

Karin Stenberg

Économiste de la santé
World Health Organization

Ludovic Queuille

Avenir Health

Rachel Sanders

Panamerican Health Organization

Marcus Cadet

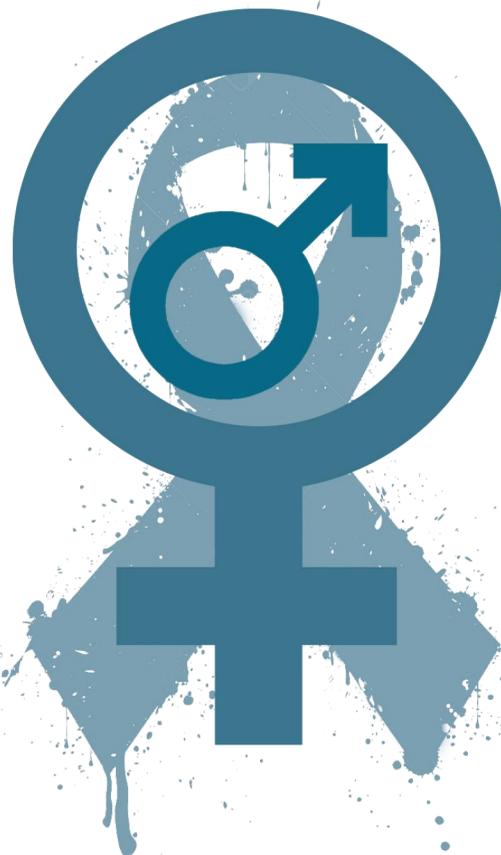
Ministère de la santé publique et de la population, Haïti

Claire Lebrun

Spécialiste en santé et en égalité
entre les femmes et les hommes
COPRIN CChC

Analyse des coûts et des avantages

Coûts et avantages de Traitement comme Prévention pour réduire la transmission et charge de morbidité du VIH / sida en Haïti



Coûts et avantages de "Traitement comme Prévention " pour réduire la transmission et charge de morbidité du VIH / sida en Haïti

Haïti Priorise

Karin Stenberg, *Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse*

Ludovic Queuille, *Organisation panaméricaine de la santé, Port-au-Prince, Haïti*

Rachel Sanders, *Avenir Health, Washington DC, États-Unis*

Marcus Cadet, *Ministère de la santé publique et de la population, Port-au-Prince, Haïti*

Version préliminaire de travail en date du 10 Octobre, 2017.

Traduit de l'anglais par Julien Richard, traducteur professionnel.

© 2017 Copenhagen Consensus Center

info@copenhagenconsensus.com

www.copenhagenconsensus.com

Cet ouvrage a été produit dans le cadre du projet Haïti Priorise.

Ce projet est entrepris avec le soutien financier du gouvernement du Canada. Les opinions et interprétations contenues dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Canada

Certains droits réservés



Cet ouvrage est disponible sous la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)). Selon les termes de la licence Creative Commons Attribution, vous êtes libre de copier, distribuer, transmettre et adapter ce travail, y compris à des fins commerciales, dans les conditions suivantes :

Attribution

Veillez citer l'ouvrage comme suit : #NOM DE L'AUTEUR#, #TITRE DU RAPPORT#, Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center, 2017. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Contenu d'un tiers

Copenhagen Consensus Center ne possède pas nécessairement chaque élément du contenu figurant dans l'ouvrage. Si vous souhaitez réutiliser un élément de l'ouvrage, il est de votre responsabilité de déterminer si l'autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Par exemple les tableaux, les illustrations ou les images font partie de ces éléments mais ne s'y limitent pas.

Résumé Académique

Haïti est le pays le plus pauvre du continent américain et possède l'un des taux les plus élevés d'infection par le VIH/sida de cette région (1,35% de prévalence). Le VIH/sida était la principale cause de décès en 2005, mais lors des dix années suivantes il a été dépassé par les maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, et est maintenant la troisième cause de décès la plus fréquente. Cependant, elle reste la principale cause de décès chez les jeunes et la principale cause de décès et d'invalidité combinés (IHME, 2016). Au cours de la dernière décennie, les efforts visant à freiner l'épidémie ont entraîné des progrès significatifs. Le taux de nouvelles infections a diminué de 54% et plus de la moitié des Haïtiens vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral. Toutefois, la pérennité de ces investissements peut être remise en question étant donné que les dépenses totales consacrées aux services de lutte contre le VIH/sida sont presque exclusivement financées par des sources externes et que le montant total dépensé dépasse le budget national de la santé.

Les rapports sexuels non-protégés représentent le principal facteur d'épidémie du VIH/sida (IHME 2016) et des interventions sont nécessaires afin de réduire le risque de transmission. Un traitement à titre préventif (TatP) fait référence aux méthodes et aux programmes de prévention qui utilisent un traitement antirétroviral (TAR) dans le but de faire diminuer les risques de transmission du VIH. L'efficacité du TAR comme outil de prévention est démontrée dans différentes configurations. Notre analyse estime le taux de rentabilité économique de l'expansion de cette stratégie en Haïti. Cette analyse estime les coûts et avantages de l'augmentation de la couverture des dépistages et des traitements du VIH/sida. Nous présentons des recherches menées dans le cadre du projet Haïti Priorise, sous la direction du Copenhagen Consensus Center.

Nous estimons les coûts et l'impact sur la santé de deux scénarios hypothétiques où la couverture serait augmentée par rapport à aujourd'hui pour atteindre 80% ou 95% en 2018 et maintenue jusqu'en 2036. Les résultats de santé prévus sont ensuite traduits en avantages économiques et comparés aux coûts projetés, afin d'obtenir des ratios coûts-avantages.

Nos estimations indiquent que l'augmentation de la couverture du traitement à 80% ou 95% éviterait respectivement entre 20 000 et 35 000 décès pendant la période 2018-2036 comparativement au scénario de couverture actuelle. En outre, plus de 6 000 nouvelles infections du VIH seraient évitées.

Dans le cadre de l'augmentation modélisée, la prestation du TAR ralentit le taux du nombre de CD4 et entraîne des gains significatifs dans les années de vie en bonne santé (HLY) pour la population infectée.

Quand chaque HLY est évalué à 3 fois le PIB par habitant, le ratio avantages-coûts (RAC) est estimé à environ 3,1 (avec un taux d'actualisation de 5%, avantage évalué à 3 fois le PIB par habitant).

Les interventions auront un effet à plus long terme au-delà de 2036 auquel cas, si elles sont prises en compte, les RAC seront plus élevés.

Résumé de la politique

Aperçu

Haïti est le pays le plus pauvre du continent américain et possède l'un des taux les plus élevés d'infection par le VIH/sida de cette région (1,35% de prévalence). Le VIH/sida était la principale cause de décès en 2005, mais lors des dix années suivantes il a été dépassé par les maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, et est maintenant la troisième cause de décès la plus fréquente. Cependant, elle reste la principale cause de décès chez les jeunes et la principale cause de décès et d'invalidité combinés (IHME, 2016). Au cours de la dernière décennie, les efforts visant à freiner l'épidémie ont entraîné des progrès significatifs. Le taux de nouvelles infections a diminué de 54% et plus de la moitié des Haïtiens vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral (TAR). Toutefois, la pérennité de ces investissements peut être remise en question étant donné que les dépenses totales consacrées aux services de lutte contre le VIH/sida sont presque exclusivement financées par des sources externes et que le montant total dépensé dépasse le budget national de la santé.

Notre étude tient compte de deux domaines d'intervention :

Justification de l'Intervention

Les rapports sexuels non-protégés représentent le principal facteur d'épidémie du VIH/sida (IHME 2016) et des interventions sont nécessaires afin de réduire le risque de transmission. Nous étudions la stratégie mondiale recommandée du traitement à titre préventif (TatP). Cela fait référence aux méthodes et aux programmes de prévention qui utilisent un traitement antirétroviral (TAR) dans le but de faire diminuer les risques de transmission du VIH. L'efficacité du TAR comme outil de prévention a été démontrée dans des contextes différents. Le TatP fait partie des recommandations mondiales de l'ONUSIDA et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elles font également partie de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA en Haïti. La politique mondiale actuelle évoque qu'il ne devrait pas y avoir de critère CD4 pour une être éligible au TAR.

Nous estimons les coûts et l'impact sur la santé de deux scénarios hypothétiques où la couverture d'une série d'interventions de TAR serait augmentée par rapport au niveau actuel (en 2017) pour atteindre 80% ou 95% en 2018 et maintenue jusqu'en 2036. Notre analyse adopte la perspective du prestataire, ce qui signifie que nous estimons et signalons uniquement les coûts directs associés à la prestation de services de santé du point de vue du prestataire de soins de santé (implications budgétaires).

Les modèles de mise en œuvre suivent les lignes directrices et pratiques actuelles avec respect en ce qui concerne les services fournis (soins ambulatoires, alliance de prestataires publics et privés). Nous n'avons pas modélisé des mécanismes de financement tels que les frais d'utilisation étant donné notre point de vue que les paiements à débourser devraient être limités en particulier pour ceux atteints d'une maladie chronique comme le VIH/sida.

Les résultats de santé prévus incluent les décès évités, nouvelles infections évitées et années de vie en bonne santé gagnées dans les scénarios où le budget de la couverture augmenterait par rapport à un scénario de couverture actuelle. Dans notre modèle, la prestation du TAR ralentit le taux du nombre de CD4 et entraîne des gains significatifs dans les Années de Vie en Bonne Santé (HLY) pour la population infectée. Chaque HLY est évalué à 3 fois le PIB par habitant.

Nos estimations indiquent que l'augmentation du traitement avec les TAR de 80% ou 95% éviterait entre 20 000 et 35 000 décès pendant la période 2018-2036 (19 années). Le TAR est efficace pour réduire la transmission (prévention de nouvelles infections) et accroître l'espérance de vie ainsi que la qualité de vie des personnes infectées par le VIH, ce qui entraîne un nombre élevé de décès évités et un meilleur HLY.

Le ratio avantages-coûts (RAC) calculé est estimé à environ 3,1 (en utilisant un taux d'actualisation de 5%). Cela signifie que pour chaque dollar investi pour étendre la stratégie TatP au-delà de la couverture actuelle, les résultats attendus sont évalués à trois fois la valeur actuelle.

