



DOCUMENT DE BRIEFING DE MSF

QUAND L'ÉCART SE CREUSE

LES PANDÉMIES NÉGLIGÉES:
LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE
ET LE PALUDISME





© Isabel Corthier/MSF

CONTEXTE

En 2019, MSF a publié un rapport, qui illustrait les risques et les lacunes en matière de prise en charge du VIH et de tuberculose (TB) dont nos équipes étaient témoin dans plusieurs pays, en faisant également le point sur les ressources financières disponibles pour ces maladies à travers le monde.¹ Les résultats ont non seulement mis en évidence des besoins non couverts en matière de diagnostic, de prévention et de soins, mais ils ont également souligné l'impact de la diminution du support financier international, ce qui a pour conséquence de faire davantage peser la charge de la lutte contre le VIH et la tuberculose sur les épaules des pays qui peinent à mobiliser des ressources suffisantes.

Trois ans plus tard, alors que les pays du monde entier se réuniront en septembre 2022 à New York pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial (FM) de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, l'un des principaux programmes de financement de la lutte contre ces trois maladies mortelles depuis deux décennies, **la situation ne s'est pas améliorée**. Pire encore, dans le contexte de la pandémie de Covid-19 combinée à un accroissement des crises sociales et économiques, la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme **a perdu du terrain et recule**.

Le FM a indiqué qu'en 2020, pour la première fois en dix ans, on a assisté à un recul des progrès réalisés contre ces trois maladies. Les cibles pour maintenir le monde sur la voie de la réalisation des Objectifs mondiaux de 2030² ont été manquées.

Les personnes touchées par la tuberculose ont été particulièrement touchées, avec une augmentation de la mortalité et de la morbidité et un net recul des progrès réalisés précédemment. Les décès dus à la tuberculose sont passés de 1,2 million de morts en 2019 à 1,3 million de décès en 2020, soit un retour aux niveaux de 2017, alors qu'il s'agit d'une maladie évitable et curable. On estime que 10 millions de personnes sont tombées malades dans le monde en 2020, dont 1,1 million d'enfants.³

¹ Voir MSF, *Burden sharing or burden shifting? How the HIV/TB response is being derailed*, 2019. [Disponible en ligne via] Burden sharing or burden shifting | MSF

² Les Objectifs mondiaux sont un ensemble de 17 engagements pris par 193 dirigeants du monde entier pour mettre fin à l'extrême pauvreté, aux inégalités et au changement climatique d'ici à 2030, notamment l'objectif 3 relatif à la santé et au bien-être. Pour plus d'informations, voir: <https://www.globalgoals.org/>

³ OMS, *Rapport sur la tuberculose dans le monde*, 2021, [Disponible en ligne sur]: Rapport sur la tuberculose dans le monde 2021 (who.int)



© Alexandra Sadkova/MSF

Le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose a diminué de plus d'un million d'individus. La tuberculose multirésistante (TB-MR) reste une crise de santé publique. Seule une personne sur trois environ atteinte de tuberculose résistante aux médicaments (ou pharmacorésistante) a accédé à un traitement en 2020. Dans les régions soutenues par le Fonds mondial, le nombre de personnes traitées pour la forme résistante de la maladie a chuté de 19%, tandis que le traitement des personnes atteintes de tuberculose ultrarésistante a baissé de 37%. Le nombre de patients tuberculeux séropositifs suivant à la fois une thérapie antirétrovirale et un traitement antituberculeux a quant à lui chuté de 16%.⁵

Bien que le nombre estimé de décès dus au VIH ait continué de baisser légèrement, le monde a manqué tous les Objectifs mondiaux en matière de VIH en 2020.

A ce titre, ONUSIDA a même intitulé son dernier état des lieux général sur le sida de 2022: "En Danger!"

Les services de prévention ont été les plus durement touchés: Le dépistage du VIH a chuté de 22%, les services de prévention de 11% et la circoncision médicale de 27%.⁶ L'ONUSIDA a indiqué qu'en 2021, sur un total estimé de 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 9,56 millions (10 millions en 2020) n'étaient toujours pas sous traitement antirétroviral (TAR), avec 1,5 million de nouvelles infections en 2021 (comme en 2020) et environ 650.000 décès dus à des maladies liées au sida (réduction limitée par rapport aux 680.000 décès en 2020).^{7, 8}

Les progrès en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH ont ralenti depuis 2016, avec 9 infections pédiatriques au VIH sur 10 ayant lieu en Afrique subsaharienne en 2020.⁹ Près d'un tiers des personnes cherchant à se faire soigner pour une infection à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont à un stade avancé de la maladie¹⁰, soit parce qu'elles ont accédé trop tard au dépistage et au traitement antirétroviral (TAR), soit parce que le traitement a été interrompu ou a échoué.¹¹

Certains contextes et groupes de population négligés ont connu une augmentation de l'incidence du VIH et de la mortalité, comme c'est le cas dans la région d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où, entre 2010 et 2020, les nouvelles infections ont augmenté de 43% et les décès liés au sida de 32%. Dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, les nouvelles infections ont augmenté de 7% au cours de la même période.¹² L'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), une région qui a longtemps été laissée pour compte dans la lutte contre le VIH et la tuberculose par rapport à d'autres parties du continent¹³, a vu les infections au VIH diminuer de 37%, mais ce chiffre est encore loin de l'objectif de 75% convenu par l'Assemblée des Nations unies en 2016. À l'échelle mondiale, en 2020, un tiers de toutes les nouvelles infections chez les enfants provenaient d'AOC, et seuls 24% des enfants y vivant avec le VIH avaient une charge virale supprimée, tandis que 44% des femmes enceintes séropositives en AOC étaient encore sans traitement.¹⁴

⁴ OMS, *Tuberculose: Principaux faits*, octobre 2021. [Disponible en ligne à l'adresse] Tuberculose (who.int)

⁵ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Lutter pour ce qui compte, Argumentaire d'investissement*, Septième reconstitution des ressources, 2022. [Disponible en ligne via] publication_seventh-replenishment-investment-case_report_fr.pdf (theglobalfund.org)

⁶ *Ibid.*

⁷ ONUSIDA, *Données 2021*, [Disponible en ligne via] https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

⁸ ONUSIDA, *Fiche d'information – Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida*, juillet 2022. [Disponible en ligne sur] Fiche d'information – Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida | ONUSIDA (unaids.org)

⁹ UNICEF, *Élimination de la transmission mère-enfant*, juillet 2021. [Disponible en ligne sur] <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/emtct/>

¹⁰ L'OMS définit l'infection à VIH avancée comme étant les patients dont le nombre de cellules CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³, ou au stade clinique 3 ou 4, ou tous les enfants de moins de 5 ans au moment de la présentation dans les soins. Pour plus d'informations, voir les *Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral*, la juillet 2017 [Disponible en ligne via] WHO-HIV-2017.18-fre.pdf;sequence=1

¹¹ *Ibid.*

¹² ONUSIDA, *Données 2021. Op.Cit.*

¹³ Pour plus d'informations sur ce point, voir le rapport de MSF: *Le prix de l'oubli – Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH*, Avril 2016. [Disponible en ligne via] 2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf (msf.lu)

¹⁴ ONUSIDA, *Données 2021. Op.Cit.*

Par ailleurs, dans les zones touchées par de nouveaux conflits ou des conflits en cours, les personnes atteintes de tuberculose ou les PVVIH sont confrontées à des interruptions de traitement, en raison de l'impossibilité d'accéder à des soins de santé, de ruptures de stocks de médicaments ou de déplacements forcés de populations. En l'absence de mesures permettant de reprendre rapidement le traitement, le risque de mortalité et de détérioration de leur état de santé augmente considérablement.

L'incidence des cas de paludisme (c'est-à-dire le nombre de cas pour 1000 habitants à risque), qui avait été réduite de 81 en 2000 à 56 en 2019, a augmenté pour atteindre les niveaux de 2015, soit 59 en 2020. Cette augmentation est principalement liée à l'interruption des services en raison de la pandémie de Covid-19. Les tests de dépistage du paludisme ont diminué de 4%, et pourtant il est estimé que quelque 241 millions de personnes ont été infectées en 2020, contre 227 millions l'année précédente. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par la pandémie, avec 95% des cas. Les décès estimés liés au paludisme dans le monde ont augmenté de 12% par rapport à 2019, pour atteindre environ 627.000 morts, tandis qu'il est estimé qu'un enfant meurt chaque minute des suites de la transmission parasitaire par les moustiques.^{15, 16}

Cette sombre réalité s'inscrit dans un monde où les besoins humanitaires et sollicitations d'aide ont atteint des niveaux sans précédent. Le Débat consacré aux affaires humanitaires (Humanitarian Affairs Segment) du Conseil économique et social des Nations unies, qui s'est tenu en juin 2022, a estimé que 300 millions de personnes ont actuellement besoin d'une aide humanitaire, soit une augmentation de 42% par rapport à la période précédant le Covid-19. La demande collective de soutien humanitaire atteint 46 milliards de dollars américains.¹⁷ **Cette situation est préoccupante** car, alors que les besoins augmentent et que les engagements politiques et moraux à l'égard des personnes touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme restent encore à être tenus, **l'aide financière stagne.**

15 OMS, *Rapport sur le paludisme dans le monde: 2021*, <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>

16 Fonds mondial, *Rapport sur les résultats 2021*. Septembre 2021. [Disponible en ligne via] <https://www.theglobalfund.org/en/news/2021-09-08-global-fund-results-report-reveals-covid-19-devastating-impact-on-hiv-tb-and-malaria-programs/#:~:text=En%2020%2C%2011,5%20millions%20de%20grossesses,ont%20évité%20un%20mauvais%20résultat>.

17 The New Humanitarian, *Needs rise as aid funding flatlines, again*, 24 June 2022. [Disponible en ligne via] The New Humanitarian | Taliban quake response, Amhara massacre, and South Asia's monsoon-hit millions: The Cheat Sheet

Alors que l'aide humanitaire avait augmenté de 12% par an en moyenne entre 2012 et 2018, elle a maintenu un plateau à environ 31 milliards de dollars américains depuis 2019. Le soutien aux besoins humanitaires non liés au Covid-19 a chuté du côté des bailleurs de fonds clés, à l'image du Royaume-Uni qui a ainsi abandonné son engagement de consacrer à l'aide extérieure 0,7% de son revenu national brut¹⁸. Cela se répercute notamment sur les partenaires locaux, qui n'ont reçu que 1,2% de l'aide nécessaire (sans parler des fonds non-préalloués spécifiquement aux agences de l'ONU ayant chuté à 13%, le plus bas niveau depuis six ans).^{19, 20}

Exacerbée par la pandémie de Covid-19, la lassitude des bailleurs de fonds ainsi que la compétition entre des priorités aux niveaux national et international ont contribué à cette tendance. Mais comme le soulignent Stop TB Partnership, Roll Back Malaria, l'ONUSIDA et le FM, les coûts humains, sociaux et économiques des retards dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dépassent largement les investissements supplémentaires nécessaires. Stop TB Partnership a récemment calculé que si le statu quo est maintenu, la tuberculose continuera à tuer entre 4.000 et 5.000 personnes par jour, 43 millions de personnes supplémentaires développeront la maladie et le coût en vies humaines et en invalidité se traduira par une perte économique mondiale de 1.000 milliards de dollars sur huit ans (2023-2030).²¹

Si les investissements dans la lutte contre ces trois pandémies ne sont pas augmentés, cela signifie abandonner de facto les objectifs que le monde s'est fixés d'ici 2030 pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et ceux liés à la santé²². Sachant que les partenariats du Fonds mondial ont permis de réduire de plus de moitié le taux de mortalité combiné des trois maladies au cours des deux dernières décennies²³, **collectivement, nous ne pouvons pas permettre que cela se produise.**

18 BOND, *UK aid cut to 0.5%: billions diverted from world's most marginalised*, November 2020. [Disponible en ligne via] [UK aid cut to 0.5%: billions diverted from world's most marginalised | Bond](https://www.bond.org.uk/news/uk-aid-cut-to-0.5-percent-billions-diverted-from-worlds-most-marginalised)

19 Development Initiatives, *Global Humanitarian Assistance: Report 2021*. [Disponible en ligne via] [Global Humanitarian Assistance Report 2021 \(devinit.org\)](https://www.devinit.org/publications/global-humanitarian-assistance-report-2021)

