantes et augmenter les chances de viabilité du dispositif.

Tableau 19.1 Évaluation des financements basés sur les résultats (RBF) pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	La quantité de ressources générées et leur disponibilité dans le temps dépendent de l'obtention de résultats — et de leur vérification. Un dispositif de RBF risque de ne plus être une source de financement prévisible dans un environnement peu propice à l'obtention de résultats.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Si le dispositif de RBF est financé par des donateurs, il peut y avoir additionnalité.
Équité	On manque encore de données sur la question. Les incitations financières peuvent encourager les prestataires à cibler des populations auparavant mal desservies.
Efficience	Dans la mesure où il s'agit de récompenser des résultats et non pas de financer des intrants, les mécanismes de RBF pourraient améliorer l'efficience de la fourniture des services. Il convient d'évaluer le coût et le rapport coût-efficacité de ces dispositifs.
Faisabilité	Peuvent être des dispositifs extrêmement complexes qui nécessitent de suivre la fourniture et l'utilisation des services, en quantité et en qualité ; de vérifier les réalisations ; de conclure des contrats avec des prestataires ; et d'établir des mécanismes de gestion financière et de gestion des flux de capitaux.
Viabilité	Dépend de l'existence de ressources suffisantes pour continuer à verser de l'argent aux ménages pour les services qu'ils ont utilisés, ou aux

	prestataires pour les services qu'ils ont fournis.
Promotion de l'autosuffisance	Dépend si un pays a les moyens d'assumer le coût des incitations financières sur le long terme. Un pays qui met en place un dispositif de RBF peut en retirer de la fierté — et se l'approprier, ce qui peut favoriser l'autosuffisance.
Transparence	Les résultats obtenus devant être vérifiés, les dispositifs de RBF peuvent augmenter la transparence. Toutefois, les bénéficiaires seront tentés de surévaluer les résultats et d'imaginer des astuces pour exploiter le système.

Lectures complémentaires

RBF for Health : www.rbfhealth.org.

Fiche 20 : Renforcement des systèmes de santé et vaccination

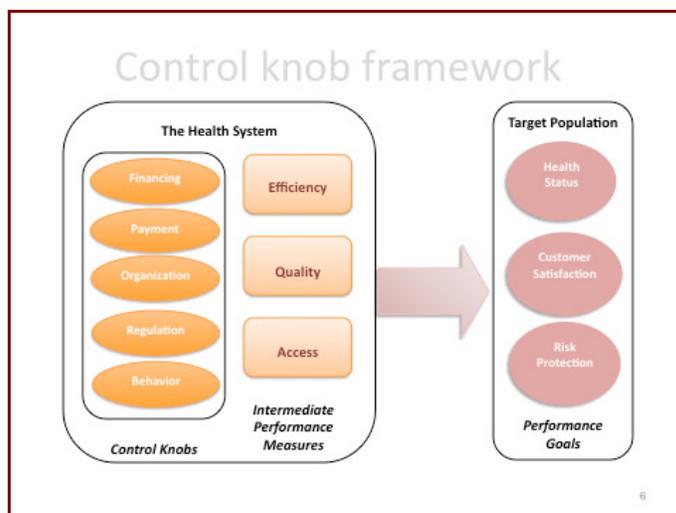
Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Un pays qui veut améliorer ses indicateurs de santé doit avoir un système de santé bien organisé, correctement financé et fonctionnant bien, capable de répondre aux besoins de la population de manière équitable. En règle générale, les États et les bailleurs de fonds s'efforcent d'améliorer la fourniture des services en investissant dans deux principaux domaines : augmenter la disponibilité d'intrants essentiels (infrastructures, matériel, véhicules, formation, fournitures, médicaments, vaccins, etc.) ; et faire connaître aux ménages l'existence des services (par des stratégies d'information et d'éducation destinées à améliorer l'accès aux services, leur couverture et leur qualité).

Malgré d'importants investissements réalisés à l'échelon mondial et national, les pauvres sont souvent victimes d'inégalités dans l'accès aux services de santé. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les services sont de médiocre qualité et peu performants, les capacités de gestion sont peu développées et le manque de protection financière met les ménages à la merci d'un problème de santé.

L'OMS a décomposé le système de santé en [six éléments essentiels](#) : des services de qualité ; des personnels de santé performants ; un système d'information sanitaire qui fonctionne ; une offre suffisante de médicaments, produits pharmaceutiques et fournitures médicales ; une bonne gouvernance ; et des fonds pour financer le système de santé. En dehors de ces six grandes composantes, plusieurs [fonctions vitales](#) à l'intérieur d'un système de santé ont une incidence sur ses performances : le financement, le paiement, l'organisation, la réglementation et le comportement. Elles peuvent être représentées sous la forme de « boutons de réglage » dans le diagramme suivant :

Figure 20.1 Les « boutons de réglage » du système de santé



Control knob framework	Diagramme de fonctionnement
The Health System	Système de santé
Financing	Financement
Payment	Paieiment
Organization	Organisation
Regulation	Réglementation
Behavior	Comportement
Control Knobs	Boutons de réglage
Efficiency	Efficiencie
Quality	Qualité
Access	Accès
Intermediate Performance Measures	Mesures de performances intermédiaires
Target Population	Population cible
Health Status	Indicateurs de santé
Customer Satisfaction	Satisfaction des consommateurs
Risk Protection	Protection contre les risques
Performance Goals	Objectifs de performances
Source: Adapted from Figure 2.2 in Roberts, Hsiao, Berman and Reich, "Getting Health Reform Right", 2008.	Source : adapté de la figure 2.2 in Roberts, Hsiao, Berman et Reich, « Getting Health Reform Right », 2008.