Tableau Résumé

Intervention unique		Avantages (nouvelle valeur actuelle)	Coûts (nouvelle valeur actuelle)	RAC
Traitement à titre préventif	80%	21 455 366 548	7 056 396 328	3,04
Traitement à titre préventif	95%	36 676 541 077	11 740 016 921	3,12

Remarques : Tous les chiffres ont un taux d'actualisation de 5%. La qualité globale de la preuve est considérée comme élevée.

Haïti a adopté une politique et vision de « zéro HIV » c'est à dire zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès liés au sida. En poursuivant et maintenant la couverture actuelle, et l'augmenter plus tard, constituera un défi dans un contexte où les dépenses actuelles en matière de VIH/sida dépassent le budget national de la santé. Les dépenses déclarées pour le sida ont été de 138 millions de dollars en 2014 et de 128 millions en 2015 ; Comparé à environ 109,76 millions de dollars pour le budget national de la santé du gouvernement 2015/2016. (6,622 milliards de HTG). Les

avantages de la prévention et du traitement du VIH se matérialisent à moyen et long terme et ne peuvent être immédiatement observés. De plus, les interventions ciblant les groupes marginalisés à haut risque peuvent faire face à une résistance au cours des négociations budgétaires nationales. Il est donc probable que l'aide financière externe devra continuer pour fournir des services de lutte contre le VIH/sida en Haïti à moyen et à long terme afin d'assurer un financement durable puisque les personnes vivent plus longtemps avec le traitement antirétroviral et nécessiteront un traitement pendant une période plus longue ; ainsi que d'un point de vue éthique et morale.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Dr A. Monfiston (Spécialiste de la Lutte Contre le VIH et Santé Reproductive en Haïti auprès de l'OPS/OMS) et le Dr J. Pedroza (Conseiller en Services et Système de Santé en Haïti auprès de l'OPS/OMS) pour leurs contributions ciblées.

Acronymes

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TAR : traitement antirétroviral

CCC : Communication pour le changement de comportement

ACA : analyse coût-avantage

RAC : ratio avantage-coût

CD4 : lymphocytes T CD4 (cellules CD4) dans un échantillon de sang

WHO-CHOICE : programme de l'Organisation Mondiale de la Santé pour choisir les interventions Rentables

GCEA : Analyse générale de l'efficacité des coûts

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

HLY : Année de vie en bonne santé

HTG : Gourde Haïtien

LIST : Lives Saved Tool pour la santé maternelle et infantile

PHA : Personnes vivant avec le VIH/sida

PTME : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

PNSM : Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le VIH 2018-2023.

REDES: Ressources et dépenses liées au VIH/SIDA

MSPP : Ministère de la santé publique et de la population

USD : Dollar américain

VCT : Conseil et dépistage volontaire

RESUME ACADEMIQUE	II
RESUME DE LA POLITIQUE	IV
REMERCIEMENTS.....	VI
ACRONYMES	VI
1. INTRODUCTION	1
2. THEORIE	5
2.1 OBJECTIF	5
2.2 APPROCHE GENERALE ET CHAMP D'ANALYSE	5
2.2.1 Interventions incluses.....	5
2.2.2 Perspective et cadre analytique	6
2.2.3 Horizon temporel	8
2.2.4 Scénarios de couverture	8
2.2.5 Outils	8
2.3 CALCUL DES COUTS ET AVANTAGES.....	9
2.3.1 Projection de l'augmentation des personnes atteintes.....	9
2.3.2 Déterminer la population à aider et couverture de base	9
2.3.3 Détermination du niveau des interventions du système de santé distribués	11
2.3.4 Estimation de l'impact sur la santé	11
2.3.5 Estimation des coûts	12
2.3.6 Conversion de l'impact de santé en avantages économiques et dérivé des ratios coûts-avantages.....	17
3. RESULTATS ET DEBATS	18
3.1 AVANTAGES DIRECTS.....	18
3.2 PROJECTIONS DES COUTS	19
3.3 RATIO AVANTAGE-COUT	19
3.4 DISCUSSIONS.....	20
3.5 QUALITE DES INDICATIONS	22
4. CONCLUSION	24
5. REFERENCES	25
ANNEXE 1	28
ANNEXE 2	28
ANNEXE 3.	30

1. Introduction

Haïti est le pays le plus pauvre du continent américain et également considéré comme un « état fragile » en raison de la faible performance des indicateurs de développement humain, de faibles scores en matière de gouvernance dus à l'instabilité politique chronique et de fragiles institutions. De plus, le pays est sujet aux urgences causées par diverses catastrophes naturelles. Des crises environnementales, économiques et politiques se produisent fréquemment.

Environ les deux tiers de la population actuelle (11 millions) vivent dans la pauvreté. Les moins de 23 ans représentent 50% de la population, la population croît plus rapidement que l'économie. Ainsi, le produit intérieur brut (PIB) par habitant est maintenant inférieur à celui d'il y a 20 ans. Les inégalités sont élevées et croissantes (coefficient de Gini de 0,66 en 2012 contre 0,61 en 2010).¹

Malgré ces obstacles, la santé globale de la population s'est améliorée ces dernières années. La mortalité infantile a chuté de 100,2 pour 1000 naissances en 1990 pour atteindre 54,7 en 2013 et la mortalité maternelle a diminué de 670 pour 100 000 naissances en 1990 à 510 en 2000 et a été estimé à 380 en 2013. La prévalence du VIH/sida est maintenant de 1 346 pour 100 000 habitants (2013) contre 1860 en 2001. L'espérance de vie est passée de 54 ans en 1990 à 63 ans en 2013 (OMS, 2016). Cependant, par rapport à d'autres pays de la région, les taux de mortalité et la morbidité des maladies transmissibles et infectieuses restent élevés, tout comme les carences nutritionnelles. Les indicateurs de santé en Haïti sont comparables au niveau des pays économiquement similaires (faible revenu), de sorte que les taux de mortalité infantile et maternelle sont supérieurs de quatre à cinq fois par rapport au taux moyen des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. L'offre de services de santé reste limitée et fragmentée, avec des problèmes d'accessibilité et d'inégalité. Le cycle de malnutrition/maladies infectieuses et parasitaires alimentées par l'insécurité alimentaire chronique a augmenté depuis 2010 avec l'émergence du choléra.

Les dépenses totales de santé par habitant sont de 61,5 dollars (en 2014 au taux de change moyen)². Les rapports indiquent que les ressources peuvent ne pas être utilisées efficacement. L'un des défis est l'existence de programmes verticaux et la multiplicité de projets qui pose des défis au Ministère de la Santé (MSPP) pour diriger les processus globaux de gouvernance du secteur de la santé. La part des

¹ République d'Haïti-PNUD (2014).

² www.who.int/gho

dépenses publiques en santé représente moins de 10% des dépenses totales de santé. Pour l'exercice en cours (2016/2017), la part du budget de la santé publique, qui a diminué continuellement pendant 20 ans, représentait moins de 5% du budget national du gouvernement malgré l'objectif de 15% de la politique nationale de santé (2012). Le financement externe est volatil avec de grandes fluctuations au fil du temps en réponse à diverses crises sanitaires (le pic étant la période post-tremblement de terre de 2010), ce qui a permis une durabilité limitée du financement pour renforcer les fondements du système de santé. Les fonds externes ont tendance à se concentrer sur le court terme, et non sur les besoins prioritaires en matière de santé et ne s'alignent pas sur les priorités nationales³. De plus, la majorité des fonds externes contournent le gouvernement, limitant ainsi le renforcement des institutions publiques. Les dépenses totales de santé par habitant ont connu une tendance à la hausse en raison de la hausse des dépenses de santé privées, les paiements directs à déboursier représentent généralement plus de 50% des dépenses de santé.⁴

Le VIH/sida était la principale cause de décès en 2005, mais lors des dix années suivantes il a été dépassé par les maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, et est maintenant la troisième cause de décès la plus fréquente. Cependant, elle reste la principale cause de décès chez les jeunes et la principale cause de décès et d'invalidité combinés (IHME, 2016).

Parmi les nombreux problèmes de santé, le VIH/sida reçoit une part relativement importante des ressources générales du secteur de la santé. Selon les derniers comptes nationaux de la santé publiés (2012/2013), près d'un quart des dépenses totales de santé actuelles (22%) contre le VIH/sida. Les dépenses rapportées sur le sida étaient de 138 millions \$ US en 2014 et 128 millions \$ US en 2015.⁵ Cela représente un montant qui dépasse le budget de la santé nationale 2015/2016, (110 millions \$ US).⁶ Il convient de noter que sur les dépenses de VIH/sida mesurées, 98 % sont d'origine externe et 2 % d'origine publique nationale (où les dépenses publiques sont une estimation qui fait référence aux entrées de système de santé partagés comme les infrastructures, les salaires des travailleurs de la santé, etc.). Les fonds externes proviennent principalement du plan d'urgence du président des États-Unis de secours contre le sida / PEPFAR (plus de 85 %) et du Fonds mondial (environ 10 %). 97,5 % des fonds

³ MSPP de la République d'Haïti (2012). Politique nationale de santé. MSPP, Port-au-Prince. p.56.

⁴ Au cours des périodes postérieures à la crise, le financement externe pour les soins de santé a joué un rôle important en réduisant le besoin des dépenses des ménages.

⁵ MSPP/PNLS Haïti (2016). Rapport REDES 2014 et 2015 - Estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/Sida. Port-au-Prince, Haïti. p.78) <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Final%20REDES%202016.pdf>

⁶ 6,62 milliards HTG

sont gérés par des organismes internationaux et plus de 50 % sont exécutés directement par et entités bilatérales et multilatérales.

En 2015, les dépenses estimées sur le VIH/sida ont été estimées à 852 \$ US par le PHA et 11,7 \$ US par habitant (MSPP/PNLS 2016, rapport REDES). Près de la moitié de ces fonds (47 %) ont été dépensés pour les soins et traitements, alors qu'un cinquième a été consacré respectivement à la prévention (20 %) et au programme de gestion et administratif (18 %).

Le nombre de patients traités par antirétroviraux est passé de 54625 en 2013 à 82577 en 2016, ce qui équivaut à 55% du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/sida (PHA). Dans le contexte de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH, le nombre de femmes enceintes recevant un traitement en une seule année a plus que doublé entre 2008 et 2013 passant de 2500 à 5226 avec une couverture du traitement chez les femmes enceintes séropositives atteignant une couverture de 90% en 2015. En raison de l'utilisation accrue des soins et services de traitement, le nombre de personnes décédés à cause du sida a considérablement diminué, passant de 7637 en 2010 à 5364 en 2015 (MSPP/ PNLS Haïti (2016)).