20 The New Humanitarian, *Needs rise as aid funding flatlines, again*. *Op. Cit.*

21 Stop TB Partnership, *Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose entre 2023-2030*. [Disponible en ligne via] [Global Plan to End TB 2023-2030 | Stop TB Partnership](https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb-2023-2030)

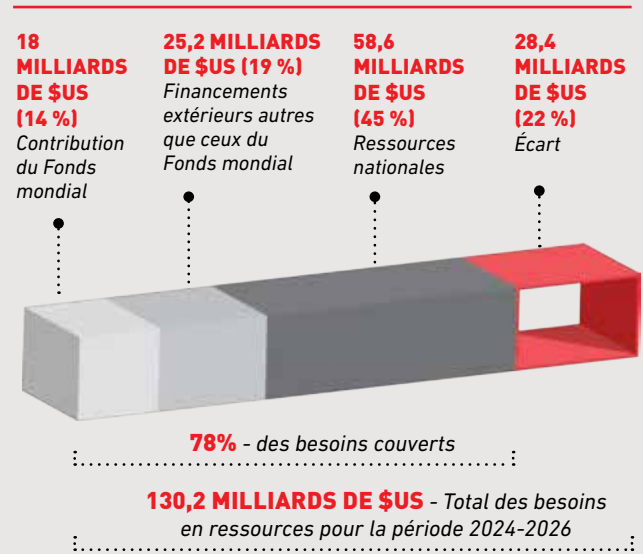
22 La cible 3.3 de l'Objectif de développement durable (ODD) 3 sur la Santé, approuvé par la communauté internationale, appelle à mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées, et à combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. [Disponible en ligne à l'adresse suivante: [Good health and well-being - The Global Goals](https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/)]

23 Le Fonds mondial, *Lutter pour ce qui compte*, 2022. *Op.Cit.*

Le montant total estimé des ressources nécessaires pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour la période 2024-2026 s'élève à 130,2 milliards de dollars dans les pays où le Fonds mondial investit.²⁴ Ce dernier cherche à réunir au moins 18 milliards de dollars américains en 2022, pour sa 7^e reconstitution des ressources qui couvrira la période de mise en œuvre 2024-2026 (voir figure 1). Cela équivaut à 14% des besoins globaux (soit une augmentation de 14 à 18 milliards de dollars) et maintient le ratio de contribution du Fonds mondial lors de la dernière reconstitution. La contribution des pays bénéficiaires (ou mobilisation des ressources intérieures -MRI) devrait atteindre 45% des besoins globaux (soit 58,6 milliards de dollars), 19% étant censés provenir provenant d'autres bailleurs internationaux (soit une baisse de 4% par rapport à 2019). Il était prévu que les contributions domestiques augmentent de 37% dans le cycle de mise en œuvre de 2018-2020, et de 33% dans le cycle actuel. Compte tenu des défis auxquels sont confrontés de nombreux pays, notamment la riposte au Covid-19 en cours et les diverses priorités sanitaires concurrentes, cette prévision est probablement trop optimiste, notamment au vu des tendances économiques mondiales actuelles.

La société civile estime que la demande actuelle du Fonds mondial est en-deçà des besoins réels de quelque 10 milliards de dollars américains. Cela se reflète dans le déficit global non financé de 28,5 milliards, soit 22% du total, qui a augmenté de 4% et se traduit par des besoins non couverts pourtant nécessaires pour atteindre les Objectifs mondiaux d'ici 2030 (voir Tableau 1). À l'heure actuelle, il y a peu d'indications sur la manière dont cet écart considérable sera comblé en 2024-2026.

Figure 1: Vue d'ensemble des besoins en ressources et prévisions des ressources disponibles pour le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays où le Fonds mondial investit.



(Source: Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Lutter pour ce qui compte*, Argumentaire d'investissement, Septième reconstitution des ressources, 2022. [publication_seventh-replenishment-investment-case_report_fr.pdf (theglobalfund.org)]

À huit ans de l'échéance de 2030, il semble évident que les 18 milliards de dollars demandés par le Fonds mondial constituent un engagement minimum de la part des gouvernements et des bailleurs de fonds. Des millions de patients dépendent de ces interventions préventives et curatives qui sauvent des vies, comme le montrent les exemples de pays utilisés tout au long de ce document. Il existe une petite fenêtre d'opportunité pour inverser les tendances actuelles à la baisse dont on est témoin en matière de lutte mondiale contre ces pandémies, qui malheureusement touchent de manière disproportionnée les personnes les plus vulnérables. **Le temps est à l'action pour couvrir leurs besoins et réduire les écarts avant qu'il ne soit trop tard.**

Tableau 1: Aperçu des dossiers d'investissement du Fonds mondial pour les 5^e, 6^e et 7^e reconstitutions des ressources.

	Besoins dans les pays où opère le Fonds mondial (milliards de \$US)	Demande minimale par le Fonds Mondial (milliards de \$US)	Demande minimale comme % des besoins totaux	Ecart non financé (milliards de \$US)	Ecart non financé (en % des besoins)
7 ^e reconstitution	130,2	18	13,85%	28,5	22%
6 ^e reconstitution	101	14	13,86%	18	18%
5 ^e reconstitution	97,5	13	13,3%	19,5	20,6%

Source: The Global Fund Advocates Network, Briefing sur le dossier d'investissement de la 7^e reconstitution des ressources, mars 2022).

²⁴ Ibid.

MANQUEMENTS OBSERVÉS AUJOURD'HUI DANS CERTAINES ZONES D'INTERVENTION DE MSF

Avant le Covid-19, les équipes et les partenaires de MSF observaient déjà des lacunes persistantes et croissantes dans les services essentiels de prévention, de diagnostic et de traitement. Il s'agissait notamment de ruptures de stocks et de pénuries de médicaments essentiels; d'un nombre insuffisant de travailleurs de la santé; de sous-financement des activités de prévention et dépistage, de promotion de la santé et de recherche active des cas; et enfin des manquements dans les programmes ciblant les personnes ayant des besoins spécifiques, comme les personnes atteintes du stade avancé de la maladie à VIH, les enfants, les consommateurs de drogues par injection, les migrants et autres populations clés.

Au cours des deux dernières années, avec la crise de Covid-19 aggravée par diverses crises et fragilités auxquelles sont confrontées les pays au niveau mondial, les progrès contre les trois maladies ont été perdus.

Les activités de dépistage du VIH et de la tuberculose ont pris du retard, les ruptures de stocks de médicaments et d'autres obstacles tels que les frais de soins imputés directement aux patients, la distance pour accéder aux établissements de santé ou encore la stigmatisation empêchent les patients d'accéder aux services de santé et d'adhérer à leur traitement. Le VIH avancé est un problème grave: environ 30 à 40% des PVVIH qui commencent un traitement antirétroviral (TAR) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont un nombre de cellules CD4 inférieur à 200 cellules/mm³, et 20% moins de 100 cellules/mm³. Dans certains contextes, la moitié des personnes cherchant à se faire soigner pour un VIH présentent une forme avancée de la maladie.²⁵ Les cas de tuberculose sont en augmentation, y compris les formes résistantes et multi-résistantes, qui constituent une menace majeure pour la santé publique. Parallèlement, le paludisme reste une cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, le nombre de décès dans le monde ayant augmenté à nouveau depuis la pandémie de Covid-19.

²⁵ OMS, *Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral*. Op.Cit.

Là où une accélération serait nécessaire afin de pallier ces pertes et prendre de l'avance sur ces pandémies, nous observons au contraire:

- Une érosion des acquis: absence de mise à l'échelle, stagnation et retour en arrière
- Une dé-prioritisation et un rationnement forcés
- Des soins sous les standards de qualité
- Une mise en œuvre insuffisante des innovations
- Un manque de préparation et de réaction aux crises
- Les patients qui se retrouvent à porter le fardeau des déficits de financement.

Dans ce document de briefing, MSF décrit certaines des lacunes en matière de services et leurs conséquences concrètes pour les patients, les prestataires de soins et les communautés confrontés à ces trois maladies.²⁶

Il est clair que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour combler ces lacunes existantes et éviter que les écarts ne continuent à se creuser.



© MSF/Anne Boher

²⁶ Les informations incluses dans ce document de briefing ont été fournies par les équipes et les partenaires de MSF dans plusieurs pays d'intervention entre avril et juillet 2022, complétées par une revue des données et informations disponibles au niveau national et international.

APRÈS DES ANNÉES DE GAINS CONSTANTS, LA TENDANCE S'EST INVERSÉE EN 2020-2021. CETTE BAISSSE FUT ÉGALEMENT OBSERVÉE PAR LES ÉQUIPES DE MSF.



Les programmes de MSF dans le pays ont subi:

- Une **baisse de 50%** des initiations au traitement antirétroviral (TAR).
- Une **réduction** de plus de moitié des efforts de conseils intensifs en matière d'**adhérence au TAR**.
- Une **baisse du volume des tests de la charge virale (CV)** du VIH en 2020.
- Une **diminution** des initiations au **traitement antituberculeux**.



Les huit structures de santé soutenues par MSF à Conakry ont vu:

- Un **taux d'initiation au TAR réduit** de 25% au deuxième trimestre (T2) de 2020.
- Une augmentation des **retards en matière de rendez-vous et augmentation des patients perdus de vue** (20,5% de PDV en 2020 contre 16,8% en 2019).
- Le **nombre de dépistages communautaires s'est effondré** (23 dépistages réalisés au T2 de 2020 contre 1.330 au T1).



Dans les cliniques de TAR de MSF dans l'état de Kachin et de Shan:

- Environ **10% des patients n'ont pas continué leur traitement ou sont décédés** entre février 2021 et mai 2022.
- Une **augmentation de 54,8% à 82%** fut recensée dans la proportion de patients présentant un **stade avancé de la maladie à VIH** parmi les nouveaux patients séropositifs diagnostiqués sur la même période.



Dans les établissements de santé soutenus par MSF

- Un **déficit en outils de diagnostic** au niveau des soins de santé primaires pour pouvoir dépister les patients à un stade avancé de la maladie à VIH, et ainsi éviter une mortalité inutile.
- Parmi ces derniers, **73%** souffraient de **tuberculose (TB)** et **22%** étaient atteints de **cryptococcose**.



Les lacunes en matière des soins VIH pédiatriques comprennent

- Un **manque de ressources humaines formées et de protocoles solides pour le suivi des enfants** exposés.
- L'**absence de la forme pédiatrique de l'antirétroviral DTG** (Dolutégravir), pourtant mieux toléré.

Les obstacles rencontrés dans les soins de prise en charge du VIH et de la TB:

- **Paiement par les patients des frais** de consultation initiale ou à l'admission.
- Des **examens paracliniques** tels que les radiographies qui ne sont pas **gratuits et difficile d'accès**.
- **Coûts de transport** dus à la distance des sites de dépistage et de traitement.



L'incidence rapportée de la **tuberculose dans le pays a augmenté de 2%**, et les **capacités de diagnostic de la TB via GeneXpert sont insuffisantes**.

- De **nombreux patients** arrivent dans les soins à un **stade avancé de la maladie à VIH**, mais la **numération des CD4 n'est pourtant pas une priorité** pour les bailleurs de fonds.
- Dans la province en conflit de Cabo Delgado, les services de soins de santé ont été fortement perturbés. En mars 2022, les résultats des tests de dépistages pédiatriques du VIH à l'hôpital de Mueda soutenu par MSF montraient plus de **30% de séropositivité chez les enfants** de moins de cinq ans. En outre, **beaucoup de femmes à la maternité n'avaient pas bénéficié de dépistage du VIH** pendant leur grossesse.
- La **continuité des services** ces dernières années a également été **perturbée par divers phénomènes météorologiques extrêmes** qui ont entraîné la **destruction de stocks de médicaments**, la **fermeture d'établissements de santé** et le **déplacement de populations**.



- **Plusieurs interventions clés** pour renforcer les progrès **contre le paludisme se sont retrouvées dé-prioritisées**.



- Dans l'hôpital soutenu par MSF à Malakal, un **tiers des décès** parmi les patients hospitalisés sont **dus au VIH et à la TB**. La problématique des patients à un stade avancé de la maladie à VIH dans le pays reste cependant en dehors des priorités de financement.