Investir dans les systèmes de santé pour atteindre les objectifs de vaccination

Les objectifs des programmes de vaccination ont pu être atteints en partie grâce à des investissements dans les intrants essentiels et à un travail de planification rigoureuse et de mobilisation de ressources. Mais pour parvenir à la couverture universelle et la maintenir, il est indispensable que les activités de vaccination soient bien intégrées dans l'ensemble du système de santé et que des investissements soient réalisés dans ces systèmes pour accompagner les avancées de la vaccination. Il faut retenir les travailleurs de santé dans les zones rurales, et prévoir des mesures de soutien et des mécanismes incitatifs pour les encourager à bien faire leur travail. Des moyens suffisants doivent être affectés à la

logistique, à l'entreposage et à la distribution des vaccins et des fournitures, qui doivent fonctionner sans interruption. Les services de vaccination ont aussi besoin de systèmes de gestion et d'information performants.

Entre 1995 et 2006, les financements publics à la santé de sources nationales ont sensiblement augmenté dans les pays à faible revenu, passant d'environ 8 milliards à 18 milliards de dollars par an. Les financements nationaux (publics) à la santé sont beaucoup plus élevés que l'aide au développement, qui a atteint 5 milliards de dollars en 2006.¹² Un certain nombre d'initiatives nouvelles d'aide au développement ont toutefois été engagées en faveur des systèmes de santé. En 2005, le Conseil de l'Alliance GAVI a alloué 500 millions de dollars d'aide financière au renforcement des systèmes de santé (aide HSS), afin d'aider les pays à remédier aux problèmes institutionnels qui bloquent ou limitent la fourniture des services. Un montant de 300 millions de dollars est venu compléter cette enveloppe en 2008. Depuis 2006, les pays admis à bénéficier de l'aide de GAVI ont reçu plus de 568 millions de dollars de subsides au titre de l'aide HSS.

L'Alliance GAVI a encouragé les pays à utiliser les financements HSS pour résoudre les difficultés qu'ils rencontrent dans différents domaines :

- la mobilisation et la distribution des personnels de santé ;
- la mise en place de mécanismes incitatifs ciblés sur les agents de santé travaillant à la vaccination et à d'autres services de santé à l'échelon des districts et en dessous ;
- l'organisation et la gestion des services de santé à l'échelon des districts et en dessous (y compris la gestion financière) ;
- les systèmes d'approvisionnement, de distribution et de maintenance pour les médicaments, le matériel et les infrastructures servant aux soins de santé primaire.

Importance d'une meilleure coordination des investissements dans le renforcement des systèmes de santé

Il est difficile de quantifier le total des investissements des donateurs dans le renforcement des systèmes de santé. La Banque mondiale a annoncé récemment de nouveaux prêts d'un montant de plus de 4 milliards de dollars en 2010, mais qui n'ont pas été consacrés en totalité au renforcement des systèmes de santé. D'autres agences des Nations unies, et des organismes bilatéraux tels que l'USAID ou le DFID, apportent un concours financier à certains aspects des systèmes de santé, tout comme le Fonds mondial et GAVI. Selon les estimations, 10 milliards de dollars supplémentaires seraient nécessaires chaque année pour renforcer les systèmes de santé et aider à la réalisation des OMD sur la santé.

Suivant la recommandation du [Groupe de travail de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé](#), la Plate-forme de financement des systèmes de santé a été créée en 2009. Elle a pour mission de mieux utiliser les fonds nouveaux et existants au renforcement des systèmes de santé, et de mobiliser des fonds supplémentaires à cette fin dans l'optique d'améliorer les indicateurs de santé liés aux OMD 4, 5 et 6. Les

¹² C. Lu, M.T. Schneider, P. Gubbins, K. Leach-Kemon, D. Jamison, et C.J.L. Murray. 2010. « Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis. » *The Lancet* 375: 1375–87.

activités seront pilotées par les pays avec l'appui de leurs partenaires. La Plate-forme aide à la mise en œuvre de trois éléments essentiels au niveau national :

- un plan national pour la santé, qui recense les besoins d'assistance technique ;
- un système de gestion financière et de passation des marchés, avec un audit conjoint ;
- un cadre d'évaluation des performances, un rapport annuel conjoint en lien avec un examen annuel conjoint et aligné sur les cycles nationaux, et un système de suivi et d'évaluation.

L'une des principales caractéristiques de la Plate-forme de financement des systèmes de santé est que les fonds des donateurs, qu'ils proviennent de mécanismes bilatéraux ou multilatéraux à l'échelon national, d'initiatives mondiales en faveur de la santé, ou de mécanismes de financement novateurs, seront affectés suivant une seule et unique stratégie nationale basée sur les résultats, visant à atteindre les OMD 4, 5 et 6 grâce au renforcement des systèmes de santé. Les fonds seront soumis à un processus de suivi et d'évaluation annuel commun et à un système de suivi collectif des flux extérieurs et nationaux passant par la Plate-forme de financement des systèmes de santé. Les principes de fonctionnement de la Plate-forme seront ceux du [Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées](#) (IHP+).