Le plan stratégique pour le VIH/sida de 2012-2015 a été étendu à 2018 et accompagné par la décision du MSPP (en juillet 2016) d'adopter la stratégie 90-90-90 pour le dépistage et le traitement.

Les cibles 90-90-90 indiquent que :

- D'ici à 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH vont connaître leur statut sérologique.
- 90 % des personnes vivant avec le VIH et diagnostiquées recevront un traitement antirétroviral durable, et
- 90 % des personnes sous traitement antirétroviral bénéficieront d'une suppression virale.

La stratégie nationale vise à améliorer le ciblage des municipalités et sites prioritaires, la rétention et adhésion des patients au traitement antirétroviral, l'accès aux services des populations cibles (dépistage, préservatifs et traitement), la qualité et l'efficacité des services et le renforcement des activités communautaires. La mise en place de la stratégie s'appuiera fortement sur les organisations privées et organisations non gouvernementales pour fournir des services de santé à travers divers réseaux.

Le Programme National de Lutte Contre les MST/VIH/SIDA (PNLS) est soutenu par un grand nombre de partenaires techniques et financiers (France, Health Through Walls (HTW), Organisation International pour les Migrations (OIM), Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) / Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Fonds International d'Urgence des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Gouvernement des Etats-Unis (USG), etc.). Cependant, les fonds reçus par les partenaires internationaux de développement ont diminué ces dernières années.

Avec les Objectifs de Développement Durable après 2015, les pays adoptent un vaste programme de développement, où l'Objectif de la Santé (SDG3) joue un rôle clé pour le développement durable. Le SDG3 comprend un certain nombre d'objectifs spécifiques, dont l'un est de réduire le nombre de nouvelles infections chez les personnes non infectées. Compte tenu des ressources limitées disponibles dans les pays à faible revenu comme Haïti, les décisions doivent être prises avec attention en ce qui concerne la meilleure façon d'investir les fonds disponibles. Ce document présente les résultats d'une analyse coût-avantage (ACA) pour fournir la stratégie globale recommandée du traitement comme prévention en Haïti. Les ratios coûts-avantages (RAC) sont une donnée qui peut être utilisée pour diriger les politiques et établir les priorités. Il ne devrait cependant pas être le seul, car d'autres critères tels que l'équité, faisabilité, viabilité financière et acceptabilité auront également un poids important pour aider à prendre les décisions concernant l'allocation des ressources.

Ce document est structuré comme suit : la section Introduction du rapport décrit le programme actuel de lutte contre le VIH/sida en Haïti, les défis et succès récents. La section Théorie explique comment l'analyse coût-avantage a été menée, en incluant les sources et hypothèses de données pour l'information sur les coûts et avantages sur la santé, et la façon dont les avantages sur la santé ont été évalués en termes économiques. L'évaluation des résultats est présentée dans la section Résultats. Ceci est suivi des sections Discussion et Conclusions.

2. Théorie

2.1 Objectif

L'objectif de cette étude était d'estimer le coût, les avantages et le rendement relatif de l'investissement en fournissant un ensemble d'interventions sur le VIH/sida en Haïti. ⁷ La théorie qui étaye cette analyse est que les responsables des politiques pourront bénéficier d'une comparaison des différentes stratégies d'investissement en ce qui concerne les coûts et les gains attendus. Il y a différentes manières selon lesquelles des fonds supplémentaires pourraient être investis en Haïti, y compris dans les secteurs sociaux et ceux plus directement liés à l'économie productive, tels que l'énergie et les transports. Actuellement, la preuve au niveau locale de l'optimisation des ressources pour effectuer un investissement par rapport à un autre n'est pas facilement disponible et, par conséquent, l'ensemble actuel des investissements pourraient ne pas suivre le modèle le plus optimal. En rendant l'information sur le ratio avantage-coût disponible, les décisions concernant l'établissement des priorités peuvent être plus réfléchies et les décideurs peuvent en toute connaissance choisir un investissement par rapport à un autre.

2.2 Approche générale et champ d'analyse

L'approche générale adoptée consiste à projeter l'impact sur la santé et les coûts liés à l'intensification du dépistage et des traitements contre le VIH/sida. Les résultats de santé prévus sont ensuite traduits en avantages économiques et comparés aux coûts prévus, afin de tirer profits des ratios coûts-avantages.

2.2.1 Interventions incluses

Les rapports sexuels non protégés représentent le principal facteur de l'épidémie de VIH/sida en Haïti.¹ Alors que les sensibilisations préventives sont indispensables pour réduire les comportements à risque, les changements de comportements sont lents et des interventions supplémentaires sont requises afin de réduire le risque de transmission dû au comportement actuel. De plus, les traitements et soins sont nécessaires pour que les populations infectées améliorent leur santé et bien-être, afin de leur permettre de contribuer à la société et réduire le risque qu'elles transmettent l'infection à d'autres personnes. Nous étudions la stratégie mondiale recommandée du traitement à titre préventif (TatP). Cela fait

⁷ L'analyse présentée ici partage une méthodologie commune avec deux autres analyses effectuées pour le projet Haïti Priorise : fournissant des soins spécialisés avant et pendant la naissance, et prévenant et gérant les maladies infantiles.

référence aux méthodes et aux programmes de prévention du VIH qui utilisent un traitement antirétroviral (TAR) afin de diminuer le risque de transmission du VIH. Un traitement antirétroviral réduit la charge virale dans le sang, le sperme, le fluide vaginal et rectal à des niveaux très faibles (« indétectables »), ce qui réduit le risque de transmission du VIH.⁸ L'efficacité du TAR comme outil de prévention a été démontrée dans de nombreux contextes différents et fait partie des recommandations mondiales de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la santé. Le TatP fait également partie de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA en Haïti. La politique mondiale actuelle évoque qu'il ne devrait pas y avoir de critère CD4 pour une être éligible au TAR.

Les différentes composantes du TasP pris en considération dans l'analyse sont :

- Conseil et dépistage volontaire (VCT)
- TAR pour les adultes en première intention
- TAR pour les adultes en deuxième intention
- TAR au niveau pédiatrique pour les enfants
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
 - Co-trimoxazole pour les enfants

2.2.2 Perspective et cadre analytique

Le tableau 1 illustre le cadre comptable des coûts et avantages utilisé pour cette analyse. Des détails supplémentaires sur chaque composant couvert sont fournis dans les sections ci-dessous.

⁸ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2012) 'Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB'

Tableau 1. Cadre comptable coûts et avantages utilisés dans cette étude

Coûts		Estimation des coûts de l'étude
Non pris en compte	<ul style="list-style-type: none"> Coûts pour obtenir des soins (transport, perte dans temps dans la recherche de soins) Bénévolat 	Non inclus
Coûts économiques pour le secteur de la santé	<p>Coûts directs liés à l'intervention de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Produits de base : par exemple les médicaments, vaccins, matériels et tests de laboratoire nécessaires pour chaque service. Coûts de prestations des services (nombre de jours d'hospitalisation, visites externes) – qui comprennent les coûts opérationnels et heures des travailleurs de santé. Coûts du programme (coûts administratifs pour la gestion du programme et qualité des soins) Communication pour le changement de comportement Coûts de la chaîne d'approvisionnement et déchets des produits 	Les économies sont estimées selon une approche basée sur les données saisies (Quantités et Prix)
Avantages		Estimation des avantages de l'étude
Non pris en compte	<p>Avantages de santé intrinsèques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'espérance de vie Amélioration du bien-être et qualité de vie Amélioration de la participation sociale 	Les avantages intrinsèques et importants sont saisis dans Une mesure combinée pour la valeur des statistiques de vie 3 fois le PIB par habitant et DALY
Avantages économiques évalués	<p>Avantages importants sur la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'assiduité (réduction des absences en raison de la maladie et d'un décès) Augmentation de la productivité (améliore la qualité du capital humain en raison d'un meilleur bien-être) Moins de jours de travail manqués pour les membres de la famille qui s'occupent d'une personne malade du sida 	
	<p>Economies :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduction des dépenses en besoins médicaux (effet des interventions préventives) 	Les économies sont estimées selon une approche basée sur les données saisies (Quantités et Prix)

La perspective prise pour l'estimation des coûts consiste à inclure uniquement les coûts directs encourus par le système de santé. Par conséquent, nous n'incluons aucun coût indirect engagé par les ménages ou personnes qui recherchent des soins, par exemple pour les transports, pertes de revenus, etc.⁹

⁹ Une analyse des recherches antérieures entreprises par Copenhagen Consensus au Bangladesh et à Haïti a démontré une grande variation dans la manière de comptabiliser les dépenses des ménages.

2.2.3 Horizon temporel

L'analyse est menée pour un horizon temporel de 20 ans, de 2017 à 2036. Les coûts et les avantages sont effectivement capturés pour 19 ans, à partir de l'année 2018, avec l'année 2017 en tant que comparateur (base de référence).

2.2.4 Scénarios de couverture

L'analyse présentée dans cet article examine principalement un scénario incrémental où la couverture est intensifiée au-delà du niveau actuel des soins. La couverture désigne le nombre de personnes dans le besoin qui reçoivent les services. Une couverture PTME de 100 % signifie que toutes les femmes qui ont besoin des services PTME les recevraient.

Le contrefactuel pour l'analyse incrémentale est le niveau actuel de couverture et épidémiologique du pays. Les coûts et les avantages pour la santé sont comparés au statu quo actuel. Les résultats dérivés de l'analyse incrémentale sont mis en évidence dans ce rapport étant donné le contexte politique principal se rapportant à la question de savoir si l'expansion des services en leur état actuel est rentable. Nous avons également mené une analyse que l'on appelle scénario null, dont les résultats sont présentés dans une annexe.¹⁰

Nous analysons les coûts et avantages résultant de la prestation de toutes les interventions du programme TatP à deux niveaux de couverture cible : 80% et 95%. La raison est d'évaluer comment les ratios avantages-coûts peuvent varier selon les différents niveaux cibles. Dans les cas où la couverture actuelle d'une intervention est déjà supérieure à l'un des niveaux de couverture cible, les données obtenues pour l'analyse incrémentale pour ce niveau de couverture sont considérées comme nulles.