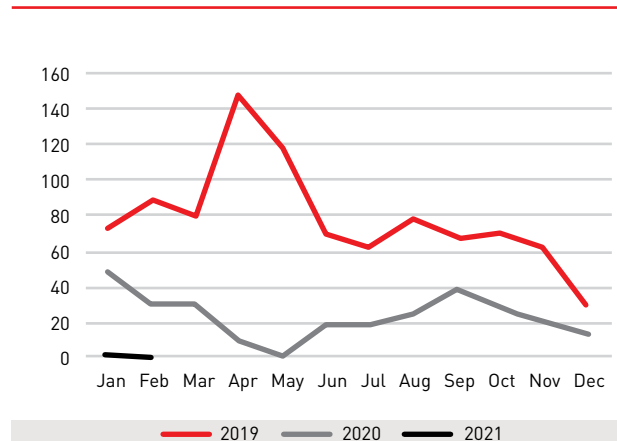
I. ÉROSION DES ACQUIS - ABSENCE DE PROGRÈS, STAGNATION ET RETOUR EN ARRIÈRE

Après des années de progrès constants, un important ralentissement a été constaté en 2020-2021, avec des indicateurs clés au point mort, voire en recul. Cela signifie que les taux de couverture de départ en matière de diagnostic et de traitement, ainsi que d'autres indicateurs en 2022, sont nettement plus bas que prévu, accroissant la tâche pour pallier cette érosion des gains.

En Ouganda, les données du Ministère de la Santé indiquent une baisse de 43,4% à 27,7% du pourcentage de patients qui se sont rendus dans les cliniques de dépistage de la tuberculose au début de la première vague de la pandémie de Covid-19.²⁷ Des analyses récentes concernant le VIH prévoient une diminution de la détection des nouvelles infections et de l'initiation au traitement, avec jusqu'à 20% de patients sous traitement perdus de vue (PDV) et des taux de mortalité revenant aux niveaux de 1990.²⁸

Une étude préliminaire réalisée par Epicentre sur l'impact du Covid-19 sur les programmes de MSF contre la TB et le VIH dans le pays²⁹ a montré une baisse de 50% des initiations au TAR. Les efforts soutenus de conseil en matière d'observance au traitement furent réduits de plus de moitié, et on observe une tendance à la baisse du volume de tests de mesure de la charge virale (CV) de l'ARN du VIH effectués en 2020. Une comparaison des données sur la tuberculose entre 2019 et 2020 montre une diminution des initiations des traitements au début de la pandémie de Covid-19 et qui a perduré tout au long de 2020 (voir la Figure 2).

Figure 2: Initiations mensuelles des traitements TB dans le projet MSF Arua en Ouganda stratifiées par année: 2019, 2020 et T1 2021



Source: Epicentre/MSF/OMS: Covid impact on HIV-TB services in Malawi and Uganda, October 2021.

En Guinée, la fréquentation des structures de santé par la population a chuté depuis le début de la crise de Covid-19, expliquée par les limitations des déplacements, la réduction des transports disponibles, combinées à la stigmatisation ou la peur de se rendre dans les structures de santé. Les données nationales montrent que les taux de dépistage du VIH dans les populations clés ont baissé entre 2019 et 2020, passant de 96,45% à 85,29% chez les professionnelles du sexe (PS) et de 86,70% à 83,70% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Alors que les données nationales sur la tuberculose démontrant des réductions liées au Covid-19 ne sont pas encore disponibles, une étude du Fonds mondial sur l'impact du Covid-19 a rapporté que la similitude entre les symptômes de la tuberculose et du Covid-19 a pu dissuader des patients de se faire soigner en raison du rejet social et de la peur du nouveau virus.³⁰

²⁷ Fred C Semitala et al, *Integration of COVID-19 and TB screening in Kampala, Uganda -Healthcare provider perspectives*. 7 juin 2022

²⁸ David Bell, Kristian Schultz Hansen, Agnes N. Kiragga, Andrew Kambugu, John Kissa, Anthony K. Mbonye, *Predicting the Impact of COVID-19 and the Potential Impact of the Public Health Response on Disease Burden in Uganda*. Septembre 2020. [Disponible en ligne via]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470592/>

²⁹ Epicentre/MSF/OMS, *Impact de COVID sur les services VIH-TB au Malawi et en Ouganda*, octobre 2021.

³⁰ Le Fonds mondial, *Impact du Covid-19 sur les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et les systèmes de santé: Aperçu de la situation dans 502 établissements de santé en Afrique et en Asie*, avril 2021. [Disponible en ligne via] [covid-19_2020-disruption-impact_report_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/publications/covid-19_2020-disruption-impact_report_fr.pdf) (theglobalfund.org)



Dans les huit structures de santé VIH soutenues par MSF dans la capitale Conakry, nos équipes ont constaté une baisse de la fréquentation au deuxième trimestre (T2) de 2020, au début de la pandémie. Nos données montrent des retards dans les rendez-vous (3.095 patients contactés au T2 de 2020 contre 2.321 au T1). Le dépistage communautaire s'est effondré au cours des mêmes trimestres (23 dépistages contre 1.330) et l'initiation au traitement a diminué de 25% au T2. Une aggravation significative des taux des perdus de vue a également été enregistrée en 2020 (20,5% en 2020 contre 16,8% en 2019).

La réparation des appareils défectueux de mesure des CD4 a toujours été un défi (pièces ou expertise introuvables localement) mais les difficultés se sont aggravées pendant la pandémie en raison des restrictions à l'importation et aux déplacements. En 2020, sur 2.485 initiations au TAR, un tiers des patients n'ont pas pu bénéficier d'une mesure de leurs CD4.

Alors que les engagements mondiaux visent à réduire l'incidence de la tuberculose dans tous les pays de 20% en 2020 par rapport à 2015, la **Guinée** a plutôt connu une augmentation de 1,3%, tout comme d'autres pays tels que le **Soudan du Sud** (+2%) ou le **Mozambique** (+2%). De même, les décès dus à la tuberculose, avec un objectif de réduction de 35% en 2020, ont vu des pays comme la **République centrafricaine (RCA)**, la **Guinée** et la **République démocratique du Congo (RDC)** ne pas atteindre cet objectif, avec des réductions respectives de 16%, 23% et 25%.³¹

³¹ OMS, *Résumé des données sur la tuberculose* (shinyapps. io)

En **RDC**, le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP), essentiels dans la lutte contre le VIH car ils permettent de tester les patients symptomatiques au niveau du prestataire de soins, ne sont pas couverts par la subvention du Fonds mondial en raison du manque de financement. En l'absence de soutien financier et compte tenu du fait que le conseil et le dépistage volontaires (CDV) ne sont pas non plus soutenus, le coût du dépistage du VIH est répercuté sur les patients par le biais d'un paiement de leur part ou n'est tout simplement pas disponible, ce qui constitue une charge financière pour le patient et un obstacle aux soins. L'absence de dépistage gratuit contribue à un diagnostic tardif et à l'augmentation du nombre de patients présentant un stade avancé de la maladie. La couverture du diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons nés de mères vivant avec le virus, qui permet l'instauration rapide d'un traitement, n'est également que de 9,1%.³²

Les lacunes dans le dépistage du VIH sont également courantes **en RCA**. Dans certains établissements de santé publique, les équipes MSF ont été témoins de personnel coupant les bandes de test rapide en trois pour faire durer les stocks limités, augmentant ainsi le risque de faux résultats. **C'est un signe très inquiétant.**



³² PNLs 2022, "Programme VIH/SIDA", Présentation faite à la Revue semestrielle de la subvention du Fonds mondial NMF3 pour 2021. Kinshasa, 2022.



© MSF

Au Myanmar, le contexte a considérablement changé à la suite de la prise du pouvoir par les militaires en février 2021. Les établissements de santé publique ont été soit fermés, soit occupés par les militaires, avec une prestation de services gravement perturbée et un personnel médical faisant grève en signe de protestation. Quelques mois plus tard, une autre vague de Covid-19 a poussé le système de santé à une quasi-paralysie, entraînant le dysfonctionnement des programmes médicaux, notamment le programme national de lutte contre le sida et la tuberculose. L'intensification des conflits armés dans différentes parties du pays a entraîné une augmentation des besoins humanitaires et médicaux, tandis que la violence et l'insécurité entravent la fourniture de soins et l'accès des patients aux services de santé. Selon l'Agence des Nations unies pour les réfugiés (HCR), en juillet 2022, 1.204.500 personnes étaient déplacées à l'intérieur du pays.³³ Quelque 314 attaques contre les services de santé ont été enregistrées par l'OMS jusqu'à la mi-2022³⁴, tandis que d'autres sources ont fait état de 492 attaques contre des travailleurs de la santé entre février 2021 et fin mars 2022, avec 564 travailleurs arrêtés, 126 hôpitaux perquisitionnés et 36 travailleurs de la santé tués.³⁵

³³ HCR, Aperçu des déplacements des personnes au Myanmar [Disponible en ligne via] <https://data.unhcr.org/en/documents/details/94319>

³⁴ Système de surveillance de l'OMS pour les attaques contre les soins de santé [Disponible en ligne via] https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on%20health%20care%20QandA&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who

³⁵ Insecurity Insight, *Violence or Obstruction of Health Care in Myanmar*, May 2022 update [Disponible en ligne via]. <https://www.burmalibrary.org/sites/burmalibrary.org/files/obl/2022-05-24-Violence-Against-Health-Care-in-Myanmar-en.pdf>

Mi-2022, les établissements de santé publique ne fonctionnaient toujours que partiellement, voire pas du tout, avec des effectifs réduits, ce qui compromet l'accès des patients aux services de prévention tels que le dépistage et l'initiation au traitement. Le nombre de structures de soins secondaires ou tertiaires est largement insuffisant, surtout dans le secteur public. Ce constat est fait quotidiennement par les équipes MSF qui doivent relever le défi de référer vers ces structures de santé les patients nécessitant un traitement spécialisé.

Entre février 2021 et mai 2022, dans les cliniques de TAR de MSF dans les états de Kachin et de Shan, en raison des barrières en matière d'accès aux soins, environ 10% des patients n'ont pas poursuivi leur traitement ou sont décédés, et le nombre total de personnes sous TAR a légèrement diminué (de 8.392 à 8.378), avec des patients PDV, décédés ou transférés dans une autre structure de santé (844) annulant les nouvelles initiations (830). Les équipes ont constaté une augmentation du nombre de nouveaux patients arrivés tardivement pour être soignés. Ces patients présentaient un très faible taux de CD4 et des infections opportunistes potentiellement mortelles telles que la tuberculose disséminée et la méningite cryptococcique. En mai 2022, 680 personnes sur 830 (soit 82 % des patients séropositifs nouvellement diagnostiqués contre 54,8% en 2020) présentaient un stade avancé de la maladie à VIH. Par ailleurs, plus de 39 patients atteints de TB pharmacorésistante furent nouvellement enregistrés dans les cliniques MSF au cours de la même période, alors que ce nombre était de 16 en 2020.

En plus de cette situation, MSF reste préoccupée par les difficultés accrues rencontrées par les patients qui ont besoin de tests de charge virale, de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson, de traitements antituberculeux et de traitement de maintien à la méthadone (TMM).



© MSF/Nargiz Koshobeikova

Le Soudan du Sud est un contexte difficile où des années de conflit ont ralenti le rythme des avancées en matière de santé, laissant des millions de personnes avec des besoins non couverts et un accès limité aux services de santé. Selon l'aperçu des besoins humanitaires 2022 de l'OCHA (le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations unies), les besoins ont augmenté avec une estimation de 8,9 millions de personnes nécessitant une aide humanitaire. Il y a plus de 4 millions de personnes déplacées: 2 millions à l'intérieur du pays et plus de 2,3 millions en tant que réfugiés. On estime qu'en 2022, le risque d'exposition à la violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG) augmentera de 25% par rapport à 2021, accroissant le risque d'exposition au VIH et à d'autres conséquences sanitaires.³⁶ Compte tenu de l'accès très insuffisant à des services de santé de qualité, les victimes de VSBG - et les autres personnes exposées au VIH - se heurtent à des obstacles importants pour accéder à la prophylaxie post-exposition (PPE), au dépistage et au traitement du VIH.