Construite sur ces principes solides, la nouvelle Plate-forme contribuera à l'harmonisation des activités, réduira sensiblement les coûts de transaction pour les pays, et favorisera la planification et la mise en œuvre d'actions de renforcement des systèmes de santé à l'intérieur d'un cadre global, dans le but ultime de progresser plus vite en direction des OMD sur la santé. L'Alliance GAVI, le Fonds mondial et la Banque mondiale, avec l'aide de l'OMS et d'autres partenaires, participeront à cet effort en coordonnant les ressources qu'ils ont affectées à ce domaine d'intervention. La NORAD, l'AusAID et le Royaume-Uni se sont engagés à injecter 1 milliard de dollars supplémentaires dans la Facilité internationale de financement pour la vaccination. (Voir la fiche 16 : Financements novateurs — La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFim).)

Lectures complémentaires

Organisation mondiale de la santé (Systèmes de santé : principaux thèmes et domaines d'activités) : <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>

Institut de la Banque mondiale (Systèmes de santé) : <http://wbi.worldbank.org/wbi/about/topics/health-systems>

Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, et M. Reich. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford : Presse universitaire d'Oxford, 2008.

Fiche 21 : Actions auprès des parlementaires

Que font les parlementaires ?

Les parlements ont un triple rôle de surveillance, de représentation et de législation. Ces trois fonctions sont importantes pour le financement de la vaccination. Dans l'exercice de leur mission de contrôle du pouvoir exécutif, les parlements suivent de très près l'exécution des programmes et des budgets.

Surveillance : en pratique, les activités de surveillance consistent principalement à examiner et adopter le projet de budget annuel présenté par le Gouvernement. Le parlement doit approuver toutes les sources de recettes et les budgets proposés par le pouvoir exécutif.

Représentation : les députés représentent leurs administrés et veillent donc à leurs intérêts. Ils se rendent souvent dans leurs circonscriptions respectives où leur mandat est remis en jeu périodiquement. Dans la plupart des pays, le citoyen ordinaire ne sait pas grand chose de son parlement et attend peu des autorités gouvernementales d'une manière générale, pour des raisons historiques ou culturelles notamment.

Législation : en tant que législateurs, les députés peuvent déposer des projets de lois ou proposer des amendements à des lois existantes. La plupart des projets de lois, notamment le budget annuel, sont présentés par le Gouvernement. Toutefois, aucune loi ne peut être adoptée sans l'accord du parlement. Les parlements votent parfois des déclarations ou des résolutions marquantes qui posent des jalons importants en vue de l'adoption d'une loi. Dans la Résolution de Katmandou de 2010, le parlement népalais a ainsi exprimé son soutien à l'objectif de services de vaccination viables.

Comment travaillent les parlements ?

La majorité du travail des parlements se fait dans des commissions. Les commissions parlementaires s'occupent souvent d'un ministère en particulier. Pour la vaccination et les autres programmes de santé essentiels, les commissions permanentes directement concernées sont généralement celles du budget, des finances et de la santé. La santé est parfois englobée dans les affaires sociales, ou regroupée avec les femmes et les jeunes, ou encore avec le travail.

Une commission qui fait bien son travail examine et approuve les budgets et reste en contact avec des hauts fonctionnaires gouvernementaux chargés des mêmes affaires, habituellement des secrétaires permanents. Les commissions reçoivent des rapports d'activités au moins trimestriels des ministères et des programmes qu'elles supervisent, et prennent l'avis d'experts extérieurs sur les questions techniques. Elles peuvent également mener des enquêtes sur le terrain. La tendance actuelle est à l'augmentation du contrôle des commissions sur l'exécution des programmes, lorsque les ressources disponibles le permettent.

Les commissions et les députés sont aidés dans leur travail par des secrétariats. Bien qu'ils n'aient généralement pas de compétences techniques pointues, les personnels des secrétariats connaissent très bien les dossiers importants et sont la mémoire du parlement. Des coordinateurs répartissent la charge de travail entre les députés, veillent à ce qu'ils reçoivent les documents de référence dont ils ont besoin et parfois convoquent des témoins aux auditions des commissions. Toutes les actualités et communications envoyées aux députés doivent être transmises en copie à leurs secrétariats respectifs.

Quand et comment agir auprès des parlementaires ?

Les parlementaires ont un besoin d'information permanent — sur les mesures prises par l'exécutif et leurs résultats, et sur la situation dans leurs districts respectifs. Une bonne part des renseignements qu'ils reçoivent proviennent des ministères dont ils surveillent les activités. Leurs autres sources d'informations sont les auditions publiques, les contacts avec les administrés, les représentants des groupes de pression et les collègues, ainsi que des échanges internationaux et des missions d'enquête occasionnels. Tous ces mécanismes peuvent servir à les informer sur le financement de la vaccination et sur d'autres thèmes de santé.