2.2.5 Outils

L'analyse a été réalisée à l'aide d'un outil récemment développé : Spectrum-GCEA (Analyse générale de l'efficacité des coûts). Cet outil est développé par l'Organisation Mondiale de la Santé afin de soutenir l'intégration de l'analyse coût-efficacité dans la plate-forme Spectrum largement utilisée pour l'établissement des priorités et prise de décision.¹¹ Spectrum est composé de plusieurs modèles logiciels largement utilisés pour la modélisation des projets de santé, y compris l'outil Lives Saved (LiST) pour la

¹⁰ Le scénario « null » est le contrefactuel utilisé pour l'approche généralisée d'efficacité des coûts standard WHO-CHOICE développée par l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce scénario fictif, la couverture des interventions commence à zéro (0 %). L'épidémiologie du pays est également modifiée en conséquence, vers une situation comme si l'intervention n'existait pas du tout. Les coûts et les avantages de santé pour offrir une intervention sont ensuite comparés à ce scénario où « rien n'est fait » (voir www.who.int/choice pour plus de détails).

¹¹ <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

santé maternelle et infantile et les modèles d'impact sur le sida pour le VIH/sida. L'ONUSIDA utilise régulièrement Spectrum pour la modélisation épidémiologique de l'épidémie de VIH et encourage les pays à effectuer une analyse par Spectrum pour évaluer le VIH à un niveau national. Avoir l'option de conduire une évaluation économique dans le Spectrum, en utilisant des données qui ont été traitées par ONUSIDA de pair avec d'autres institutions nationales, est d'un grand avantages pour les pays.

2.3 Calcul des coûts et avantages

2.3.1 Projection de l'augmentation des personnes atteintes

Les coûts et avantages sont déterminés par le nombre de personnes qui recevront une intervention. Nous prévoyons des changements dans les niveaux de couverture, qui sont ensuite transformés en nombre de personnes atteintes avec les différentes interventions de santé. Chaque intervention est associée à des hypothèses spécifiques concernant les résultats en matière de santé tels que l'impact sur les taux d'infection du VIH et taux de mortalité.

Les données les plus récentes disponibles sur la couverture actuelle sont utilisées pour déterminer le nombre de personnes atteintes au cours de l'année en cours (2017). Dans le scénario d'intensification, la couverture cible est immédiatement atteinte à l'année 2 (2018), puis maintenue au même niveau pendant toute la durée de l'étude.¹²

Nous estimons les coûts comme la différence entre les coûts encourus dans le scénario incrémental et ceux du scénario contrefactuel. De même, les résultats de santé dans le scénario d'augmentation sont comparés à ceux du scénario nul.

2.3.2 Déterminer la population à aider et couverture de base

Le module Spectrum DemProj comprend des projections démographiques provenant de la variante moyenne de population de l'ONU¹³. Nous avons utilisé ces projections normalisées car elles sont jugées plus fiables que les projections de la population de l'Institut haïtien de statistique et d'informatique (IHSI)¹⁴ étant donné que le dernier recensement en Haïti a été réalisé en 2003 et que la faiblesse globale des projections de l'IHSI est largement reconnue. Le tableau 2 illustre les estimations utilisées dans l'étude pour la modélisation épidémiologique (prévalence dans les groupes de population). L'utilisation

¹² Dans le contrefactuel, pour l'analyse du "scenarion null, la couverture tombe à zéro l'année 2.

¹³ <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

¹⁴ <http://www.ihsi.ht/>

des fichiers modèles de l'ONUSIDA Spectrum implique que certaines simulations ont permis de projeter des tendances épidémiologiques au-delà du dernier point de données enregistré.

Tableau 2. Données sur la prévalence et cas d'épidémie du VIH/sida en Haïti

	Valeur	Source	Estimation modélisée 2017 (Simulations ONUSIDA Spectrum)
Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans	1.35%	OMS 2016	1.22%
Prévalence du VIH parmi la population de travailleurs du sexe (TS)	8.4%	Rapport de surveillance comportementale et biologique de 2012 par le Population Service International (PSI)	3.2%
Prévalence du VIH parmi la population d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et transgenre	18.1%	Rapport de surveillance comportementale et biologique de 2012 par le Population Service International (PSI)	11.75%
Cas de VIH estimé	83 pour 100,000	Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le Sida 2016	

Le tableau 4 montre les hypothèses utilisées pour la population cible, population dans le besoin et couverture actuelle (de base) de chaque intervention. La population dans le besoin reflète l'incidence actuelle de la maladie et détermine la part de la population cible qui nécessite une intervention.

Tableau 3. Population cible, Population dans le besoin, Couverture actuelle

Indicateur	Population cible	Population en nécessité (%)	Couverture actuelle (%)	Couverture actuelle (nombre estimé de personnes atteintes au cours de l'année de référence)
Traitement à titre de Prévention				
Conseil et dépistage volontaire	Adultes de 15 à 49 ans	20***	21	1 198 298
PTME	Femmes nécessitant PTME *	100	100	2 150
TAR pour les hommes **	Hommes nécessitant TAR*	100	59,3	12 045 (première intention)
TAR pour les femmes**	Femmes nécessitant TAR*	100	66,6	16 165 (première intention)
Co-trimoxazole pour les enfants	VIH+ enfants *	100	37,9	964
TAR pédiatrique	Enfants nécessitant TAR *	100	79,7	972

* Valeurs de projection des pays de l'ONUSIDA (validé par le MSPP)

** L'hypothèse utilisée pour l'éligibilité à recevoir le TAR dans le fichier de projection est de 999 CD4, qui est essentiellement un Dépistage et Démarrage. *** Supposition d'1 dépistage tous les 5 ans

2.3.3 Détermination du niveau des interventions du système de santé distribués

Bien que la preuve sur l'efficacité des interventions ne soit pas différenciée selon le niveau de soins, les coûts de prestation des services varieront en fonction de l'emplacement des services (section 3.3.5). Par conséquent nous appliquons certaines hypothèses liées aux niveaux du système de santé que les interventions ont fournies (tableau 4).

Tableau 4. Hypothèses sur le niveau de distribution pour les interventions VIH/sida

	Communauté	Aides sociales	Clinique / Centre médical	Hôpital
Conseil et dépistage volontaire	25%	25%	25%	25%
PTME		20%	40%	40%
Première intention TAR pour les adultes (Femme et homme)			50%	50%
Deuxième intention TAR pour les adultes			50%	50%
Co-trimoxazole pour les enfants			50%	50%
TAR pédiatrique			50%	50%

2.3.4 Estimation de l'impact sur la santé

Les projections d'impact sur la santé proviennent de deux modules au sein de Spectrum-GCEA : AIM et GOALS.¹⁵ Les ajustements à l'épidémiologie avec le temps interagissent avec le module démographique (DemProj).¹⁶

L'outil génère des estimations annuelles de la proportion de la population séropositive et à différents niveaux de CD4, de la population bénéficiant de TAR et des décès liés au sida. Ces chiffres sont générés et comparés pour les différents scénarios.

GOALS est un modèle de simulation qui calcule la transmission du VIH entre les différents groupes de de population à risque (couples hétérosexuels monogames, personnes ayant de multiples partenaires hétérosexuels, travailleuses du sexe et clients, HSH et toxicomanes, en fonction de leurs comportements (nombre de partenaires, contacts par partenaire, utilisation de préservatifs, âge du premier rapport

¹⁵ Stover et al (2017) actualise le modèle Plan Projections et Estimations Spectrum pour évaluer les tendances et valeurs actuelles des principaux indicateurs du VIH.

¹⁶ Le format des tableaux d'espérance de vie dans Demproj ne suit pas le même format que ceux dans la feuille de calcul du Consensus de Copenhague. Le fichier Spectrum Demproj utilise un modèle de 0 à 80 ans alors que le modèle de consensus de Copenhague est de 0 à 100 ans. Cependant, une analyse des tableaux d'espérance de vie révèle que ceux-ci sont très similaires.

sexuel, etc.) et les caractéristiques qui influencent la transmission de la maladie (stade de l'infection, circoncision masculine, infection MST et utilisation de la thérapie antirétrovirale). Les effets des interventions biomédicales sont basés principalement sur les résultats des essais de contrôle randomisés qui mesurent directement l'impact de chaque situation. Les effets des interventions sur le changement de comportement sont inclus à la fois comme effets directs sur l'utilisation de préservatifs, nombre de partenaires et âge du premier rapport sexuel. Les données d'efficacité utilisées ont été documentées dans un certain nombre de publications.¹⁷ Elles sont organisées en matrice d'impact pour chaque groupe à risque et reflètent l'effet anticipé d'une intervention de couverture sur un comportement donné, comme l'utilisation de préservatifs, nombre de partenaires et âge du premier rapport sexuel. L'impact d'une intervention est calculé comme le produit de l'augmentation de la couverture et l'entrée de la matrice d'impact afin d'estimer la réduction des comportements à risque (i.e. non utilisation de préservatifs).

Les années de vie de qualité ajustées pour chaque scénario sont calculées en utilisant le poids d'invalidité indiqués dans le tableau 5, à travers le calcul suivant : Population des groupes A, B, C, D * (1- poids de l'invalidité). Les années de vie saines gagnées pour le scénario incrémental sont calculées comme le total des QALY du scénario d'augmentation – le total des QALY du scénario de couverture actuel.

Tableau 5 : Poids de l'invalidité utilisé dans l'étude

Groupe	Etat de santé	Poids de l'invalidité
A	HIV+, CD4 >=200	0,221
B	HIV+, CD4<200	0,547
C	HIV+, on ART	0,053
D	HIV-	0

2.3.5 Estimation des coûts

Nous étudions quatre types de coûts associés à chaque intervention / plan :

- Produits de base : par exemple, les médicaments, matériels et tests de laboratoire nécessaires pour chaque service.
- Coûts de prestation des services (visites externes) – qui comprennent les coûts opérationnels et heures des travailleurs de santé.

¹⁷ Voir les publications de Stover et al, et aussi celles de Schwartzlander et al. Dans la liste de Référence.

- Coûts du programme : ils comprennent les coûts administratifs pour l'exécution du programme, ainsi que la formation et la supervision.
- Coûts de la chaîne d'approvisionnement et déchets des produits de base : ces coûts sont inclus en pourcentage (%) de la marge commerciale du coût des produits.