Le Soudan du Sud est en fait l'un des pays les plus en retard dans la lutte contre le VIH/sida. L'investissement insuffisant dans la prévention primaire contre le virus par le passé a été aggravé par d'importantes lacunes techniques et opérationnelles.³⁷ Environ 29% des personnes connaissent leur statut VIH, dont 23% sont sous TAR. La couverture en matière de traitement est encore plus faible chez les enfants, à environ 14%.³⁸ Malgré cette situation, les objectifs de couverture TAR pour 2021-2023 sont plafonnés (à 48.720 patients)³⁹, alors qu'une accélération du rythme de la mise à l'échelle soit absolument nécessaire.

Dans le service de néonatalogie et de pédiatrie de MSF dans la ville de Malakal, nos équipes voient des nouveaux et des enfants vivant avec le VIH dont les mères n'ont pas bénéficié de dépistage du virus en raison de l'indisponibilité des tests et d'autres problèmes structurels. Pour des raisons similaires, certaines banques de sang ne procèdent pas au dépistage des infections potentielles dans les produits sanguins avant leur transfusion.

Pour les patients déjà sous TAR dans le pays (42.247⁴⁰), la sécurité alimentaire a un impact critique sur l'adhérence au traitement.⁴¹ Dans un environnement déjà confronté à de graves problèmes de rétention en raison de chocs constants (inondations, déplacements, violence, etc.), le dernier rapport sur la sécurité alimentaire (Integrated food security Phase Classification ou IPC) dresse un tableau inquiétant pour le pays. L'IPC prévoit que pour la période de soudure d'avril à juillet 2022, environ 7,74 millions de personnes (62,7% de la population) seront confrontées à une insécurité alimentaire aiguë élevée, la situation de 87.000 personnes devenant plus que probablement catastrophique.⁴² Malgré l'augmentation de ces indicateurs d'insécurité alimentaire, les rations alimentaires ont été considérablement réduites.⁴³

³⁶ OCHA, *Humanitarian needs Overview 2022 South Sudan*, février 2022. [Disponible en ligne via] South Sudan Humanitarian Needs Overview 2022 (February 2022) - South Sudan | ReliefWeb

³⁷ Formulaire de demande de financement au FM pour le Soudan du Sud: Composantes de l'allocation VIH/TB pour la période 2020-2022. [Disponible en ligne via] <https://data.theglobalfund.org/location/SSD/documents>

³⁸ Données ONUSIDA 2021. [Disponible sur] https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

³⁹ Formulaire de demande de financement au FM pour le Soudan du Sud: Composantes de l'allocation VIH/TB pour la période 2020-2022. *Op.Cit.*

⁴⁰ Données ONUSIDA 2021. *Op.Cit.*

⁴¹ Young S. et al, *A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS*, AIDS Behav Oct. 2014, [Disponible en ligne depuis] A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS - PMC (nih. gov).

⁴² IPC, *IPC food security and nutrition snapshot*, 9 avril 2022 [Disponible en ligne]. https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_Sud_Sudan_Acute_Food_Insecurity_Malnutrition_2022_Snapshot.pdf

⁴³ The Guardian, *Millions at risk in South Sudan as Ukraine war forces slashing of aid*, 14 juin 2022 [Disponible en ligne] <https://www.theguardian.com/global-development/2022/jun/14/millions-at-risk-in-south-sudan-as-ukraine-war-forces-slashing-of-aid-world-food-programme>

Une tendance inquiétante similaire touche également les soins de santé, le Health Pooled Fund (HPF)⁴⁴ annonçant en 2022 des réductions drastiques de 30% de son budget, ce qui laissera environ 200 établissements de santé sans soutien.⁴⁵ Cela aura un impact négatif sur les résultats sanitaires, car l'accès à un diagnostic et à un traitement en temps utile pour différentes maladies devient plus limité, **notamment pour le paludisme**.

Le HPF, bien que finançant principalement des activités de soins de santé primaires, fournit une partie des tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme (+/- 8 millions de TDR sur les 28 millions nécessaires pour 3 ans) ainsi que les thérapies combinées à base d'artémisinine (TCA). Cette réduction du financement s'ajoute au déficit prévu de 4,3 millions de TCA pour 2023 qui n'a été couvert par aucune instance internationale. En outre, certains États du pays n'ont pas reçu depuis plus de trois ans de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILDA) par le biais de campagnes de distribution de masse, et avec la prochaine campagne prévue seulement pour la fin 2023 ou le début de 2024. Avec une couverture en MILDA par ménage déjà faible et des cas de paludisme qui ont augmenté de 10,5% en 2020 par rapport à 2015⁴⁶, les lacunes dans la réponse au paludisme suscitent de sérieuses inquiétudes.

Depuis 2021, le plan d'urgence du président américain **pour la lutte contre le sida** (PEPFAR) a cessé de financer tout intrant de lutte contre le VIH au Soudan du Sud et la nécessité de combler ce déficit est l'un des plus gros problèmes de la réponse programmatique actuelle. Par conséquent, la majorité du financement pour le VIH dans le cadre de la demande de financement du FM a dû être allouée aux intrants antirétroviraux (ARV), laissant très peu d'argent pour d'autres composantes telles que les services de prévention ou l'implication et l'engagement de la société civile, pour ne citer qu'eux.⁴⁷

⁴⁴ Le "Health Pooled Fund" (Fonds commun pour la santé), dirigé par le "Foreign, Commonwealth and Development Office" du Royaume-Uni (UK FCDO) et d'autres bailleurs de fonds internationaux, soutient 8 des 10 anciens États du Soudan du Sud.

⁴⁵ Eye Radio, *HPF scaling down, 8 major hospitals to be affected*, 8 April 2022 [Disponible en ligne à partir de] HPF scales down funding, 8 major hospitals to be affected - Eye Radio

⁴⁶ OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2021*, Op.Cit.

⁴⁷ Formulaire de demande de financement au FM pour le Soudan du Sud: Composantes de l'allocation VIH/TB pour la période 2020-2022. Op.Cit.



II. DÉ-PRIORITISATION ET RATIONNEMENT FORCÉS

Lorsque les fonds pour couvrir l'ensemble des besoins en matière de santé viennent à manquer, cela entraîne une dé-prioritisation qui prive les patients des soins dont ils ont tant besoin, se traduisant par des choix où les activités et les approches reconnues comme très efficaces dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sont abandonnées. Cela conduit souvent à l'exclusion de groupes de population spécifiques ou de certaines zones géographiques, ce qui limite et retarde des actions indispensables pour sauver des vies.



Des attentes trop optimistes en matière de mobilisation des ressources intérieures (MRI) et de cofinancement, ce qui crée des manques à combler supplémentaires

Le registre des demandes de qualité non financées (Unfunded Quality Demand ou UQD) du Fonds mondial est un excellent exemple de ce type de dé-prioritisation.⁴⁸ Il s'agit du système par lequel le FM garde la trace des activités de services de santé ou des intrants techniquement valables qui ont été proposés par le pays mais qui, faute de financement, n'ont pu être couverts par les subventions. La liste UQD indique les priorités à financer dès que des fonds supplémentaires sont disponibles, soit auprès du Fonds mondial (par exemple, les économies réalisées dans le cadre de la subvention actuelle), soit auprès d'autres bailleurs.

⁴⁸ Les pays sont encouragés à inclure dans leur demande de financement une demande d'allocation prioritaire (Prioritized Above Allocation Request - PAAR) avec des interventions prioritaires qui font partie du plan stratégique du pays, mais qui ne peuvent pas être financées. La demande est examinée par le comité d'examen technique afin que des interventions stratégiquement ciblées et techniquement solides puissent être ajoutées au registre des demandes de qualité non financées. Cela permet de disposer d'une liste d'interventions pré-approuvées que les pays peuvent intégrer dans les subventions lorsque des économies ou des gains d'efficacité sont constatés lors de l'octroi des subventions, ou si des fonds supplémentaires sont disponibles. Pour plus d'informations, voir: [core_uqd_faq_fr.pdf](#) ([theglobalfund.org](#))

Les déficits dans le budget d'un pays en matière de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme résultent de différentes raisons à différents moments, et ont donc des conséquences variables. La subvention initiale peut imposer des limites, mais certains déficits ne se matérialiseront qu'au milieu du cycle de financement en raison de changements ou de crises simultanées (épidémies, conflits, déplacements, etc.), impactant ainsi les plans initiaux. Dans de nombreux pays, MSF a observé que les projections optimistes de financement national et de cofinancement ne se sont pas concrétisées, entraînant des manques à combler dans les fournitures médicales, les services et autres interventions. Sans sources de financement alternatives, les activités importantes et les stratégies clés entrent en concurrence avec d'autres investissements essentiels et finissent par être annulées, reportées ou réduites.

L'hypothèse selon laquelle les progrès vers les Objectifs mondiaux et la couverture sanitaire universelle (CSU) devraient être réalisés principalement par une augmentation des contributions par les pays récipiendaires est plus forte que jamais. Pourtant, l'analyse des expériences passées montre que même lorsque la volonté politique existe, les options viables pour mobiliser des ressources supplémentaires dans les délais prévus sont souvent limitées. Le transfert prématuré ou trop optimiste des responsabilités aux gouvernements nationaux, en particulier dans les contextes d'intervention difficiles, contribue à une dynamique de contre-financement. L'emprunt ou le transfert de ressources d'une partie du budget national pour en couvrir une autre entraîne des pénuries différentes mais persistantes de services essentiels et des ruptures de stocks de médicaments et matériels médicaux essentiels. Cela mène à une tendance inquiétante qui vise à accepter ces écarts croissants en matière de couverture des besoins plutôt que de travailler activement à les résoudre.

En Guinée, le cofinancement du gouvernement reste un défi majeur. Pour les ARV, la part du budget national de développement (BND) doit augmenter progressivement jusqu'à couvrir environ 30% des objectifs ARV en 2023 (26.080/91.810⁴⁹). Pourtant, aucune commande du BND ne s'est matérialisée en 2021. Le budget 2021 a été reporté sur 2022 et les commandes commencent à rentrer, mais il n'est pas certain que même si les autorités rattrapent les commandes de 2021 en 2022, cela couvrira suffisamment les besoins réels.

⁴⁹ Il convient également de noter que l'objectif de 91.810 patients sous ARV d'ici 2023 ne représente que 73% des PVVIH, ce qui laisse déjà un manque à combler.



Les femmes enceintes séropositives parmi les premières victimes de la dé-prioritisation.

En outre, en **Guinée**, afin de faire correspondre les plans nationaux au budget, les programmes nationaux de lutte contre les maladies et l'équipe du Fonds mondial ont exclu un certain nombre de priorités pour les activités liées au VIH et à la tuberculose afin de "rationaliser" certaines interventions. Les exemples d'activités impactées ont compris des formations, la supervision de sites de prise en charge du VIH ou des études de recherche prévues.

Cette tendance crée une préoccupation quant à l'impact sur la qualité des services pour les patients, sur base d'expériences vécues en 2018, qui ont impacté les programmes visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (programmes PTME). Depuis cette année-là, le nombre de sites PTME dans les pays directement soutenus par le sous-récepteur du FM en charge de ces activités a été divisé par cinq par rapport à la période 2015-2017, passant de 396 à 66 sites en raison d'une diminution drastique de financement. Dans le cycle de subvention actuel, le nombre de sites de PTME soutenus est passé à 86. Bien que ces sites soient les plus stratégiques, les femmes qui vivent en dehors des sites sélectionnés sont laissées de côté.

La couverture TAR au sein de la population générale varie également considérablement d'un district à l'autre, certaines zones affichant un taux inférieur à 30%, alors que la couverture nationale était de 61% en 2021.⁵⁰

En RCA, actuellement, seuls 186 sites de soins prénatals (CPN) sur les 326 existants dans le pays proposent un paquet complet de PTME et le nombre de kits de dépistage financés est largement insuffisant pour tester toutes les femmes.

En outre, les tests de laboratoire tels que la numération des CD4 ne sont pas inclus dans la subvention du Fonds mondial depuis 2018, ce qui signifie que les patients doivent payer de leur poche pour faire évaluer leur taux de CD4.