Les meilleurs moments pour agir auprès des parlementaires dépendent de trois éléments : le cycle budgétaire, le calendrier parlementaire et le calendrier électoral. Bien que les parlements ne soient pas toujours en session, les responsables de commission et les secrétariats parlementaires peuvent généralement être contactés toute l'année. Les commissions se réunissent uniquement lorsque le parlement est en session. À différents moments d'une session, le président de la commission présente au parlement un rapport sur les travaux de la commission. Les réunions d'information à l'intention des députés doivent être programmées en fonction de ces dates.

Les députés échangent leurs expériences, renforcent leurs capacités et formulent des déclarations de principes générales dans le cadre d'institutions parlementaires internationales dont le nombre ne cesse de croître. Il est indispensable de faire un travail de promotion auprès de ces organisations parlementaires. Lors de son sommet de juillet 2010 par exemple, le Parlement panafricain a adopté une résolution de soutien à la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). Le Parlement panafricain travaillera avec les parlements nationaux et les autres parties concernées à mettre en œuvre des mesures budgétaires et de politique publique pour appuyer cette initiative.

Chaque député veut tenir ses administrés au courant de ce que les pouvoirs publics font pour eux, par exemple comment ils assurent les services de vaccination et les autres services de santé publique. Aux fins de leur mission de surveillance, les députés devraient être invités à participer aux événements en rapport avec la vaccination, organisés à l'échelon d'un district ou de leur circonscription. Il est important de féliciter publiquement les parlementaires qui défendent activement la vaccination et les autres programmes de santé essentiels.

Les parlementaires sont des gens très pris. À l'approche des élections législatives, ils sont encore plus difficiles à toucher mais ont encore plus besoin d'être bien renseignés. Dans la mesure du possible, les événements importants concernant la vaccination devraient être

programmés longtemps avant ou après les élections législatives. Si cela s'avère impossible, il faut quand même inviter un député important, surtout si l'événement a lieu dans sa circonscription.

Exemples d'actions menées auprès des parlementaires dans le domaine du financement de la vaccination

L'année dernière, le [Programme sur le financement viable de la vaccination](#) du Sabin Vaccine Institute a organisé 19 réunions d'information à l'intention des parlementaires dans 11 pays pilotes. Il organise aussi des échanges entre pairs de pays différents. Ces activités sont l'occasion de tenir les députés au courant du déroulement des programmes nationaux de vaccination et de leur financement. Ils reçoivent des informations sur les aspects économiques de la vaccination et sur ce que font d'autres pays. Le Programme s'efforce de resserrer les liens entre trois institutions nationales : le ministère de la Santé, le ministère des Finances et le parlement. La vaccination est présentée comme un cas pratique de financement dans le secteur de la santé qui nécessite des solutions intersectorielles.

Ces activités de promotion ont déjà porté leurs fruits. En Sierra Leone, au Népal, au Sénégal et en RD Congo, les parlementaires ont réussi à obtenir des dotations plus importantes lors des discussions sur le budget 2010. Les montants alloués à la vaccination ont augmenté en conséquence. En RD Congo et en Sierra Leone, les députés ont obtenu de leurs Gouvernements qu'ils débloquent leurs arriérés de cofinancements GAVI, pour un montant total de près de 2 millions de dollars. Au Cameroun, dans le cadre du programme de décentralisation lancé récemment, les députés travaillent avec les maires à établir les budgets de vaccination des régions. Ils ont recommandé la création d'un fonds national de vaccination qui serait financé par les recettes fédérales et les recettes des districts.

Tableau 21.1 Évaluation des actions menées auprès des parlementaires pour financer la vaccination

Critère	Évaluation
Prévisibilité	Le parlement doit examiner et approuver les budgets publics proposés chaque année. La composition des commissions pouvant changer d'une année sur l'autre, des réunions d'information doivent être organisées régulièrement pour les principales commissions afin de garantir des financements suffisants et prévisibles.
Additionnalité par rapport aux financements publics	Les messages de promotion sensibilisent les parlementaires à la nécessité de financer suffisamment la vaccination. Si la part publique est inférieure à 100 % des besoins, il devrait y avoir additionnalité.
Équité	Dans la mesure où les ressources empruntent les circuits gouvernementaux, l'équité dépendra de la manière dont elles sont affectées à des groupes particuliers. Les actions de promotion améliorent l'information des parlementaires, qui peuvent promouvoir l'équité en veillant à ce que tous les secteurs de leur circonscription soient bien desservis.
Faisabilité	Oui, mais des argumentaires solides doivent être préparés pour discuter avec les parlementaires et les convaincre.
Efficienc	Le travail de lobbying auprès des parlementaires demande des efforts et souvent beaucoup du temps, mais il peut être très rentable. Puisque les financements passeront par les processus gouvernementaux habituels, l'efficienc des décaissements dépendra des pratiques de gestion des

	dépenses publiques.
Viabilité	Selon le pays et le contexte, les dotations supplémentaires approuvées par les parlements peuvent être ponctuelles ou prendre la forme d'engagements de longue durée.
Autosuffisance	Les actions menées auprès des parlementaires pour augmenter le financement de la vaccination peuvent améliorer leurs compétences en matière d'examen budgétaire, de surveillance et de législation sur la santé. La participation plus active des parlementaires diminue le besoin de recourir à des compétences extérieures.
Transparence	Les financements passant par les systèmes gouvernementaux, le niveau de transparence sera le même que pour les recettes fiscales générales. Toutefois, si les parlementaires se préoccupent de savoir ce que ces investissements supplémentaires ont donné comme résultats, les personnes impliquées auront sans doute davantage de comptes à rendre et de rapports à présenter.