Produits de base

Les hypothèses pour le nombre de médicaments et matériels requis pour les services à fournir sont élaborées grâce aux hypothèses de coût de l'outil OneHealth, intégré dans le Spectrum-GCEA. Ceux-ci contiennent des schémas par défaut qui sont basés sur les protocoles standard de l'OMS et avis d'experts. Les schémas d'intervention comprennent : 1) les médicaments et matériels requis, et 2) le nombre / la durée des consultations externes et patients hospitalisés. Bien que les schémas par défaut soient intégrés à l'outil, chaque entrée peut être modifiée pour représenter au mieux le contexte d'un pays donné. Le tableau 6 indique le coût moyen des produits de base par intervention. Vous trouverez plus de détails dans l'Annexe 1 ou en consultant le document sur les hypothèses de coûts de l'outil OneHealth.¹⁸

Tableau 6. Coût moyen des produits de base et nombres de consultations externes par intervention qui a été utilisé dans l'étude pour le programme Traitement à titre de préventif (USD)

	Coût moyen des produits de base (USD)	Coûts supplémentaires des laboratoires (CD4, charge virale, comptage sanguin final)	Nombre moyen de consultations externes
Conseil et dépistage volontaire	1,2		2 par évènement
PTME	22		9 par grossesse
TAR (Traitement Première Intention) pour les hommes et les femmes adultes	153,2	190	12 par an
TAR (Traitement Deuxième Intention) pour les hommes et les femmes adultes	427,6	190	12 par an
Co-trimoxazole pour les enfants	9,8		12 par an
TAR pédiatrique	117,7		9 par an

Coûts des Prestations de Services de Santé

¹⁸ Document des Hypothèses d'intervention de l'outil OneHealth Tool

<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Treatment%20Assumptions%202016%201%2010.pdf>

Comme mentionné ci-dessus, les hypothèses pour le nombre moyen de consultations externes requis par service sont basées sur les protocoles standards de l'OMS et les avis d'experts. Les coûts d'une consultation externe comprennent les coûts partagés tels que les salaires des travailleurs de santé, coût de fonctionnement de l'installation et matériel et les dépenses pour l'eau et l'électricité.

Nous utilisons les estimations modélisées du WHO-CHOICE pour Haïti comme base de départ (tableau 7).

Tableau 7. Coût estimé par consultation externe utilisé dans l'étude (USD 2014)

Nom générique du niveau de prestation	Communauté	Aides sociales	Clinique / Centre médical de premier niveau	Hôpital
Coût par consultation externe (USD) / hypothèses pour le secteur public	1,39	1,39	1,72	1,95
Coût par consultation externe (USD) / hypothèses pour le secteur privé	1,96	1,96	2,43	2,75
Estimation moyenne du secteur public et privée	1,67	1,67	2,07	2,35

Remarque pour le tableau 8. Les coûts des aides sociales proviennent de la catégorie "centre médical sans lit". Les coûts de Clinique / centre médical de premier niveau proviennent de la catégorie "centre médical sans lit". Les coûts des soins hospitaliers proviennent de la catégorie des hôpitaux de premier niveau.

Afin de valider les estimations du WHO-CHOICE, nous avons examiné les études existantes menées en Haïti sur les coûts de prestation des services. Pour plus de détails, voir l'annexe 2. Une comparaison des estimations du WHO-CHOICE avec les estimations dérivées localement suggère qu'elles relèvent de l'approximation.

Nous avons supposé que 50% des services seraient fournis par des installations du secteur public et 50% par des installations du secteur privée en utilisant la moyenne des estimations de coûts du WHO-CHOICE (valeurs de la dernière ligne du tableau 7).¹⁹

Coûts du programme

Les coûts du programme se rapportent aux coûts engagés au niveau administratif en dehors du point de prestation et reflètent un ensemble d'activités visant à améliorer la qualité de la prestation ou à encourager l'adoption des services. Il s'agit notamment d'activités telles que la formation, supervision et

¹⁹ Les données du système de santé actuel indiquent que 47% des installations de santé proviennent du secteur privée, 37% du secteur public et 16% du secteur public et privée. [Source : MSPP (2015). Liste des institutions sanitaires du pays. Port-au-Prince, Haïti. p.105].

administration générale des programmes. Le projet WHO-CHOICE fournit un ensemble d'hypothèses par défaut autour des ressources nécessaires à un programme efficace en mettant en œuvre 10 interventions pour une couverture totale. L'utilisation des hypothèses et estimations de prix du WHO-CHOICE pour Haïti entraîne un coût annuel moyen du programme de 5,37 millions de dollars en 2014 (Tableau 8).

Tableau 8. Hypothèses du coût du programme pour obtenir un programme efficace en mettant en œuvre 10 interventions pour une couverture totale

Catégorie	Coût annuel estimé, en milliers (USD 2014)	Niveau atteint du nombre d'interventions	Niveau atteint de la couverture cible
Ressources Humaines Spécifiques au Programme	1,455	Oui	Non
Formation	489	Non	Oui
Supervision	2,035	Non	Oui
Contrôle et évaluation	877	Non	Non
Transport	346	Oui	Oui
Communication, Media & Aide Sociale	25	Non	Oui
Administration Générale du Programme	140	Non	Non
Total	5,367		

Source : WHO-CHOICE 2017 (www.who.int/choice)

Pour valider ces estimations, nous avons examiné les documents existants qui projettent les coûts du programme. Par exemple, la stratégie de vaccination qui coûte pour la période 2016-2020 comprend une catégorie de l'« Administration du programme » qui s'élève à 5,64 millions de dollars, ce qui correspond aux estimations par défaut du WHO-CHOICE. Pour les comparaisons avec d'autres estimations disponibles, voir le tableau 9. Les comparaisons indiquent que les estimations des coûts des programmes varient considérablement. La raison de cela peut inclure la portée du travail, les niveaux de couverture prévus à atteindre dans les années à venir, les hypothèses sur l'efficacité et la qualité du programme, et parfois des projections budgétaires réalisées pour correspondre aux ressources disponibles (par opposition aux estimations ambitieuses).

Tableau 9. Comparaison des estimations WHO-CHOICE avec celles disponibles pour les coûts du programme (en millions de dollars USD)

WHO-CHOICE par défaut	Coûts des immunisations ²⁰ catégorie de "Gestion du programme" (année 2020)	REDES VIH/sida (moyenne de 2014-2015)	CCM VIH/sida sous-catégorie du "Module 12. Gestion du programme"	Coût SRH ²¹
USD 2014	USD 2015	USD 2014/2015	Moyenne des années 2 et 3 ²²	Moyenne de 2014-2016
5,37	5,65	24,97	2,13	0,91

Compte tenu de la comparaison ci-dessus et des défis liés à la comparaison des différentes estimations des coûts du programme et de ce qu'elles font référence, nous appliquons les coûts standard du programme WHO-CHOICE pour cette étude, avec un ajustement uniquement pour le prix du transport en moto, qui a été ajusté de 1827 à 5 000 USD (selon les prix utilisés pour les projections de coûts de la stratégie de vaccination 2016-2020). Pour plus d'informations sur comment voir l'annexe 3.

Communication sur le Changement de Comportement

Taux d'augmentation des coûts de la chaîne d'approvisionnement et déchets des produits de base

Une augmentation du nombre de personnes atteintes avec les interventions entraînera également un coût supplémentaire en termes de transport des produits de base pour le système de santé. Nous appliquons un taux de majoration à la valeur des coûts des produits de base afin de rapprocher les besoins en ressources pour l'augmentation de la chaîne d'approvisionnement. Une revue récente de Sarley et al. (2010) rapporte des estimations entreprises par diverse études de projets de l'USAID dans différents pays. Les estimations varient de 1 à 44% pour différents produits et paramètres de pays. Sarley et al. classe 49 pays en groupe, avec Haïti appartenant à un groupe pour lequel le modèle générique indique que le taux d'augmentation est de 30%. Par conséquent nous appliquons un taux de 30%.

De plus, en ce qui concerne les médicaments stockés mais non utilisés avant leur date d'expiration, les données sont incomplètes mais nous avons appliqué une hypothèse globale de 5% de pertes du matériel et des produits.

²⁰ MSPP/OPS-OMS (2016). Calcul des coûts du plan pluriannuel complet en faveur de la vaccination 2016-2020. Port-au-Prince, Haïti. Fichier Excel

²¹ Coût du Plan Stratégique Santé de la Reproduction Et Planification Familiale 2013-2016. Coûts provenant de l'IEC, Formation, Supervision et M&E

²² L'estimation inclut les RH, mais pas les coûts de formation, qui sont inclus sous d'autres modules.

Tableau 10. Coût moyen total par intervention réalisée- comprenant le coût direct des produits, coût de prestation du service et 35% de marge sur les produits

	Communauté	Aide Sociale	Clinique	Hôpital
Conseil et dépistage volontaire	4,9	4,9	5,7	6,3
PTME		43,7	47,3	49,8
TAR (Traitement Première Intention) pour les adultes			224,0	227,3
TAR (Traitement Deuxième Intention) pour les adultes			580,8	584,2
Co-trimoxazole pour les enfants			37,6	40,9
TAR pédiatrique			171,7	174,2

Remarque : les couts par TAR sont par année

2.3.6 Conversion de l'impact de santé en avantages économiques et dérivé des ratios coûts-avantages

Evaluation de l'impact sur la santé

L'impact sur la santé est estimé en termes d'années de vie en bonne santé gagnées (HLY). Ceci est effectivement le même qu'un DALY, mais là où les DALY prennent en considération les études de la Charge Mondiale de Morbidité, il y a un manque car il ne mesure pas correctement les années de vie en bonne santé ce que l'analyse coût-avantage considère comme un gain. Pour évaluer les avantages en termes monétaires, les années de vie en bonne santé gagnées par année sont multipliées par le PIB par habitant estimé pour l'année considérée. Il existe de nombreux rapports qui discutent de l'évaluation des gains de santé en utilisant les valeurs d'une vie statistique (VVS). Jamison et al (2012) ont remarqué que les estimations existantes pour les départements génèrent une gamme d'évaluations VVS qui se situent entre 2 et 4 fois le PIB par habitant. Les estimations VSL incluent à la fois l'évaluation intrinsèque d'une vie saine (santé et vie ayant une valeur à part entière) ainsi que la contribution économique à la société, y compris une plus grande productivité du travail. La méthodologie utilisée ici est l'approche standard adoptée par les études du Consensus de Copenhague selon lesquelles les HLY actuels sont évalué à 3 fois le PIB par habitant.