⁵⁰ République de Guinée, *Rapport national annuel de la riposte VIH en Guinée*, 2021

Les services de conseil et de dépistage volontaire (CDV) en RCA ne sont également plus couverts par le FM, malgré les bons résultats affichés lors du déploiement du plan de rattrapage lancé dans la région AOC en 2017: 63.750 personnes avaient été testées dans le pays, avec un taux de positivité de 7,4%.⁵¹ Accroître les services de dépistage est le moyen d'améliorer la couverture TAR (qui était à 64% en Guinée en 2021).

Alors qu'en **RDC**, sur les 24 provinces soutenues par le FM, l'offre de PTME est limitée à 15 provinces, et dans seulement 10 établissements de santé par zone de santé (les zones de santé ont souvent plus de vingt cliniques). Au Nord Kivu, à l'est de la RDC, seulement 55,3% des femmes ayant bénéficié d'une CPN en 2021 ont été testées pour le VIH. C'est loin de la couverture nécessaire.⁵²

Au **Soudan du Sud**, en raison des faibles taux de couverture des soins prénatals et de la faible disponibilité des services de PTME dans les sites de CPN, la couverture de la PTME reste faible, à 43%. Les réductions drastiques du financement du HPF risquent d'aggraver encore cette situation et d'empêcher les plans destinés à améliorer la couverture en matière de PTME.



Les services préventifs et thérapeutiques pour les populations clés (PC) souffrent d'un manque de soutien financier et de contraintes budgétaires.

En **RDC**, le dépistage des populations clés n'est disponible que dans 25 "centres conviviaux"⁵³ dans 19 villes couvertes par la subvention du FM, et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) n'est disponible que pour 10% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 5% des professionnelles du sexe (PS) dans 53 villes.⁵⁴

⁵¹ Formulaire de demande de financement au FM par la République centrafricaine: Composantes VIH/TB/RSS pour la période d'allocation 2020-2022. [Disponible en ligne via] <https://data.theglobalfund.org/location/CAF/documents?status=Active>

⁵² Plan d'action opérationnel des activités de lutte contre le VIH/sida 2022, Division Provinciale de la Santé, PNLS, Bureau Provincial de coordination du Nord Kivu, Janvier 2022.

⁵³ Les centres conviviaux sont des installations spécialisées dans la fourniture de divers services à des populations spécifiques. Il s'agit notamment de centres spécifiquement dédiés aux populations clés ou des centres adaptés aux jeunes et aux adolescents.

⁵⁴ Fonds mondial, *Global Fund Investments to Support HIV National Response: Priorities and Feedback to PEPFAR*. Présentation faite lors du Plan opérationnel national de PEPFAR pour la RDC. Genève (en ligne), 2022

En **Guinée**, la PrEP n'est pas disponible à large échelle car l'extension du projet pilote n'a pas été retenue dans la subvention du FM mais a été mise dans le registre de l'UQD. De plus, le financement disponible du FM pour l'enquête socio-comportementale et biologique intégrée (ESCOMB) en cours en 2022 parmi les populations clés et vulnérables ne cible actuellement que les trois populations clés: les HSH, les PS et les consommateurs de drogues injectables (CDI), alors que par le passé, huit catégories étaient incluses (les trois populations clés susmentionnées et cinq autres populations vulnérables). Le risque qui en découle est un manque d'information et une réduction du soutien aux stratégies différenciées ciblant toutes les populations vulnérables, diminuant ainsi le diagnostic et l'initiation au traitement de ces personnes qui constituent pourtant la majorité des nouvelles infections.

Au **Soudan du Sud**, des programmes de prévention du VIH sont prévus dans le cadre des subventions de PEPFAR et du Fonds mondial, principalement pour les PS, les adolescentes et les jeunes femmes ainsi que pour les populations en situation de crise humanitaire, mais des manques à combler importants subsistent dans les prestations de services.⁵⁵ Une étude menée à Wau et Yambio a révélé une prévalence du VIH parmi les PS de 13,6% et 6,7% respectivement, contre 2,3% pour la population générale du pays.⁵⁶



Les services de lutte contre le paludisme sont également touchés par la dé-prioritisation

Le paludisme au **Soudan du Sud** est une préoccupation majeure.

En plus du déficit en TCA (4,3 millions de doses), il y a également plusieurs interventions clés pour stimuler les progrès qui ont fini dans le registre de l'UQD, car elles ne pouvaient figurer dans l'enveloppe budgétaire, comme par exemple: 1,4 million de doses d'artésunate pour traiter le paludisme grave; la formation de 700 personnes dans 10 états dans l'utilisation adéquate des outils de diagnostics; la formation de 350 travailleurs de la santé dans la gestion du paludisme simple et sévère; la chimioprévention du paludisme saisonnier pour les enfants; la pulvérisation résiduelle intérieure (PRI) dans les camps de déplacés et réfugiés et communautés voisines; les moustiquaires de nouvelle génération pour deux Etats où la résistance aux pyrèthroïdes a été documentée; et 1,9 million de MILDA destinées à être distribuées lors des CPN et dans les services dépendant du programme élargi de vaccination (PEV).

⁵⁵ Formulaire de demande de financement au FM pour le Soudan du Sud: Composantes de l'allocation VIH/TB pour la période 2020-2022. *Op.Cit.*

⁵⁶ *Ibid.*



Le faible dépistage de la tuberculose n'est que la pointe de l'iceberg en matière de manques à combler

Bien que le GeneXpert soit le premier test de dépistage recommandé pour les patients présentant un risque de tuberculose, de nombreux pays n'ont pas été en mesure de mettre en œuvre cette recommandation, en raison de son coût et des problèmes de carence en ressources humaines. Par conséquent, de nombreux pays s'appuient d'abord sur la microscopie des crachats, peu performante, puis sur le transport des échantillons vers des centres équipés de capacités de dépistage plus performantes. Ce manque de déploiement entraîne des retards dans le diagnostic, une augmentation de la mortalité et des cas qui se retrouvent non pris en charge.

Le Mozambique ne dispose pas d'un système complet de transport des échantillons et les outils de diagnostic GeneXpert sont limités à certains établissements de santé. Sans un accès équitable, le dépistage de la tuberculose est difficile dans de nombreuses régions.

En **RCA**, les moyens de dépistage de la tuberculose (par TB-LAM, microscopie des crachats, radiographie, GeneXpert) sont encore moins disponibles. Lorsque la collecte d'échantillons et le test par microscopie sont disponibles (et gratuits), les patients doivent encore payer la consultation (entre 0,75 et 1,5 USD), ce qui peut les décourager de se faire tester. Les personnes vivant à Bangui et présentant une forte suspicion d'infection malgré un résultat négatif à l'examen microscopique sont référées à l'Institut Pasteur pour une radiographie ou un test GeneXpert. Les patients doivent payer de leur poche les frais de déplacement (jusqu'à 2,3 USD pour un aller simple). Les personnes vivant loin des villes où sont concentrées les capacités de radiographie et de GeneXpert n'ont tout simplement pas accès aux services de dépistage de la tuberculose.

Depuis février 2021 au **Myanmar**, le dépistage de la TB se poursuit dans les cliniques des organisations internationales non gouvernementales, mais l'accès aux examens microscopiques des crachats et à la radiographie pulmonaire sont irréguliers. Le recours au GeneXpert est limité aux établissements de santé en possession de l'appareil, ce qui inclut MSF à Yangon, Shan et Kachin. À la mi-2022, un seul laboratoire de référence était opérationnel dans tout le pays (soutenu par du personnel MSF), et recevant des échantillons de tuberculose multirésistante de l'ensemble du territoire.

Les principaux défis dans le traitement de la tuberculose pharmacorésistante rencontrés en 2021 dans le pays comprennent la difficulté de choisir le régime approprié en l'absence de DST (Drug Sensitivity Testing ou test de sensibilité aux médicaments pour identifier le profil de résistance de la tuberculose) et la pénurie de l'un des nouveaux médicaments pour la tuberculose multirésistante, ce qui a retardé la mise en œuvre d'un régime plus court et entièrement oral. L'absence de distribution de médicaments de seconde ligne, le faible taux de détection de la tuberculose pharmacorésistante, le manque de suivi des effets secondaires, ainsi que le manque de soutien social pour les patients, viennent s'ajouter à la liste des nombreux défis.

Au **Soudan du Sud**, les progrès visant à améliorer la faible couverture du traitement de la tuberculose (62% en 2020⁵⁷) sont entravés par des manquements en matière de financements. Les partenaires impliqués dans la lutte contre la maladie ont mis en exergue des opportunités manquées au cours du cycle de financement actuel du FM, notamment le manque d'intégration des activités du HPF destinées aux enfants et les dépistages de la tuberculose. Dans le cadre du HPF, entre octobre 2018 et mars 2019, 480.000 enfants (de moins de 5 ans) ont été dépistés pour la malnutrition et 160.000 enfants ont été traités pour le paludisme, en utilisant une approche établissement de santé/communauté. Cependant, aucun enfant n'a été dépisté pour la tuberculose. Malgré les besoins persistants, il existe un risque que la diminution du soutien du HPF empêche davantage l'intégration des composantes TB dans les services existants.⁵⁸ Les efforts doivent se poursuivre entre le ministère de la Santé, les partenaires du HPF et la Banque mondiale pour parvenir à une meilleure intégration des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de ces interventions.



⁵⁷ OMS, *Profil de la tuberculose: Sud-Soudan, 2020*. [Disponible en ligne via]: Profil de la tuberculose (shinyapps. io)

⁵⁸ *Ibid.*



La disponibilité des produits de santé essentiels est menacée par le manque d'investissement dans l'amélioration des chaînes d'approvisionnement.

La Guinée n'a pas été maintenue sur la liste des pays prioritaires pour recevoir un fonds supplémentaire dans le cadre d'une initiative de 2018 du FM visant à améliorer sa chaîne d'approvisionnement en produits essentiels. La fragilité de cette chaîne d'approvisionnement est l'un des facteurs contribuant aux ruptures de stocks répétées à travers le pays.

À Kouroussa, dans le nord-est du pays, MSF soutient le ministère de la Santé dans sa lutte contre les taux élevés de paludisme (taux national d'incidence de 32% et 4.196.430 de cas dans le pays en 2020⁵⁹) et les comorbidités associées chez les enfants de moins de cinq ans grâce à un programme à base communautaire. Les ruptures de stocks de tests rapides et de traitements contre le paludisme dans cette vaste préfecture ont été récurrentes, nécessitant souvent la réaffectation des traitements et TDR d'un centre de santé à un autre, et l'intervention de MSF pour combler les intrants manquants. De même, les ruptures de stocks en produits de lutte contre le VIH et la tuberculose ont également entravé les progrès dans ces domaines.

Au **Mozambique**, le plan initial prévoyait la construction de 20 à 30 entrepôts au niveau provincial, afin de pallier le manque de capacité de stockage. Or, seuls cinq d'entre eux ont été construits jusqu'à présent, et aucun fonds n'est disponible pour en construire d'autres.

59 OMS, *Rapport mondial sur le paludisme 2021*, Op.Cit.

III. SOINS SOUS LES STANDARDS DE QUALITÉ

Face à d'importantes pénuries des ressources disponibles, certains éléments des soins de base sont soumis à une forte pression et conduisent à une qualité de soins inférieure à la norme. Non seulement cela nuit à l'efficacité et à l'impact de la prise en charge, mais cela peut également nuire aux patients. Le risque est également d'induire une perte de confiance entre les patients et les prestataires de services, avec pour corollaire un impact sur l'utilisation des services et la couverture des besoins.



Manque d'accès aux tests de charge virale du VIH

Le test de charge virale (CV) de l'ARN du VIH est actuellement l'approche de référence pour mesurer la quantité de présence du virus dans le sang. Il est utilisé pour évaluer et adapter le traitement des patients, notamment pour vérifier l'adhérence au traitement et les résistances potentielles, et il est essentiel pour surveiller la suppression virale. Pourtant, dans de nombreux pays, ce test essentiel n'est pas systématiquement proposé.