Lectures complémentaires

Hudson, A. et C. Wren. « Parliamentary Strengthening in Developing Countries: Final Report for DFID. » Londres : Overseas Development Institute, 2007.

http://www.odi.org.uk/programmeg/politics_and_governance/publications/ah_Parliamentary_strengthening.pdf

Groupe parlementaire multipartite sur l'Afrique. « Strengthening Parliaments in Africa: Improving Support. » Rapport non publié, 2008.

<http://siteresources.worldbank.org/EXTPARLIAMENTARIANS/Resources/Strengthening-Parliaments-in-Africa.pdf>

Fiche 22 : Comparaison des solutions de financement de la vaccination

Décider de la meilleure stratégie à adopter pour financer la vaccination n'est pas une tâche facile. Les fiches de ce recueil présentent de façon schématique les principaux mécanismes de financement dont disposent les gestionnaires de programme et les hauts responsables. Elles ont été conçues pour servir de référence et d'outils concrets. L'intérêt de chaque mécanisme varie en fonction du contexte dans lequel il est mis en œuvre et des décisions entourant son utilisation. En pratique, les gouvernements centraux doivent combiner plusieurs solutions complémentaires en fonction des différents éléments du contexte national, et notamment des circonstances suivantes.

Situation du secteur de la santé : comment la vaccination se place-t-elle par rapport aux autres priorités définies par l'État en matière de santé ? Quel est le niveau de financement des autres priorités du secteur de la santé ? Comment se répartissent les services préventifs et curatifs ? Les investissements dans le PEV vont-ils contribuer à renforcer le système de santé ? Quel est l'état du système de santé ? Existe-t-il des problèmes importants à résoudre à l'intérieur du système ? C'est en répondant à ces questions que les responsables gouvernementaux pourront choisir les mécanismes les mieux adaptés à leur programme — et déterminer les critères les plus importants à prendre à compte.

Gestion financière et comptabilité : le système financier est-il transparent ? Est-il possible de suivre les flux de financement au jour le jour ? Les systèmes sont-ils fiables ? La vaccination peut-elle servir d'étude de cas pour améliorer les pratiques de gestion financière ? Ces aspects seront importants pour réfléchir aux types d'outils les plus appropriés.

Contexte macroéconomique : le niveau du revenu national conditionne l'accès à différents mécanismes de financement, notamment ceux de l'IDA à la Banque mondiale et de l'Alliance GAVI. Le degré d'endettement peut influencer sur l'impact d'un allègement de la dette et sur la possibilité d'obtenir des prêts supplémentaires. Les perspectives de croissance économique ont une incidence sur l'augmentation potentielle des recettes fiscales. Par ailleurs, la stabilité générale du pays affectera l'équilibre des différents mécanismes de financement et la capacité de parvenir à l'autosuffisance.

Relations avec les bailleurs de fonds : les relations passées et présentes du pays avec les donateurs bilatéraux, les banques de développement régionales et mondiales, et les autres ONG et organismes multilatéraux auront des effets sur la possibilité d'utiliser certains mécanismes de financement. Les autorités gouvernementales et le parlement sont-ils capables de travailler ensemble à trouver des modes de financement viables pour la vaccination et les autres grands programmes de santé ? Si oui, le pays sera moins dépendant des bailleurs de fonds.

Ce guide n'a pas pour but de déconseiller ou recommander un mécanisme de financement plutôt qu'un autre. Néanmoins, le tableau ci-dessous peut servir d'aide-mémoire en récapitulant les différentes options présentées. Il indique si oui (O) ou non (N) chacune des

solutions satisfait les huit critères utilisés dans les fiches : la prévisibilité, l'additionnalité par rapport aux financements publics, l'équité, la faisabilité, l'efficacité, la viabilité, la promotion de l'autosuffisance, et l'amélioration de la transparence. La mention « neutre » correspond à un score neutre. Un « D » signifie que le résultat dépend de la manière dont le mécanisme est structuré ou de ce que le système existant présente les conditions nécessaires pour satisfaire le critère une fois le mécanisme en place. Un point d'interrogation (?) signifie que les données existantes ne permettent pas de tirer des conclusions, et « s/o » signifie que la question est sans objet.