En plus d'attribuer une valeur en dollar (USD) à la valeur intrinsèque de la santé, les populations plus saines apportent également des avantages supplémentaires, comme une productivité du travail plus élevée et une réduction des dépenses de traitement. A la fin de cette étude, nous supposons que les gains de productivité du travail sont pris en compte pour estimer un PIB par habitant 3 fois plus important.

Calcul des ratios avantages-coûts

Les coûts sont résumés pour l'ensemble de la période d'analyse et sont convertis d'USD 2014 en HTG 2016 en utilisant les données des perspectives économiques mondiales du FMI d'avril 2016, afin d'être cohérent avec l'évaluation des avantages pour la santé en HTG 2016.

Les estimations des coûts et avantages ont été réduites avec un taux d'actualisation de 3,5 et 12%. Les avantage-coût (RAC) ont été calculés en divisant le total des avantages avec le total des coûts d'intervention. Ce ratio estime le retour sur investissement, c'est-à-dire les avantages économiques qui seraient réalisés pour chaque dollar investi.

3. Résultats et Débats

3.1 Avantages directs

Le tableau 11 indique le nombre supplémentaire de services qui seraient fournis si l'on étendait la couverture totale à 80% ou à 95%.

Les avantages directs comprendraient la disparition de 6000 nouvelles infections et de plus de 35 000 décès par sida (tableau 12) sur une période de plus de 19 ans. Le tableau 12 illustre également les gains du QALY, qui sont utilisés pour comptabiliser les années de vie en bonne santé gagnées, qui sont ensuite évalués sur le plan économique.

Tableau 11. Nombre moyen de personnes supplémentaires atteintes avec des prestations dont le scénario est une augmentation de la couverture cible de 80 et 95% comparé à un scénario de couverture, (moyenne pour 2018-2036)

Scenarios	Nombre supplémentaires de personnes atteintes en moyenne par année			
	VCT	PTME	TAR	Co-trimoxazole pour les enfants
Couverture cible (80%)	7 899	78	15 174	259
Couverture cible (95%)	10 897	228	30 321	412

Tableau 12. Résultats prévus sur la santé, total 2018-2036

	Couverture cible	Nouvelles infections	Décès sida	Nouvelles infections évitées	Décès sida évités	Gain de QALY
Niveau de référence	Couverture actuelle	10 290	65 284	S/O	S/O	S/O

	maintenue					
Traitement à titre préventif (TatP)	80%	5 766	45 667	4 524	19 617	257 159
scenarios d'intensification	95%	3 735	30 016	6 555	35 268	441 165

La stratégie TatP se traduira par la réduction des décès et invalidité des personnes séropositives sous traitement, ainsi qu'une charge virale réduite des personnes sous traitement. La réduction de la charge virale diminue le taux de transmission, ce qui conduit à des nombreuses conséquences : moins de décès, une plus faible invalidité et un moins grand nombre de nouvelles infections.

3.2 Projections des coûts

Comme le montre le tableau 13 le coût du programme est un facteur de coûts considérable alors que les coûts de prestation des services constituent une part plus modeste du coût supplémentaire estimé.

Tableau 13. Répartition des coûts pour une intensification incrémentale du traitement à titre préventif, par type d'entrée, en millions de dollars (USD 2014, HTG 2014)

Niveau cible	Produits	Prestation de Services	Chaine logistique	Coût du Programme	Total
80% couverture cible, montant absolu USD	5,4	0,6	0,9	0,5	7,4
80% couverture cible, montant absolu HTG	245,5	25,4	40,3	24,3	335,4
Pourcentage partage des coûts	73%	8%	12%	7%	100%
95% couverture cible, montant absolu USD	10,8	1,1	1,8	0,8	14,5
95% couverture cible, montant absolu HTG	490	49,8	80,3	37,6	657,7
Pourcentage partage des coûts	74%	8%	12%	6%	100%

Le coût additionnel par habitant pour étendre le TatP est estimé à 1,2 USD.

3.3 Ratio avantage-coût

Les ratios avantages-coûts sont présentés dans le tableau 14. L'intensification des interventions à une couverture de 95% entraîne des RAC plus élevés qu'à 80%, car les avantages sont plus grands puisque les programmes sont plus importants.

Tableau 14. Avantages, Coûts et Ratio avantage-coût par rapport à l'intensification de la couverture au-delà de celle actuelle (scénario incrémental), avec un taux d'actualisation de 5%

Couverture cible	Avantages (Nouvelle Valeur Actuelle)	Coûts (Nouvelle Valeur Actuelle)	RAC
80%	21 455 366 548	7 056 396 328	3,04
95%	36 676 541 077	11 740 016 921	3,12

Les avantages sont estimés à 3 fois la valeur du PIB. Les coûts et avantages ont un taux d'actualisation de 5%.

Le tableau 15 fournit les résultats pour trois taux d'actualisation : 3%, 5% et 12%. L'annexe 4 présente également les résultats des ratios avantages-coûts par rapport à un scénario nul. Les RAC sont plus élevés par rapport à un scénario nul car les avantages (hypothétiques) sont tellement plus importants lorsqu'une couverture augmente d'une situation (hypothétique) de zéro couverture.

Tableau 15. Tableau Récapitulatif pour les Ratios Avantages-Coûts, en fonction de l'impact prévu sur la santé lié aux coûts prévus, avec des taux d'actualisation différents (scénario incrémental)

Interventions	Actualisation	Avantage	Coût	RAC
Traitement à titre préventif (95%)	3%	45 667 064 265	13 927 730 727	3,28
	5%	36 676 541 077	11 740 016 921	3,12
	12%	18 844 109 292	7 133 709 632	2,64

Remarques : les avantages sont estimés à 3 fois le PIB

La qualité des preuves est discutée dans la section 3.5 ci-dessous.

3.4 Discussions

Notre étude indique qu'étendre la stratégie du traitement à titre préventif en Haïti (TatP) pourrait avoir un RAC de 3.1, lorsqu'elle est mesurée sur une période de 19 ans. Les cas d'investissement pour le VIH/sida dans d'autres régions ont fait valoir qu'investir 100 millions \$ dans des pays comme le Kenya et la Thaïlande pourrait conduire à des gains de 3 à 4 fois l'investissement, en raison de dépenses de traitement évitées et de gains de productivité de la main-d'œuvre.²³ Alors que nous n'avons pas explicitement la valeur de gains de productivité, de tels résultats sont conformes à nos résultats pour le dépistage et traitement.

²³ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20131130_smart-investments_en_1.pdf

Une limite de notre analyse est qu'il ne compare pas le TatP avec d'autres programmes mettant l'accent sur la prévention des comportements à risque, tels que les interventions ciblant les travailleuses du sexe et d'autres groupes à risque élevé. Toutefois, étant donné que les interventions préventives prennent plus de temps pour éviter les infections et les décès, un exercice de cadrage préliminaire suggère que ces programmes auraient des RAC prédits plus faibles dans notre modèle quand on considère les résultats sur plus de 20 ans. L'effet entre l'incubation du VIH et le moment de la mort sans traitement (qui peut être de 8 à 11 ans) pourrait résulter à un impact limité pour une période de vingt ans pour les interventions préventives. En revanche, l'ART est très efficace pour réduire les décès dans la population infectée existante et prévenir de nouvelles infections par une réduction de la charge virale. Cela ne veut pas dire que les interventions préventives ne devrait pas être élargies dans le contexte haïtien, car elles peuvent jouer un rôle important dans une stratégie accélérée vers la fin de sida (Stover et al., 2016).

L'épidémie de VIH d'Haïti comprend à la fois les nouvelles infections substantielles dans la population en général, ainsi que des groupes à haut risque. Compte tenu de cette dualité, il serait toujours important pour le programme national de lutte contre le VIH/sida de mener des activités de prévention pour lutter contre l'épidémie ; en particulier pour cibler les groupes marginalisés et à haut risque. Les arguments en faveur d'interventions préventives peuvent être réalisés sur la base d'autres critères que l'évaluation économique, en particulier la prévention des infections chez les groupes marginalisés du point de vue de l'équité.

Le plan stratégique multisectoriel pour le VIH/sida pour la période 2018-2023 traite d'un certain nombre de défis liés à la mise en œuvre. Bien que la connaissance des services disponibles sur le VIH/sida soit relativement élevée, la stigmatisation entourant l'utilisation de ces services est un facteur gênant. L'acceptation et l'adoption varient selon les groupes socio-économiques. Différentes stratégies politiques seront donc importantes pour réduire la stigmatisation et assurer que davantage de personnes recherchent des dépistages et traitements.

En ce qui concerne les défis de la mise en œuvre, notre analyse adopte une approche généralisée et n'a pas examiné les goulets d'étranglement spécifiques au contexte et la façon de les surmonter (comme la stigmatisation et les croyances culturelles). En réalité, un certain nombre de facteurs affecteront les résultats du programme, tels que :

- Les personnes qui choisissent de lancer un traitement pourraient réduire l'utilisation d'autres stratégies de prévention du VIH en raison de la communication autour du TatP afin de réduire efficacement les taux de transmission. Il est donc important d'élaborer des stratégies de communication pour annoncer que le TatP n'est pas 100% efficace pour prévenir de la transmission du VIH et il y aura toujours un besoin pour d'autres interventions de prévention comme les médias de masse et la distribution de préservatifs.

Le développement d'une approche intersectorielle reste un défi ; y compris l'accompagnement aux interventions non médicales (nutrition, accompagnement psychosocial, socio-économique, etc.).

En outre, le secteur de la santé doit être renforcé. Pour certains services TatP (par exemple, la PTME), le principal défi pour la mise en œuvre et pour une viabilité à long terme serait l'intégration des services relatifs au VIH dans les services de santé en général.

Enfin, le financement durable et réduction de la dépendance à l'égard du financement externe sont des défis majeurs pour lesquels il n'existe actuellement aucune solution facile. Il convient également de reconnaître qu'un engagement pour le TatP peut poser des défis pour le financement futur des activités de prévention, à moins qu'une certaine part du budget soit affectée spécifiquement à la prévention. Si ce n'est pas le cas, la nécessité de maintenir les dépenses afin de garder les soins et le traitement pour les gens peut réduire les fonds disponibles pour la prévention au fil du temps.