A peine 50% des PVVIH en **RDC** avaient accès au dépistage de la CV à la fin de 2021. La couverture est très différente d'une province à l'autre, ce qui est révélateur des différents niveaux de financement. Alors que PEPFAR soutient une partie de Kinshasa et deux autres provinces (budget annuel d'environ 100 millions de dollars américains), le FM soutient également la capitale mais surtout les 23 provinces restantes (pour un budget d'environ 160 millions de dollars américains sur trois ans). Cela explique en partie la différence d'accès et de disponibilité des services. La province de Lualaba, soutenue par PEPFAR, a une couverture en matière de mesure de la CV de 100%, alors que Sankuru, sous support FM, n'en a aucune.⁶⁰ Le Fonds mondial estime que 4,5 millions de dollars sont nécessaires pour combler les besoins non couverts en matière de CV et dépistage précoce du VIH chez les nourrissons dans les provinces qu'il soutient.⁶¹ A Goma, une ville de 2,1 millions d'habitants avec une prévalence du VIH de

1,85%⁶², MSF est le seul acteur à fournir le test de CV. Les multiples difficultés d'accès aux soins dans le Nord-Kivu (telles que le manque d'établissements de santé offrant l'ensemble des services liés au VIH, les barrières géographiques, les ruptures de stocks récurrentes d'ARV et autres médicaments essentiels, etc.) a conduit des ressortissants congolais à traverser la frontière ougandaise pour se faire soigner, notamment dans la clinique VIH de l'hôpital d'Arua soutenue par MSF.

En **RCA**, la mesure de CV est le seul test de laboratoire financé par le FM, mais moins de 20% des patients sous traitement y ont accès⁶³. A Bangui, bien que le test soit gratuit, des barrières structurelles demeurent, empêchant les gens d'y accéder. Les barrières courantes incluent un manque de financement pour former le personnel chargé de prescrire et de réaliser le test, combiné à un transport inadéquat des échantillons. Par conséquent, les patients doivent se rendre à l'Institut Pasteur ou au Laboratoire national, ce qui constitue une barrière financière et géographique majeure. Les campagnes de masse ponctuelles par ces deux grands laboratoires offrent un soutien ponctuel mais ne contribuent guère à atténuer le problème. Une approche plus décentralisée en matière de mesure de CV est nécessaire.



⁶⁰ PPT Revue biannuelle S2 2021 des subventions du Fonds mondial NFM3, Programme VIH/sida, 17-18 Mai 2022.

⁶¹ Le Fonds mondial, *Présentation sur les investissements du Fonds mondial pour soutenir la réponse au VIH: priorités pour 2022 et feedback à PEPFAR*, Réunion régionale PEPFAR COP 2022. Mars 2022.

⁶² Plan d'action opérationnel des activités de lutte contre le VIH/Sida 2022, Division Provinciale de la Santé, PNLs, Bureau provincial de coordination du Nord Kivu, Janvier 2022.

⁶³ ONUSIDA, *Accélérer et étendre les services anti-VIH en République centrafricaine*, mars 2021. [Accélérer et étendre les services anti-VIH en République centrafricaine | ONUSIDA (unaids.org)]



© Luca Sola

En Guinée, l'objectif national était d'augmenter les cibles de couverture du dépistage de la CV dans le cadre du cycle de financement actuel du Fonds mondial, pour passer de 51% en 2019 à 76% en 2023. Cependant, en 2021, seuls 22% des PVVIH avaient accès au test de CV (environ 25.000 patients)⁶⁴, loin de l'objectif de 62%. Cette situation est principalement attribuée à l'incapacité du gouvernement à couvrir près de la moitié des besoins en la matière (par le biais du budget de développement national ou BND). En conséquence, les tests de CV ne peuvent être effectués conformément aux recommandations internationales⁶⁵, obligeant à établir des priorités entre les patients. Dans le projet VIH/TB de MSF, qui prend en charge plus de 15.000 patients sous traitement, seuls 2.560 patients ont subi un test de mesure de leur CV en 2021. Les retards importants dans la communication des résultats des tests entravent par ailleurs la prise en charge des patients.

Un autre manque à combler concerne les mesures de la numération des CD4, un outil de diagnostic essentiel recommandé par les directives internationales pour identifier les patients à haut risque d'infection à VIH à un stade avancé. Ce volet nécessitait une contribution de 80% de la part du BND qui ne s'est pas matérialisée, ce qui a entraîné de longues ruptures de stocks des intrants nécessaires à la mesure des CD4.

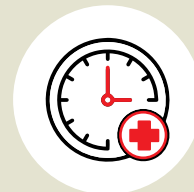
La couverture en matière de CV reste relativement faible au **Mozambique**, avec toutefois une légère amélioration en 2021 (61% en 2021 contre 56% l'année précédente).⁶⁶ Les difficultés liées au transport des échantillons et des résultats, combinées à l'insuffisance des sites pour effectuer les tests de charge virale, sont quelques-uns des obstacles à un dépistage adéquat en la matière.

⁶⁴ ONUSIDA, *Lutte contre le VIH/sida en Guinée - analyse des gaps en intrants*, 2022.

⁶⁵ Pour en savoir plus sur les recommandations internationales, voir OMS, *What's new in treatment monitoring: Viral Load and CD4 testing*, juillet 2017 [Disponible en ligne via] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255891/WHO-HIV-2017.22-fra.pdf>.

⁶⁶ PEPFAR, *Panorama Spotlight*, 2021. [Disponible en ligne via] PEPFAR Panorama Spotlight

Les résultats de CV sont également problématiques, puisque seuls 78% des patients sous TAR ont reçu leurs résultats en 2021. Les retards dans la mise en œuvre des activités visant à renforcer les systèmes de santé, comme l'extension du système électronique d'information provenant des laboratoires, contribuent à aggraver davantage les progrès dans le traitement des patients atteints du VIH.



Absence de diagnostic et de traitement précoces pour les patients atteints du VIH à un stade avancé

Comme mentionné précédemment, au **Soudan du Sud**, de nombreux patients arrivent dans les centres de santé MSF de Bentiu, Lankien, Malakal et Ulang à un stade avancé de la maladie à VIH. En 2021, 81% des 226 PVVIH de la file active de la cohorte vues dans les projets MSF dans le Haut-Nil présentaient la forme avancée de la maladie. Ces patients gravement immunodéprimés sont plus sujets aux infections opportunistes, notamment la tuberculose⁶⁷ et la méningite cryptococcique, ce qui entraîne un risque accru de décès. Dans le service d'hospitalisation de Malakal, un tiers des décès sont dus au VIH/TB. Néanmoins, le VIH avancé reste en dehors des priorités de financement.

En **RDC**, l'allocation annuelle de la subvention du FM prévoit de couvrir annuellement les besoins de 1.800 patients atteints de VIH avancé dans cinq hôpitaux. Compte tenu de la taille du pays et du fait qu'en 2021, rien que dans l'hôpital soutenu par MSF à Kinshasa, 1.686 patients présentaient un stade avancé de la maladie, le nombre de patients gravement malades laissés sans soins risque d'être largement sous-estimé.

⁶⁷ Statistiquement, les personnes vivant avec le VIH sont 18 fois plus susceptibles de développer une tuberculose active que les personnes non séropositives [source: OMS: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>].

MSF assure également le dépistage des patients atteints de VIH avancé au niveau des soins de santé primaires dans plusieurs structures publiques de la capitale. L'année dernière, 21% des 346 patients nouvellement diagnostiqués étaient atteints de la maladie à un stade avancé. Sur ces 74 patients, 54 avaient la tuberculose et 16 avaient un test sérique CrAg positif (le CrAg permettant de diagnostiquer l'infection à cryptocoques)⁶⁸. Cela montre l'importance de l'accès des patients aux outils de dépistage au niveau des soins de santé primaires pour assurer un diagnostic précoce et éviter une mortalité inutile.

Dans le projet MSF à Arua en **Ouganda** en 2020, 25% de la cohorte de 1.236 patients avaient un taux de CD4<200 cellules/mm³; 21% d'entre eux étaient positifs à la tuberculose (TB-LAM) et 9% aux infections cryptococciques (sérum CrAg).

En **RCA**, le manque de médicaments dans les établissements de santé tels que l'amphotéricine, la flucytosine, le fluconazole, la prednisolone ou les principaux antibiotiques rend difficile la prise en charge adéquate des patients atteints du stade avancé de la maladie. Une fois sortis de l'hôpital, de nombreux patients initialement admis avec un VIH avancé ont besoin d'un traitement long et ininterrompu à d'autres niveaux de soins de santé. Or, ce traitement n'est souvent pas disponible et contribue à une mortalité et une morbidité accrues. En 2021, quelque 955 patients traités pour le VIH avancé sont sortis de l'hôpital MSF.



Soins pédiatriques de qualité inférieure

Les soins pédiatriques pour les enfants séropositifs sont l'un des domaines les plus négligés de

la prise en charge du VIH et sont malheureusement souvent inférieurs aux normes dans les pays où MSF travaille.

De plus, pour les enfants atteints de tuberculose, les taux de détection sont faibles car le diagnostic repose à la fois sur l'examen clinique et sur la radiographie, ce qui nécessite un accès aux hôpitaux. Dans de nombreux contextes où MSF travaille, l'accès aux formulations pédiatriques pour le traitement de la tuberculose fait par ailleurs défaut. Par conséquent, de nombreux enfants ne sont pas mis sous traitement. En 2017, une étude a estimé que 96% des enfants qui meurent de la tuberculose n'ont jamais été mis sous traitement.⁶⁹

En **RCA**, les lacunes en la matière vont du manque de protocoles bien développés et de capacités en ressources humaines pour le suivi des enfants exposés au VIH, à l'absence de la forme pédiatrique de l'antirétroviral DTG (Dolutegravir), pourtant mieux toléré. La thérapie actuelle nécessite un nombre élevé de pilules à avaler et a des effets secondaires, ce qui rend l'adhésion au traitement difficile.

En outre, peu de pays offrent des prestations de services différenciées⁷⁰ aux enfants, mieux adaptées à leurs besoins et qui permettent d'augmenter la rétention dans les soins.⁷¹ Les barrières juridiques, que l'on rencontre dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, empêchent le dépistage du VIH chez les mineurs sans le consentement préalable des parents, ne permettant pas aux enfants de bénéficier à temps de soins de santé essentiels. Ces restrictions néfastes et discriminatoires entraînent une couverture pédiatrique insuffisante en raison de l'absence de diagnostic et d'initiations au traitement tardives.

⁶⁸ Test réflexe de l'antigène cryptococcique (CrAg): Le test d'écoulement latéral CrAg (CrAg LFA) est un test par bandelette réactive pour la détection de l'antigène des espèces *Cryptococcus* complex (*C. neoformans* et *C. gattii*) dans des échantillons de sérum, de plasma ou de LCR. Le test CrAg LFA peut détecter la méningite cryptococcique 22 jours avant l'apparition des symptômes (antigénémie asymptomatique), déclenchant ainsi le traitement. Pour plus d'informations, voir: https://samumsf.org/sites/default/files/2019-07/CrAg%20POCT_Job%20Aid_MSf_0.pdf

⁶⁹ Dodd P. et al. *La charge mondiale de la mortalité due à la tuberculose chez les enfants: une étude de modélisation mathématique*. The Lancet Global Health Volume 5, numéro 9, septembre 2017, pages e898-906. [Disponible en ligne via] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17302899>

⁷⁰ La prestation de services différenciée, précédemment appelée "soins différenciés", est une approche centrée sur le client qui simplifie et adapte les services liés au VIH tout au long de la cascade de soins afin de refléter les préférences, les attentes et les besoins des personnes vivant avec le VIH et vulnérables au VIH, tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. [Disponible en ligne via] https://differentiatedservicedelivery.org/about_DSD

⁷¹ Voir les détails sur quand, où, comment et quoi proposer en matière de prestation différenciée de services pour les enfants dans le document *Differentiated care for HIV: a decision framework for differentiated ART delivery for children, adolescents and pregnant and breastfeeding women* [Disponible en ligne via] https://differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/9ErIJtsSfUmj_Ska6BoN0Q/File/Decision%20Framework%20for%20children%20adolescents%20and%20pregnant%20and%20breastfeeding%20women.pdf



Manque de soutien aux organisations de la société civile et à la santé communautaire

Les travailleurs et les structures au niveau de la santé communautaire

- et en particulier les interventions communautaires menées par les pairs - jouent un rôle clé dans la fourniture de soins aux communautés qui se heurtent à des obstacles d'accès physiques et financiers.^{72, 73}

La Guinée vise à instaurer la santé communautaire dans 75% de ses communes d'ici 2023. En tout, 18 communes de Kindia et Téliélé sont soutenues par le Fonds mondial, 53 par la Banque mondiale dans les régions de Kankan et Kindia, et 27 à Dinguiraye sont soutenues par GAVI (l'Alliance pour les Vaccins). Malheureusement, le financement nécessaire à cette activité n'a pas été suffisant, et les 17% manquants pour atteindre la couverture de 75% ont été placés sur le registre UQD du Fonds mondial.