Tableau 22.1 Comparaison des solutions de financement de la vaccination

Solution de financement de la vaccination	Prévisibilité	Additionnalité par rapport aux financements publics	Équité	Faisabilité	Efficacité	Viabilité	Promotion de l'autosuffisance	Transparence
Recettes générales (impôts)	D	s/o	D	O	D	O	O	D
Assurances maladie	O	O	O	N	D	D	D	O
Contribution des patients	D	O	N	O	N	D	?	O
Fonds d'affectation spéciale	O	O	D	N	N	O	O	O
Autres mécanismes novateurs	D	O	D	O	O	D	O	O
Financements de projet	N	O	D	O	?	N	N	N
Prêts au développement	O	O	D	O	N	O	O	O
Appui budgétaire	O	O	D	N	O	O	O	O
Allègement de la dette	O	O	D	N	O	O	O	O
Mécanismes d'achats groupés	O	D	O	O	O	D	O	O
Initiative VII	O	N	O	O	neutre	O	O	O
Financements basés sur les résultats	D	D	?	N	O	?	O	O
Actions auprès des parlementaires	D	O	D	O	neutre	D	O	D

Sur ce tableau, il apparaît que l'impact d'une solution en termes d'équité dépend de la façon dont elle est conçue et dont les fonds sont affectés et des circuits qu'ils empruntent. La plupart des solutions de financement favorisent l'autosuffisance et la transparence. Sur le plan de la viabilité, tout dépend de la manière dont la solution de financement est conçue et mise en œuvre, et comment elle se situe parmi les différents financements du secteur de la santé. La plupart des mécanismes financiers examinés procurent des fonds venant s'ajouter aux financements publics existants (sauf les recettes générales et l'Initiative VII). Sur le plan de l'efficacité, le tableau est contrasté : beaucoup de solutions de financement peuvent entraîner des coûts de transaction ou des frais administratifs supplémentaires, tout en étant un mode de financement de la vaccination plus efficace.

Il appartient aux gestionnaires des programmes nationaux de vaccination et aux hauts responsables de trouver la meilleure combinaison de mécanismes possible pour financer le programme national, et pour cela d'étudier chacun d'entre eux en arbitrant entre les effets potentiels et autres caractéristiques des options envisageables.

Lectures complémentaires

Kamaral, L., J. Milstein, M. Patyna, P. Lydon, A. Levin, et L. Brenzel. 2008. « Strategies for Financial Sustainability of Immunization Programs: A Review of the Strategies from 50 National Immunization Program Financial Sustainability Plans. » *Vaccine* (26) : 6717-6726.

Alliance GAVI. « Financial Sustainability for Immunisation in the Poorest Countries: Lessons from GAVI 2000-2006. »

http://www.who.int/immunization_financing/analysis/fctc_report_web_simple_pages.pdf

Annexe : Estimation des besoins en chaîne du froid

La logistique est un rouage essentiel du tout programme national de vaccination. Elle comprend principalement la gestion et le contrôle des vaccins, la gestion de la chaîne du froid, et la sécurité de la vaccination. Les services logistiques sont les garants de la disponibilité des vaccins au bon moment, en quantité suffisante et dans un état satisfaisant. Ils supposent de prévoir en temps utile le niveau de la demande, le transport et la livraison des vaccins. Estimer et livrer des quantités adéquates de vaccins nécessite d'établir des prévisions correctes de la demande et d'avoir des relais de communication à l'intérieur du pays. Et pour que les vaccins arrivent dans un état satisfaisant, il est impératif que la chaîne du froid ne soit pas interrompue. Ces différents éléments peuvent réduire le coût des programmes et assurer leur bonne exécution sans compromettre la qualité des services. Mais lorsqu'ils fonctionnent mal, ils peuvent entraîner un taux de perte de vaccins élevé, des ruptures de stock, et une mauvaise gestion des déchets. Les coûts des programmes de vaccination s'en trouvent augmentés, avec un risque de vacciner moins d'enfants.

Composantes de la chaîne du froid

La chaîne du froid est l'ensemble des opérations de stockage et de transport des vaccins aux températures recommandées entre le lieu de fabrication et le lieu d'utilisation. Pour que les vaccins restent efficaces et utilisables lorsqu'ils sont administrés aux enfants et à leur mère, la chaîne du froid ne doit pas être interrompue. La chaîne du froid comprend aussi le personnel chargé de gérer la distribution des vaccins, le matériel de stockage et de transport (réfrigéré) des vaccins, l'entretien de ce matériel, et la surveillance du système.

Les besoins en chaîne du froid sont en train d'évoluer avec l'introduction de nouveaux vaccins qui demandent souvent de plus grands espaces de stockage. Ce facteur est souvent oublié ou sous-dimensionné dans les budgets des programmes nationaux de vaccination, et pourrait avoir des conséquences négatives sur l'efficacité des nouveaux vaccins et les taux de pertes. L'évaluation des besoins en chaîne du froid peut aider les autorités gouvernementales à déterminer les types de vaccins à introduire compte tenu des critères financiers.

Les éléments qui entrent en ligne de compte pour évaluer ces besoins sont les suivants :

- les conditions de stockage (températures, pastille de contrôle du vaccin (PCV)) ;
- la présentation (seringue préremplie, flacon unidose ou multidose) ;
- l'emballage (en particulier le volume de l'emballage) ;
- le coût unitaire d'une dose de vaccin.

Calcul des volumes de vaccin

Le [volume de vaccin par enfant](#) est déterminé par le volume emballé (en tenant compte du fait que les vaccins sont stockés dans un emballage secondaire) multiplié par le nombre de doses, multiplié par un taux de perte. Le volume emballé et le taux de perte peuvent varier dans des proportions importantes, les flacons de plus grande contenance générant des taux

de perte plus élevés. D'un autre côté, plus le flacon est grand, plus le coût du stockage frigorifique par dose diminue.