3.5 Qualité des indications

Limites générales

Notre modèle suppose un saut instantané à 80% ou 95% de couverture pour la 2ème année, ce qui n'est évidemment pas censé être réaliste. L'approche fournit néanmoins une estimation indicative des avantages et coûts de la mise en œuvre d'interventions pour lutter contre le VIH/sida, qui peuvent être comparées à celles d'autres options d'investissement.

Qualité de mesure des avantages

L'estimation des avantages pour la santé utilise les modèles Spectrum (AIM, GOALS) qui sont examinés par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections et est utilisé par l'ONUSIDA au niveau mondial et national pour prévoir des changements dans l'épidémie de VIH /sida. Les tendances historiques et données de référence pour l'épidémie en Haïti ont été examinées conjointement avec une équipe nationale dans le cadre du processus des estimations de

l'ONUSIDA. Les entrées du modèle de simulation GOALS ont été examinées de manière similaire avec une équipe nationale. Les estimations d'efficacité utilisées dans le modèle sont examinées par le groupe de révision de la modélisation économique de l'ONUSIDA. Nous avons donc une grande confiance dans la projection des résultats sur la santé.

Dans le même temps, nous reconnaissons que la simulation des tendances épidémiologiques du VIH/sida avec un modèle dynamique ne sera jamais précise pour toutes les années. Dans ce cas, les estimations du modèle de simulation pour l'année en cours (2017) sont légèrement inférieures aux estimations basées sur la surveillance (1,35% contre 1,22%). Nous remarquons que nos nombres absolus d'impact (nouvelles infections évitées, QALY gagnés, etc.) peuvent être légèrement sous-estimés en raison de cette divergence.

L'évaluation des résultats sur la santé (QALY) en tant que HLY suit une approche transparente standard basée sur les poids du QALY.

L'évaluation ultérieure des HLY en termes économiques suit la recommandation standard du Consensus de Copenhague pour valoriser chaque HLY (ou DALY) qui est 3 fois celui du PIB par habitant. Comme le montre la section 2.2.2, on suppose que les valeurs intrinsèques et instrumentales de la santé sont également prises en compte.

Alors que nous n'incorporons pas explicitement les gains de productivité, d'autres études montrent que les personnes vivant avec le VIH peuvent perdre jusqu'à 5 jours de travail productif par mois pour cause de maladie. Les extensions futures du travail présenté ici pourraient envisager la modélisation de ces gains de productivité.

Qualité de mesure des coûts

Notre modèle utilise les coûts standards du WHO-CHOICE, en raison de la transparence de ceux-ci en termes de séparation des quantités des hypothèses de prix. Nous avons examiné les études disponibles menées en Haïti pour contextualiser les hypothèses. C'est pourquoi la plupart des hypothèses standard ont été conservées. Les hypothèses relatives aux quantités d'utilisation des ressources sont déclarées de manière transparente, et les quantités sont déclarées séparément des coûts (par exemple, nombre de consultations externes par intervention, nombre de personnes atteintes par intervention). Ces rapports sont conformes aux principes d'évaluation économique de haute qualité.

Notre attention à portée sur les coûts des fournisseurs qui limite la portée des coûts inclus, mais cette approche est conforme à de nombreuses analyses de terrain. Nous reconnaissons qu'il existe une incertitude considérable entourant nos estimations, y compris celles liées à la taille de l'épidémie, la couverture actuelle et les besoins en ressources pour fournir des services de qualité pour lutter contre le VIH/sida dans le contexte haïtien.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons noté que la qualité des estimations était élevée.

4. Conclusion

Ce document évalue les ressources nécessaires pour étendre la prestation de services afin de lutter contre le VIH/sida et bénéficier des avantages sociaux et économiques associés. Notre analyse indique que fournir l'accès aux soins et au traitement aux patients infectés par le VIH montrent un ratio avantages-coûts d'environ 3.

Haïti a adopté une politique et une vision de "zéro HIV :" zéro nouvelles infections par le VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida. La stratégie nationale a réussi à réduire considérablement la prévalence du VIH et taux de nouvelles infections ces dernières années. Cependant, en poursuivant et maintenant la couverture actuelle, et l'augmenter plus tard, constituera un défi dans un contexte où les dépenses actuelles en matière de VIH/sida dépassent le budget national de la santé du gouvernement.

La question de la stigmatisation demeure au cœur du débat sur le VIH en Haïti. Les interventions ciblant les groupes marginalisés à haut risque peuvent faire face à une résistance au cours des négociations budgétaires nationales. Il est donc probable que l'aide financière externe devra continuer à fournir des services de lutte contre le VIH/sida en Haïti à moyen et à long terme pour assurer un financement durable car les personnes vivent plus longtemps avec le traitement antirétroviral et nécessiteront un traitement pendant une période plus longue ; ainsi que d'un point de vue éthique et morale.

5. Références

Avenir Health, Spectrum – General Cost Effectiveness Analysis (GCEA) – Beta version (public version forthcoming later in 2017).

Alarid-Escudero, F., Sosa-Rubí, S. G., Fernández, B., & Galárraga, O. (2013). Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica. *Salud Publica de Mexico*, 55(0 1), S23–S30.

François C. and Blake E (2016). Evaluation des résultats de la Composante Soins et Traitement du Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH/sida 2012-2015 avec extension jusqu'à 2018. MSPP/PNLS/CARPHA – Port-au-Prince, Haïti.

IHME (2016) Haiti country profile (<http://www.healthdata.org/haiti>)

MSPP de la République d'Haïti (2012). Politique nationale de santé. MSPP, Port-au-Prince.

MSPP/PNLS Haiti (2016). Global AIDS Response Progress Report 2016. CT du PNLS, Port-au-Prince, Haiti.

République d'Haïti-PNUD (2014). Rapport OMD 2013 – Haïti un nouveau regard. Résumé exécutif. Port-au-Prince.

MSPP/OPS-OMS (2016). Calcul des coûts du plan pluriannuel complete en faveur de la vaccination 2016-2020. Port-au-Prince, Haïti. Fichier Excel.

MSPP de la République d'Haïti (2013). Costing du Plan Stratégique Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016. Costs extracted for IEC, Training, Supervision and M&E

Management Sciences for Health, (2012).Analyse de Coûts du Paquet Minimum des Services de santé (PMS) d'Haïti 2011 (USAID) Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti / Pwojè Djanm: Analyse de Coûts du Paquet Minimum (PMS) à Haïti, 2011 Cambridge MA: Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti—Pwojè Djanm;

Koné G (2011). Analyse des coûts et financement des soins de santé primaire dans la zone goavienne en Haïti. Médecins du Monde (MDM), Port-au-Prince.

MSPP/PNLS (2016). Rapport REDES 2014/2015 – Estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/SIDA. MSPP/PNLS, Port-au-Prince.

MSPP/PNLS Haiti (2017). Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le VIH 2018-2023. Port-au-Prince, Haiti. A paraître.

MSPP/OPS-OMS (2016). Calcul des coûts du plan pluriannuel complete en faveur de la vaccination 2016-2020. Port-au-Prince, Haïti. Fichier Excel.

MSPP/PNLS (2016). Bulletin de surveillance épidémiologique VIH/SIDA n°13. Port-au-Prince, Haïti – Décembre 2016. p.64

Sarley D, Allain L, Akkihal A. Estimating the global in-country supply chain costs of meeting the MDGs by 2015. Arlington, Va, USAID/DELIVER Project, 2009. Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP080.pdf. See Table 5.

Schwartlander B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. (2011) Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS Lancet 377(9782):2031-2041. doi:10.1016/S0140-6736(11)60702-2.

Stover et al (2017) Updates to the Spectrum/Estimations and Projections Package model for estimating trends and current values for key HIV indicators. AIDS 2017, 31 (Suppl 1):S5–S11.

Stover J, Andreev K, Slaymaker E, Gopalappa C, Sabin K, Velasquez C et al. Updates to the Spectrum model to estimate key HIV indicators for adults and children AIDS 2014. 28 (Suppl 4):S427-S434.

Stover J, Brown T, Marston M. Updates to the Spectrum/Estimation and Projection Package (EPP) model to estimate HIV trends for adults and children (2012) Sex Trans Infect 2012;88:ii11-ii16. doi:10.1136/sextrans-2012-050640

Stover J, Johnson P, Hallett T, Marston M, Becquet R, Timaeus IM. The Spectrum projection package: improvements in estimating incidence by age and sex, mother-to-child transmission, HIV progression in children and double orphans Sex Trans Infect 2010 ;86(Suppl 2):ii16-ii21. Doi:10.1136/sti.2010.044222

Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghyssels PD What is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach (2016) PLoS ONE 11(5):e0154893: doi:10.1371/journal.pone.0154893

Stover J, Hallett TB, Wu Z, Warren M, Gopalappa C, Pretorius, et al. How Can We Get Close to Zero? The Potential Contribution of Biomedical Prevention and the Investment Framework towards an Effective Response to HIV PLoS One 9(11):e111956. doi:10.1371/journal.pone.0111956.

UNAIDS (2016) Global AIDS Response Progress Report 2016. CT du PNLS, Port-au-Prince. p.58

Unité de santé internationale / Université de Montréal (2011). Coûts de la prise en charge de la santé maternelle, périnatale et reproductive en Haïti. USI/CRCHUM Université de Montréal, Port-au-Prince/Montréal.

WHO (2015) Health Statistics 2015.

Annexe 1

Cette annexe fournit un exemple d'hypothèses détaillées des coûts pour les produits de base du PTME.