Les organisations de la société civile (OSC) apportent une contribution essentielle à la réponse aux trois pandémies. Elles sont souvent à l'origine de modèles de soins innovants, mieux adaptés aux réalités des patients et des communautés. Les OSC peuvent mettre en œuvre des activités de prévention et de surveillance des ruptures de stocks de médicaments essentiels et des frais de soins imposés aux patients, ainsi que lutter contre la discrimination et la stigmatisation. Travaillant en complémentarité avec le système de santé publique et compensant certaines de ses faiblesses structurelles, les organisations communautaires ont besoin d'une rémunération adéquate pour leur travail, mais aussi d'un soutien pour renforcer leurs capacités institutionnelles.

Cependant, elles ont tendance à être insuffisamment soutenues et sont souvent négligées par les mécanismes de financement.⁷⁴ En outre, les OSC sont confrontées à des défis supplémentaires dans le cadre de la crise du Covid-19.^{75, 76, 77}

Au **Mozambique**, les bailleurs de fonds, en particulier le gouvernement américain, estiment que la durabilité des activités communautaires liées au VIH est entravée par le manque de disponibilité et de capacité des OSC. La transition programmatique de PEPFAR visant à transférer le soutien financier du travail communautaire des ONG internationales aux OSC nationales ou locales prend plus de temps que prévu. Actuellement, seule une organisation sur trois financée par PEPFAR dans le pays est une OSC locale ou nationale.



⁷² Mwai G. W, et al. *Role of outcomes of community health workers in HIV care in Sub-Saharan Africa: a systematic review*, J Int AIDS Soc 2013; 16(1): 18586. [Disponible en ligne via] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772323/>

⁷³ MSF. *Interventions dirigées par la communauté: Un investissement judicieux pour une réponse efficace au VIH en Afrique occidentale et centrale*. 2020. Briefing des organisations communautaires et de la société civile avant la réunion du CCP de l'ONUSIDA (décembre 2020). [Disponible en ligne via] https://www.doctorswithoutborders.org/sites/default/files/documents/WCA-Community%20Brief_Eng%2BFr-%20FINAL.pdf

⁷⁴ Mariam Amissen, *We Exist: Cartographie de l'organisation LGBTQ en Afrique de l'Ouest*, 2016 [Disponible en ligne via] <https://www.42d.org/2020/10/05/we-exist-mapping-lgbtq-organising-in-west-africa/>.

⁷⁵ Wood G. & Majumdar S., *COVID-19 and the impact on CSO working to end violence against women and girls* [Through the lens of CSO funded by the TRUST FUND to END Violence against Women - six months after the global pandemic was declared]. New York, Fonds d'affectation spéciale des Nations unies pour mettre fin à la violence contre les femmes, septembre 2020. [Disponible en ligne via] <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-and-impact-civil-society-organizations-csos-working-end-violence-against-women>.

⁷⁶ Saul Mullard et Per Aarvik; *Guide U4 2020:1; Soutenir la société civile pendant la pandémie de Covid-19*. [Disponible en ligne via] <https://www.u4.no/publications/supporting-civil-society-during-the-covid-19-pandemic.pdf>

⁷⁷ Edge Effect, Briefing note: *Impacts of COVID-19 on LGBTIQ+ people*. 2020 [Disponible en ligne via] [IMPACT OF COVID-19 ON LGBTIQ+ People: Note d'information et recommandations | edge effect](https://www.edgeeffect.org/impacts-of-covid-19-on-lgbtq-people)

IV. MISE EN OEUVRE INSUFFISANTE DES INNOVATIONS

Les manques de financement ont un impact sur la capacité des pays à adopter ou à développer des modèles de soins innovants ou à avoir accès à des outils et des traitements de récente génération. Ces innovations permettent d'offrir aux patients des soins plus abordables, plus efficaces et de meilleure qualité. Sans ces améliorations, les progrès nécessaires en matière de couverture et d'efficacité de la réponse préventive et curative, en particulier dans les contextes d'intervention difficiles, continueront à stagner.

Il existe de multiples exemples d'innovations clés qui peuvent actuellement changer la donne pour la réponse au VIH, à la tuberculose et au paludisme, notamment: les ARV injectables, la PrEP à longue durée d'action, les nouveaux outils de diagnostic de la tuberculose tels que le TB-LAM, la thérapie préventive de la tuberculose (TPT) et autres outils innovants de prévention et thérapeutiques de la maladie, le traitement des infections opportunistes/à cryptocoques pour les PVVIH, les nouvelles générations de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) pour le paludisme, les nouvelles techniques de pulvérisation d'insecticide et les vaccins contre le paludisme, etc. Le fait de ne pas mettre en œuvre ces outils et stratégies innovants empêche de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre ces trois maladies.

En **Guinée**, un manque de soutien technique a retardé le passage au DTG (mieux toléré et plus efficace), tant pour les adultes que pour les enfants vivant avec le VIH, tandis que l'arrivée récente d'une commande tardive du BND pour 2020 de la combinaison thérapeutique ABC/3TC + EFV (abacavir/lamivudine plus efavirenz) risque de retarder davantage cette transition tellement nécessaire.

En **RCA**, en **RDC** et au **Soudan du Sud**, l'implémentation des recommandations de l'OMS d'avoir le GeneXpert comme premier test de diagnostic de la tuberculose est extrêmement faible: respectivement 0,59%, 4,8% et 2,2%. Sans une accélération de l'innovation et une amélioration de l'approvisionnement, cette situation empêchera encore davantage l'accès au traitement de la tuberculose en temps voulu.⁷⁸

En **RCA**, on constate des retards dans l'adoption de nouveaux régimes de TPT plus courts, et les traitements pédiatriques recommandés font défaut. La prophylaxie contre les infections opportunistes n'est pas systématiquement disponible parmi les PVVIH. Bien que ces groupes de population soient confrontés au risque le plus élevé de progression vers une tuberculose active, la prophylaxie de la tuberculose par l'isoniazide (INH) manque également. La tuberculose étant responsable de la plupart des hospitalisations et des décès parmi les PVVIH dans le pays, la prévention doit être renforcée.

En **RDC**, dans les provinces appuyées par le FM, le cotrimoxazole est réservé aux enfants et aux patients nouvellement initiés au TAR, alors que dans les zones à forte transmission du paludisme, il est indiqué plus largement afin de prévenir la comorbidité chez les PVVIH.

La **résistance aux médicaments contre le VIH et la tuberculose et la résistance antimicrobienne (RAM)** sont également peu abordées et financées dans de nombreux pays touchés par le VIH, la tuberculose et le paludisme, bien qu'elles soient considérées comme une priorité mondiale.

La demande de financement du **Soudan du Sud** auprès du Fonds mondial indique un risque d'émergence et de transmission de la résistance aux médicaments tant pour les anciens que pour les nouveaux schémas thérapeutiques. Les analyses d'état des lieux devraient guider les plans d'action nationaux. Cependant, le financement de la réalisation d'une enquête de surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH chez les adultes et les enfants en 2023 a été inscrit au registre de l'UQD.⁷⁹

⁷⁸ OMS, *Résumé des données sur la tuberculose*, [Disponible en ligne via] [Résumé des données sur la tuberculose \(shinyapps.io\)](https://www.who.int/fr/publications/magazines/2022/01/summary-of-tuberculosis-data)

⁷⁹ Formulaire de demande de financement au FM pour le Soudan du Sud: Composantes de l'allocation VIH/TB pour la période 2020-2022., *Op.Cit.*



V. MANQUE DE PRÉPARATION ET DE RÉACTION AUX CRISES

© MSF

Lors des crises et dans les contextes dits “fragiles”, des chocs multiples (climatiques, financiers, politiques, sanitaires, conflits, etc.) déstabilisent ou épuisent les services de santé existants. L’augmentation des obstacles à l’accès aux soins entraîne souvent une détérioration des indicateurs d’utilisation, de couverture des besoins, de continuité des services et de rétention dans les soins, ce qui fait reculer des années de progrès constants en matière de santé et de lutte contre les trois maladies. Pour atténuer ce phénomène, des efforts spécifiques sont nécessaires pour assurer la continuité des services pour les personnes déjà sous traitement et pour celles qui doivent être traitées sans délai. Les mesures d’atténuation pourraient inclure l’accès gratuit aux soins pour les patients, la distribution de médicaments sur de plus longues périodes et plus près du domicile, la sensibilisation des communautés, etc.

Le concept de résilience met souvent l’accent sur la manière dont les patients et les communautés doivent s’adapter en temps de crise. Cependant, pour atténuer l’impact de ces chocs sur la santé des communautés, des patients et des principaux groupes vulnérables, les bailleurs de fonds et les partenaires de mise en œuvre doivent aussi faire preuve d’agilité et renforcer la capacité à adapter rapidement les financements, afin d’assurer la continuité des soins et de protéger les acquis durement gagnés.

Le Fonds mondial a développé une politique relative aux contextes d’intervention difficiles⁸⁰ reconnaissant la nécessité d’un soutien adapté à ces contextes pour

⁸⁰ Les contextes d’intervention difficiles (Challenging Operating Environments ou COEs) sont des pays ou des sous-régions de pays qui, selon le Fonds mondial, présentent une faible gouvernance, un accès insuffisant aux services de santé, des crises provoquées par l’homme (comme les conflits) ou des crises naturelles (comme la famine). Politique du Fonds mondial relative aux environnements opérationnels difficiles, avril 2016 [Disponible en ligne via] [bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_fr.pdf](https://www.globalfund.org/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_fr.pdf) (the-globalfund.org).

surmonter les défis spécifiques liés à des systèmes faibles ou inéquitables. Cela devrait permettre un haut degré de flexibilité dans la programmation et les méthodes de soutien aux besoins et contextes spécifiques. Cependant, la mise en œuvre de cette politique n’est pas optimale car elle est souvent en tension avec d’autres ambitions, telles que les politiques liées à la durabilité et à la transition de l’aide extérieure vers une mobilisation des ressources intérieures au niveau national.

Le manque de flexibilité des modalités de financement des bailleurs contribue souvent à des déficits de financement, ce qui compromet la possibilité de réagir rapidement en procédant aux adaptations nécessaires pour maintenir les services et mobiliser rapidement les ressources supplémentaires indispensables. Le financement des mesures d’urgence et de préparation aux crises ne peut être inscrit dans des budgets trop restrictifs.

Dans le nord du **Mozambique**, où le conflit sévit depuis cinq ans, les 40 sites de traitement du VIH soutenus par PEPFAR ont dû être fermés. Avec l’interruption des services, le manque de rétention dans les soins des patients précédemment sous TAR est dramatique, tandis que l’initiation au traitement est au point mort. Les récentes tentatives de réouverture de 10 sites VIH combinée au soutien de cliniques mobiles sont des évolutions positives, mais la situation générale dans le Nord concernant le manque de soins pour le VIH et la tuberculose reste préoccupante. En mars 2022, les dépistages VIH effectués sur des patients pédiatriques (y compris dans le service de malnutrition) à l’hôpital rural de Mueda, soutenu par MSF, ont révélé plus de 30% de positivité chez les enfants de moins de cinq ans. En outre, de nombreuses femmes de la maternité n’avaient pas subi de dépistage pendant leur grossesse.

Les interruptions de traitement signalées soulignent la nécessité d'accroître le dépistage du stade avancé de la maladie à VIH, avec des diagnostics et des outils thérapeutiques supplémentaires pour faire en sorte que les patients reviennent dans les circuits de soins. Cependant, l'utilisation de tests au "point de soins" (Point of Care) pour les CD4 n'est pas prévue dans les plans du Ministère de la santé ni des bailleurs internationaux.

Les expériences vécues lors des multiples inondations qui ont touché le Mozambique ces dernières années montrent à quel point la continuité des services est vulnérable aux événements climatiques extrêmes: les stocks de médicaments ont été détruits, les structures de santé ont été fermées pendant des mois et les personnes se sont retrouvées forcées de se déplacer, ce qui a créé la nécessité de trouver des canaux de traitement alternatifs.