Paramètres nécessaires pour estimer les besoins de stockage frigorifique

Les informations suivantes sont utiles pour établir une estimation des besoins de stockage frigorifique et proviennent de la Division des approvisionnements de l'UNICEF.

Exemple de calcul

Un vaccin en flacon unidose qui nécessite trois doses par enfant selon le calendrier du PEV représenterait au total 40,64 cm³ par enfant (12,9 cm³ x 3 doses x 1,05 de taux de perte).

Tableau A.1 Volumes de vaccin de référence

Présentation	Volume emballé maximum
Seringue préremplie	60,0 cm ³ /dose
Seringue préremplie compacte	11,0 cm ³ /dose
Flacon unidose	12,9 cm ³ /dose
Flacon 2 à 6 doses	6,0 cm ³ /dose
Flacon 10 doses	3,0 cm ³ /dose
Flacon 20 doses	2,5 cm ³ /dose
Flacon 50 doses	1,5 cm ³ /dose

Tableau A.2 Taux de perte des vaccins utilisés pour le calcul des besoins de stockage frigorifique

Contenance du flacon	Présentation	
	Vaccin lyophilisé	Vaccin liquide
20 doses	50 %	-
10 doses	40 %	25 %
2 doses	-	10 %

Détermination de l'état de préparation du pays

L'introduction de nouveaux vaccins met la chaîne du froid à rude épreuve. Une analyse de l'UNICEF montre qu'avec l'ajout des vaccins anti-rotavirus, anti-pneumocoque et pentavalent au calendrier de vaccination va tripler le volume par enfant pour l'amener à 180 cm³, contre seulement 60 cm³ avant leur introduction. Beaucoup de pays peinent déjà aujourd'hui à accroître la capacité de leur chaîne du froid pour le vaccin pentavalent. L'introduction des vaccins anti-pneumocoque et anti-rotavirus exigera d'importants investissements supplémentaires dans la chaîne du froid, depuis les installations de

stockage centrales jusqu'aux conteneurs porte-vaccins utilisés par le personnel de santé. Compte tenu du coût par dose relativement élevé de ces nouveaux vaccins, il importe de réduire au minimum les pertes de vaccin. La « politique du flacon entamé » actuellement appliquée par l'OMS, qui encourage à ouvrir un flacon de vaccin même lorsqu'il n'y a qu'un enfant à vacciner, peut être associée à un taux de perte élevé dans le cas des flacons de grande contenance. Il est donc probable que les nouveaux vaccins soient introduits dans des formats de flacon plus petits (flacons unidoses ou à 2 doses) pour minimiser les pertes et les coûts associés. La capacité de la chaîne du froid aura besoin d'être augmentée. Selon une étude récente, seulement 51 % des pays examinés auraient des capacités suffisantes pour introduire à la fois le vaccin anti-rotavirus et le vaccin anti-pneumocoque. Sur les autres pays, 34 % seraient en mesure d'introduire l'un des deux vaccins, et 29 % ne pourraient introduire aucun des deux.

Estimation des coûts

Les hauts responsables et les gestionnaires de programmes de vaccination disposent de différents outils pour déterminer l'état de leur chaîne du froid. Un [outil de logistique et de planification](#) a été mis au point par l'OMS pour aider les États à comprendre les problèmes que pose la gestion des vaccins, notamment la chaîne du froid. Par ailleurs, un outil spécialement conçu pour calculer les volumes de vaccin est disponible sous la forme d'une [feuille de calcul Excel](#). Pour répondre aux besoins actuels en chaîne du froid, deux options peuvent être envisagées : compléter les installations existantes (moins cher) ou les reconstruire (plus cher). La modernisation des installations de stockage de vaccins existantes ne coûte pas très cher : 1,3 dollar par enfant. Au total, sur l'ensemble des pays étudiés dans les régions de l'OMS, l'investissement total nécessaire pour reconstruire (acheter de nouvelles installations de stockage) n'atteint pas tout à fait 100 millions de dollars ; il est de 19,2 millions de dollars pour compléter les installations existantes.

Étude de cas : estimation des besoins en chaîne du froid du Pakistan

Une étude récente réalisée au Pakistan a comparé le rapport coût-efficacité relatif des vaccins contre le Hib, le pneumocoque et le rotavirus, et analysé l'incidence budgétaire de l'introduction de ces nouveaux vaccins. Dans le cadre de l'évaluation de l'impact financier, les besoins en chaîne du froid associés à chaque nouveau vaccin ont été analysés, en particulier pour le vaccin anti-rotavirus qui est beaucoup plus volumineux que les autres.

Dans les différents scénarios, les investissements dans le développement de la chaîne du froid du Pakistan et son entretien se sont avérés très rentables. Pour le seul vaccin pentavalent, un investissement initial d'environ 300 000 dollars, suivi de 50 à 100 000 dollars par an, ferait passer les pertes de 10 % à 5 % et permettrait de faire environ 2 millions d'économies chaque année. Avec l'introduction de futurs nouveaux vaccins, plus chers, les économies réalisées seraient encore plus importantes. Quelles que soient les décisions prises au sujet de l'ajout de nouveaux vaccins au programme, les investissements nécessaires dans la chaîne du froid resteraient très en dessous d'un million de dollars par an et seraient même inférieurs à 500 000 dollars la plupart des années. Il s'agit d'une somme modeste à côté des montants dépensés pour acheter les vaccins, de l'ordre de 10 à 20 millions de dollars pendant la période de cofinancement. Par conséquent, les investissements dans les infrastructures de la chaîne du froid sont parfaitement justifiés sur le plan économique.