Tableau A1. Hypothèses de produits de base pour les PTME

Médicament/Matériel	Pourcentage ayant reçu cet aspect du traitement	Remarque	Quantité	Temps par jour	Jours par cas	Quantité par cas	Coût unitaire (USD)	Coût par cas moyen (USD)
Dépistage								
Tube prélèvement sanguin, 5 ml	100	Pour prélever échantillon de sang	1	1	1	1	0,24	0,24
Gants d'examen en latex jetable	100		1	1	1	1	0,06	0,06
Kit de dépistage rapide HIV	100		1	1	1	1	1,2	1,2
Seringue, aiguille + tampon	100	Pour prélever échantillon de sang	1	1	1	1	0,05	0,05
Enfant – Dose unique de nevirapine								
Nevirapine, solution orale, 10 mg/ml	24	2mg/kg immédiatement après la naissance	0,6	1	1	0,6	0,01	0,00144
Nevirapine, solution orale, 10 mg/ml	24	1 dose - 2 mg/kg – pour un bébé de 3.5 k	0,6	1	1	0,6	0,01	0,00144
Mère – Dose unique de nevirapine								
Nevirapine, cachet, 200 mg	24	200 mg au début des contractions	1	1	1	1	0,05	0,012
Mère - Double thérapie								
Zidovudine (AZT), gélule, 300 mg	24	600 mg par jour, commencer la 28ème semaine	1	2	84	168	0,11	4,4352
Mère - Option A – Allaitement								
Zidovudine (AZT), capsule, 300 mg	20	2 fois par jour – commencer la 14ème semaine et arrêter à l'accouchement	1	2	182	364	0,11	8,008
Mère - Option A - Non-allaitement								
Zidovudine (AZT), capsule, 300 mg	20	2 fois par jour – commencer la 14ème semaine et arrêter à l'accouchement	1	2	182	364	0,11	8,008
Total des coûts								22,01608

Annexe 2

Cette annexe décrit l'approche adoptée pour valider le coût de WHO-CHOICE des estimations pour une visite de consultation externe contre les données locales des études existantes menées en Haïti sur les coûts de prestation des services. Ceux-ci incluaient :

- Analyse de Coûts du Paquet Minimum des Services de santé (PMS) d'Haïti 2011 (USAID) Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti / Pwojè Djanm: Analyse de Coûts du Paquet Minimum (PMS) à Haïti, 2011 Cambridge MA: Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti—Pwojè Djanm; Management Sciences for Health, 2012.

- Koné Georges (2011). Analyse des coûts et financement des soins de santé primaire dans la zone goavienne en Haïti. Médecins du Monde (MDM), Port-au-Prince.
- Unité de santé internationale / Université de Montréal (2011). Coûts de la prise en charge de la santé maternelle, périnatale et reproductive en Haïti. USI/CRCHUM Université de Montréal, Port-au-Prince/Montréal.
- MSPP/PNLS (2016). Rapport REDES 2014/2015 – Estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/SIDA. MSPP/PNLS, Port-au-Prince.

À titre d'exemple, le tableau ci-dessous présente les données extraites de l'étude USAID (2011) pour les interventions sélectionnées.

Tableau A2. Etude USAID (2011), coût standard moyen, scenario couverture 100% *(Haïtien Gourde (HTG) et USD)

	Consultation Prénatale, HTG	USD 2011	Vaccination < 5 ans BCG, HTG	USD 2011	Correspond au niveau de prestation du GCEA	Coût par défaut 2010 dans Spectrum-GCEA (secteur public)
Dispensaires ONG	77	1.90	13	0.32	Communauté	1.26
Zones Ciblées	102	2.52	14	0.35	Aide sociale	1.26
CSL ONG (Etablissement sans lit)	79	1.95	9	0.22	Centre de santé	1.56
CSL ZC	120	2.96	11	0.27	Centre de santé	1.56
CAL ONG (Etablissement avec lits)	90	2.22	10	0.25	Centre de santé	1.56
CAL Zones Ciblées	77	1.90	11	0.27	Centre de santé	1.56
Moyenne (niveau aide sociale et communauté)	89.5	2.21	13.5	0.33		
Moyenne (niveau Centre de santé)	91.5	2.26	10.25	0.25		
Moyenne (interventions combinées) - communauté et aide sociales	51.5	1.3				
Moyenne (interventions combinée) - Centre de santé	50.9	1.3				

*Prise uniquement du coût du "Personnel technique" et "Coûts fixes par Service"

La comparaison illustre un certain nombre de points :

- Les études basées sur les installations montrent une grande variation des coûts pour différents types de services
- Les études basées sur les installations montrent une grande variation des coûts entre les différents niveaux de prestation
- Sur la base d'une comparaison rapide, les estimations WHO-CHOICE se situent dans la même fourchette que les estimations locales.

Ce qui précède a également illustré la sensibilité des hypothèses de coût à laquelle les services sont inclus dans un plan pondéré moyen. Faire de telles pondérations dépasse le cadre de ce projet. La comparaison suggère que les estimations du WHO-CHOICE pour les coûts de prestation de services puissent être utilisées pour informer l'analyse.

Annexe 3.

Estimations des couts du programme

Les coûts du programme sont ajustés pour refléter le nombre d'interventions du programme TatP, qui inclut les six interventions suivantes :

- Conseil et dépistage volontaire
- PTME
- TAR pour les adultes en première intention
- TAR pour les adultes en deuxième intention
- TAR pédiatrique
- Co-trimoxazole pour les enfants

L'hypothèse standard de WHO-CHOICE, qui est un programme fonctionnant à pleine capacité et avec les ressources indiquées dans le tableau ci-dessous, peut prendre en charge la mise en œuvre des 10 interventions à un taux de couverture de 100 %. Si il est réalisé avec moins de 10 interventions, ou à un taux de couverture inférieur, certains coûts tels que ceux liés aux ressources humaines et aux véhicules sont réduits. Un autre exemple est les coûts de formation et de surveillance où atteindre les cibles de couverture inférieure nécessitent moins d'agents de santé formés et moins d'efforts de surveillance.

Pour l'analyse de scénario nul, chaque programme est comparée à un contrefactuel « nul » donc le coût du programme complet estimé pour ce programme particulier est appliqué dans l'analyse.

Categorie	Couts annuels estimés, en milliers (USD 2014)	Les couts sont ajustés pour le nombre d'interventions	Les couts sont ajustés pour la couverture cible
Programme- Ressources humaines specifique	1 455	Oui	Non
Formation	489	Non	Oui
Surveillance	2 035	Non	Oui
Monitoring et évaluation	877	Non	Non
Transport	346	Oui	Oui
Communication, media et sensibilisation	25	Non	Oui
Programme général de gestion	140	Non	Non
SUM	5 367		

Pour l'analyse de scénario nul, chaque programme est comparée à un contrefactuel « nul » donc le coût du programme complet estimé pour le programme TatP particulier est appliqué dans l'analyse.

Pour l'analyse de scénario incrémental, le coût du programme est relatif à la couverture actuelle. Par conséquent, uniquement les composants qui sont mis à l'échelle avec la couverture sont inclus dans les couts du programme TatP.

Ci-dessous, nous présentons un exemple d'intensification des couts du programme pour l'analyse du scénario incrémental à 95 % de couverture. La couverture moyenne de départ dans l'ensemble des interventions inclus dans le programme est de 52,8 %.

Catégorie	Coût annuel estimé, en milliers (USD 2014)	Règles qui s'appliquent	Valeur résultant pour le coût incrémental d'une augmentation de couverture de 52,8% à 95%
Ressources Humaines Spécifiques au Programme	1,455	<ul style="list-style-type: none"> Le coût dépend de la portée du plan Coût identique à tous les niveaux de couverture 	0
Formation	489	<ul style="list-style-type: none"> Coût identique indépendamment de la portée du plan Le coût diffère selon le niveau de couverture 	205
Supervision	2,035	<ul style="list-style-type: none"> Coût identique indépendamment de la portée du plan Le coût diffère selon le niveau de couverture 	489
Contrôle et Evaluation	877	<ul style="list-style-type: none"> Coût identique, quelle que soit la portée du plan, et pour tous les niveaux de couverture 	0
Transport	357*		127
Communication, Media & Aide Sociale	25		11
Administration Générale du Programme	140		0
Total	5 378		832

Annexe 4.

Les ratios avantages-coûts pour les scénarios d'augmentation ou nul de la couverture.

Niveau cible de la couverture	RAC relatif à l'expansion de la couverture au-delà de la couverture actuelle, présentés pour les trois taux d'actualisation (3, 5, 12%)			RAC relatif au scénario nul, présentés pour les trois taux d'actualisation (3, 5, 12%)		
	3%	5%	12%	3%	5%	12%
80%	3,18	3,04	2,60	7,07	6,71	5,65
95%	3,28	3,12	2,64	7,25	6,88	5,79

Haïti fait face à des défis de développement économique et social parmi les plus importants au monde. Malgré un afflux d'aide à la suite du tremblement de terre de 2010, la croissance et le progrès continuent d'être minimums, au mieux. Avec autant d'acteurs et un large éventail de défis allant de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable à la santé, l'éducation, la dégradation de l'environnement et les infrastructures, quelles devraient être les premières priorités pour les décideurs, les donateurs internationaux, les ONG et les entreprises ? Avec un temps et des ressources limités, il est crucial que l'attention soit régie par ce qui fera le plus grand bien pour chaque gourde dépensée. Le projet Haïti Priorise travaillera avec les parties prenantes partout dans le pays pour trouver, analyser, classer et diffuser les meilleures solutions pour le pays. Nous impliquons les Haïtiens de toutes les parties de la société, par le biais des lecteurs de journaux, ainsi que des ONG, des décideurs, des experts de secteurs et des entreprises afin de proposer les meilleures solutions. Nous avons nommé quelques-uns des meilleurs économistes d'Haïti et du monde pour calculer les coûts et les avantages de ces propositions au niveau social, environnemental et économique. Cette recherche aidera à établir des priorités pour le pays grâce à une conversation à l'échelle nationale sur ce que sont les solutions intelligentes - et moins intelligentes - pour l'avenir d'Haïti.



Haïti Priorise

Un plan de **développement** alternatif

Pour plus d'informations visitez www.HaitiPriorise.com

C O P E N H A G E N C O N S E N S U S C E N T E R

Copenhagen Consensus Center est un groupe de réflexion qui étudie et publie les meilleures politiques et opportunités d'investissement basées sur le bien de la société (mesurées en dollars, mais en intégrant également par exemple : la protection de l'environnement, la santé et le bien-être) pour chaque dollar dépensé. Copenhagen Consensus a été conçu pour répondre à un sujet fondamental, mais négligé dans le développement international : dans un monde qui a une courte durée d'attention et des budgets limitées, nous devons trouver des moyens efficaces pour faire le plus de bien au plus grand nombre. Copenhagen Consensus fonctionne avec plus de 300 des plus grands économistes au monde, y compris 7 lauréats du prix Nobel pour donner la priorité aux solutions des plus grands problèmes mondiaux, sur la base de l'analyse de données et du rapport coût-avantage.