Alors que de nouvelles armoires frigorifiques ont été mises au point et préqualifiées pour le stockage des vaccins, on a souvent privilégié les petits réfrigérateurs pouvant être déployés dans les petits centres de santé et fonctionnant par exemple à l'énergie solaire ou à absorption. Cependant, compte tenu des volumes croissants des nouveaux vaccins, cette tendance doit être inversée : des appareils de réfrigération de plus grande contenance doivent être installés dans les pays pour permettre le transport et la livraison des nouveaux vaccins. À plus long terme, il sera nécessaire de réfléchir à des changements plus radicaux, par exemple une réorganisation de la chaîne d'approvisionnement, la création d'installations de stockage mobiles, ou des solutions de remplacement au stockage frigorifique. Le projet [Optimize](#) mené conjointement par l'OMS et PATH est en train d'explorer ces différentes voies. Il travaille à la création d'une chaîne du froid plus souple et plus performante, et conduit des projets de démonstration dans plusieurs pays. Le résultat devrait intéresser les pays qui envisagent de moderniser leur chaîne de froid à plus ou moins longue échéance.

Sigles et acronymes

BAD	Banque asiatique de développement
BAfD	Banque africaine de développement
FAD	Fonds africain de développement
AFRO	Région Afrique de l’OMS
AMC	garantie d’achat futur. Il s’agit d’un engagement à acheter un vaccin à un certain prix s’il répond à certaines spécifications et aux besoins de pays en développement.
AusAID	Agence australienne pour le développement international
BEAC	Banque des États de l’Afrique centrale
BCG	Bacille Calmette-Guérin (vaccin anti-tuberculeux)
C2D	Contrat de désendettement et de développement. Programme bilatéral français d’allègement de la dette dans le cadre de l’Initiative PPTE
CARE	importante association humanitaire qui lutte contre la pauvreté dans le monde
CARMMA	Campagne pour l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Afrique
CCS/PPTE	Comité consultatif et de suivi de la gestion des ressources PPTE. Comité consultatif indépendant pour l’allocation et le suivi des ressources au titre de l’Initiative PPTE au Cameroun.
PPAC	plan pluriannuel complet qui définit un budget et un plan sur 3 à 5 ans pour le système de vaccination
DFID	ministère britannique du Développement international
DPL	prêt à l’appui des politiques de développement
DPO	opération à l’appui des politiques de développement
DTC3	vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (troisième dose)
EMRO	Région Méditerranée orientale de l’OMS
PEV	programme élargi de vaccination
EURO	Région Europe de l’OMS
G8	Groupe des huit pays industrialisés : Allemagne, Canada, États-Unis d’Amérique, France, Italie, Japon, Royaume-Uni et Russie.
GAVI	Alliance GAVI (anciennement l’Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
GIVS	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
RNB	revenu national brut
Hib	vaccin contre l’Haemophilus Influenza de type b
PPTE	petit pays très endetté. L’Initiative PPTE a été lancée par la Banque mondiale et le FMI pour accorder un allègement de dette (partiel) aux pays satisfaisant certains critères
HSS	programme d’aide au renforcement des systèmes de santé. Appui

	destiné à réduire les obstacles à la fourniture de meilleurs services de vaccination.
BID	Banque interaméricaine de développement
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
IDA	Association internationale de développement
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination. Elle emprunte sur les marchés financiers, en fonction des engagements pris par des donateurs sur le long terme, afin de faire l'avance de ressources destinées à la vaccination.
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées
FMI	Fonds monétaire international
ISS	programme d'aide aux services de vaccination. Consiste en un versement, par GAVI, de 20 dollars par enfant supplémentaire vacciné afin de soutenir le renforcement du système de vaccination.
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
IADM	Initiative d'allègement de la dette multilatérale. Elle a élargi le programme PPTE à l'IDA, au FMI et au Fonds africain de développement (FAD). Les pays admis à bénéficier de l'IADM peuvent bénéficier d'un allègement de leur dette de 100 %.
ONG	organisation non gouvernementale
PNV	Programme national de vaccination
NORAD	Agence norvégienne de coopération pour le développement
VAN	valeur actuelle nette
APD	aide publique au développement
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PATH	Programme de technologie appropriée en santé
PRSC	Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
RBF	financement basé sur les résultats. Aide au développement accordée aux pays en fonction des résultats obtenus et non pas pour payer des intrants. Les pays peuvent recevoir des fonds dont le montant dépend par exemple du nombre d'enfants vaccinés ou du nombre d'accouchements en présence de personnel qualifié.
ONU	Organisation des Nations unies
UNICEF	Organisation des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
SWAp	approche sectorielle
PCV	pastille de contrôle de vaccin. Elle est utilisée pour contrôler la température du vaccin pendant son transport et son stockage. La PCV change de couleur lorsque le vaccin a été stocké à une température s'écartant de sa plage normale..
OMS	Organisation mondiale de la santé