Dans la province du Nord-Kivu en **RDC**, où environ 1,9 million de personnes sont déplacées à l'intérieur du pays⁸¹, rien n'est prévu pour assurer la continuité des soins, à l'instar d'autres provinces confrontées à une détérioration constante de la situation humanitaire. L'absence de soins gratuits pour les personnes touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme, avec l'imposition continue de frais de soins imposés aux patients qui se retrouvent à payer de leur poche, en particulier les patients touchés par les conflits et les crises, est extrêmement préoccupante.

Au **Soudan du Sud**, bien que le FM se soit fixé comme objectif de maintenir 85% des patients dans les soins VIH d'ici 2023, l'accès limité à un système de santé déjà faible, les déplacements forcés et d'autres chocs continus (environnement, violence, économie, insécurité alimentaire) rendent cet objectif extrêmement difficile à atteindre. Les programmes MSF à Ulang et Malakal enregistrent des taux élevés de patients PDV, respectivement 73% et 66%, en partie parce que les services ne sont pas décentralisés dans l'État du Upper Nile.

Pendant la saison des pluies dans les comtés de Nyirol et d'Uror (État de Jonglei), l'accès physique déjà très limité est aggravé lorsque les routes sont inondées, avec des patients se retrouvant souvent transportés à pied sur une civière de fortune. Cela peut impliquer un voyage de 11 ou 12 heures pour atteindre l'établissement de santé le plus proche, les familles étant souvent contraintes

de vendre leurs moyens de subsistance limités (vaches, chèvres) pour couvrir les frais de transport. En conséquence, beaucoup de personnes ne cherchent pas à être soignées, entraînant la détérioration d'affections traitables et le décès de patients à domicile. L'aggravation de l'insécurité alimentaire en 2022 a davantage exacerbé les problèmes d'adhérence au traitement du VIH et de la tuberculose, ainsi que d'autres maladies comme l'hépatite et le diabète.

Le changement climatique a également affecté de manière significative le Soudan du Sud avec des pluies plus fréquentes et plus intenses, survenant au-delà de la saison des pluies habituelle. Il en résulte une augmentation du paludisme et des besoins imprévus en matière de diagnostic, de traitement et de prévention, ainsi que des difficultés d'approvisionnement des établissements de santé en raison des inondations. Les signes d'alerte d'aggravation de l'insécurité alimentaire indiquent le risque des effets de la malnutrition sur la baisse de l'immunité et donc une plus grande vulnérabilité aux maladies et aux décès, notamment liés au paludisme.

En Ouganda, au plus fort de la pandémie de Covid-19 en 2020, l'accès aux soins était limité voire impossible pour certains patients en raison des restrictions de transport et des couvre-feux, du manque d'accès aux services et au personnel adéquats dans les établissements, et de la moindre qualité de la prestation de services. Pour atténuer cette situation, l'équipe de MSF a réagi en proposant une série de moyens alternatifs créatifs pour pouvoir délivrer et conseils et médicaments, par le biais de téléconsultations par appel vidéo, de consultations téléphoniques directes avec les patients, de messages via WhatsApp et de distribution communautaire de TAR. MSF a également organisé des livraisons de médicaments pour traiter le VIH à certains patients, y compris ceux qui se trouvent de l'autre côté de la frontière en RDC.



⁸¹ UNHCR, *UNHCR deeply concerned by renewed violence displacing thousands in North Kivu, DR Congo*, 27 mai 2022. [Disponible en ligne via] HCR - Le HCR est profondément préoccupé par la recrudescence de la violence qui déplace des milliers de personnes au Nord-Kivu, RD Congo.

Tout cela démontre le besoin urgent des bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre à se mobiliser et à développer et soutenir des modèles qui atténuent l'impact des crises et lacunes dans les services qui se répercutent sur les patients, notamment:

- La distribution des médicaments couvrant plusieurs mois de traitement;
- Des stocks tampons, y compris une quantité suffisante de médicaments conservés par les patients, au cas où l'accès serait bloqué par l'insécurité, les déplacements, les blocages ou pendant la saison des pluies;
- Les programmes qui s'attaquent aux barrières en matière d'information, connaissance et stigmatisation, qui ont pour but de renforcer les communautés et de stimuler l'autonomie;
- Des approches adaptées au contexte pour la recherche des patients perdus de vue et pour aider au retour des personnes désengagées de leur suivi médical⁸²;
- Le financement dédié et la vérification de la suspension du paiement direct par les patients, garantissant la gratuité des soins;
- La surveillance indépendante de la disponibilité et de l'accès aux médicaments essentiels;
- Des modèles décentralisés pour accroître l'accès aux outils préventifs et curatifs pour les populations difficiles à atteindre;
- Le soutien aux travailleurs de la santé pour garantir des conditions de travail et de vie correctes, ainsi que la protection contre la violence;
- Un investissement ciblé dans les OSC pour assurer la réaction de première ligne et la continuité des soins;
- La poursuite du développement des flexibilités dans les modalités et les politiques d'aide et de financement.

82 Keene C et al. Médecins Sans Frontières' *Welcome Service: a collaborative reorganisation of HIV services to address disengagement from care in Khayelitsha, South Africa*. [Disponible en ligne via] <https://samumfsf.org/sites/default/files/2019-06/Welcome%20Services.pdf>



VI. LES PATIENTS SE RETROUVENT À PORTER LE FARDEAU DES DÉFICITS DE FINANCEMENT

Pour garantir l'accès aux soins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les contextes stables et de crise, conformément aux aspirations de CSU⁸³, les obstacles financiers doivent être supprimés. Cela permet d'éviter ou d'atténuer les effets négatifs des paiements directs des soins par les patients quant à leurs résultats médicaux, et diminuer la pression économique sur les ménages. La rétention des patients atteints de tuberculose et de VIH dans les services de soins est gravement affectée par ces "OOP", ou "out-of-pocket payments" pour les soins payés de la poche des patients, tout comme l'initiation du traitement en temps opportun. Les obstacles financiers retardent également la prise en charge du paludisme et la possibilité d'obtenir un traitement complet et de qualité. Des études récentes ont montré que, dans le cadre des politiques de gratuité des soins, les femmes étaient beaucoup plus à même d'accéder aux soins pour elles-mêmes ou pour leur enfant.⁸⁴

Dans de nombreux contextes, les patients continuent de supporter le poids des déficits de financement, ce qui entraîne des dépenses de santé catastrophiques et des mécanismes d'adaptation préjudiciables, notamment l'emprunt forcé, la mise en gage de biens ou la renonciation à d'autres dépenses essentielles du ménage.

Les manques à combler en matière de médicaments essentiels ou en ce qui concerne la rémunération adéquate des travailleurs de la santé aggravent les dépenses personnelles des patients. Afin de garantir l'accès de ces derniers aux intrants ou aux services déjà payés par des financements internationaux ou nationaux, des conditions claires sont nécessaires pour une mise en œuvre efficace des politiques de gratuité des soins et leur suivi de manière indépendante.

Au Myanmar, pendant la pandémie de Covid-19 et les troubles sociopolitiques, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) a prévu qu'en l'absence d'institutions publiques fonctionnelles, près de la moitié de la population du pays, soit quelque 25 millions de personnes, risquait de se retrouver sous le seuil de pauvreté nationale, ce qui ramènerait le pays à des niveaux de pauvreté jamais atteints depuis une génération.⁸⁵ En 2021, une étude de l'OMS a conclu que 60% des ménages touchés par la tuberculose au Myanmar étaient confrontés à des coûts de santé catastrophiques, les plus pauvres étant les plus durement touchés.⁸⁶ Les dépenses de santé à la charge des patients poussent ou maintiennent les ménages dans la pauvreté. Les patients sont censés avoir de l'argent en main lorsqu'ils cherchent à se faire soigner, qu'ils s'adressent à un prestataire privé ou public. Les ménages les plus pauvres et ceux dans les zones rurales dépensent beaucoup moins pour chacune des composantes des dépenses de santé, ce qui témoigne de leur moindre capacité à se faire soigner.



⁸³ MSF, *Sur le dos des malades, ou comment le paiement direct des soins par les patients entrave l'objectif de couverture sanitaire universelle*, 2017. [Disponible en ligne via] <https://samumsf.org/sites/default/files/2018-04/AFRAVIH2018-MSF-BriefingPaper.pdf>

⁸⁴ Samb O. et al, *L'impact de la gratuité des soins sur la capacité des femmes: Une étude qualitative en milieu rural au Burkina Faso*. *Sciences sociales et médecine*; volume 197, janvier 2018,. [Disponible en ligne via] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617307189>.

⁸⁵ PNUD, *Myanmar urban poverty rates set to triple, new United Nations survey finds*, décembre 2021. [Disponible en ligne via] <https://www.undp.org/press-releases/myanmar-urban-poverty-rates-set-triple-new-united-nations-survey-finds>

⁸⁶ Si Thu Aung et al, *Measuring catastrophic costs due to Tuberculosis in Myanmar*, *Trop Med Infect Dis*. 2021 Jul 14; 6(3): 130. [Disponible en ligne via] [Measuring Catastrophic Costs Due to Tuberculosis in Myanmar - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37111111/)



En RDC, le paiement direct des ménages sur les dépenses de santé a représenté un pourcentage stupéfiant de 42% des dépenses totales de santé en 2019.⁸⁷ On estime que 17% des ménages consacrent plus de 10% de leurs dépenses totales à la santé.⁸⁸ Même si les outils de diagnostic et outils thérapeutiques pour le VIH sont largement subventionnés par le Fonds mondial et PEPFAR, les frais directs de soins imposés aux patients continuent de constituer un obstacle important, les patients ne pouvant pas se permettre les prix demandés pour prestations clés telles que la mesure de la CV, les services de laboratoire pour le diagnostic du VIH et de la tuberculose, la détection et le traitement des infections opportunistes, l'hospitalisation et les consultations répétées. Les PVVIH, y compris celles qui ont besoin de soins urgents, sont confrontées à l'exclusion, aux retards d'initiation, aux obstacles à la rétention dans les soins, aux soins de qualité inférieure et aux dépenses de santé catastrophiques.⁸⁹ L'observatoire de la société civile UCOP+ signale régulièrement un large éventail de frais exigés des patients pour les soins liés au VIH et à la tuberculose; il signale également des ruptures de stocks de tests ou de médicaments essentiels, ce qui rend les personnes dépendantes des pharmacies privées ou entraîne l'interruption du traitement lorsqu'il est financièrement inabordable.⁹⁰

⁸⁷ Ministère de la Santé de la RDC, *Rapport annuel de santé 2020*, Kinshasa, 2021.

⁸⁸ Eze P. et al., *Catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis*. Bull World Health Organe 2022; 100-337-251J; [Disponible en ligne sur] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9047424/pdf/BLT.21.287673.pdf>

⁸⁹ Carillon S., Ridde V., *Permanence et invisibilité des paiements directs pour le VIH en RDC*. In: *Une couverture sanitaire Universelle en 2030 ?* Québec, Canada: Editions science et bien commun, 2021; 503-30. [Disponible en ligne via] <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

⁹⁰ UCOP+ (Union Congolaise des Organisations de PVVIH) *Rapports mensuels de l'Observatoire VIH/TB de 2022*, RDC. [Disponible en ligne via] <https://ucoplus.org/rapports>

En 2020, 71% de la population de la RCA vivait en dessous du seuil de pauvreté internationale (< 1,9 US\$/jour, PPA).⁹¹ Les barrières financières constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins en général, et plus particulièrement aux services liés au VIH, malgré une déclaration de politique de gratuité des soins pour les PVVIH. Selon les témoignages recueillis par les équipes de MSF et d'autres partenaires, les patients doivent faire face à des paiements directs de soins à presque toutes les étapes du circuit du patient:

- Des frais d'environ 3 \$US sont facturés dans tous les établissements pour le dépistage initial du VIH (CDV, DCIP, dépistage des cas index, etc.);
- De nombreux patients ne sont pas mis sous traitement antirétroviral le jour même de leur test (malgré l'approche recommandée du dépister et traiter dans la foulée), parce que certains établissements de santé imposent une évaluation biologique en laboratoire préalable inutile dont le coût est scandaleux (de 45 à 90 USD par test);
- Etant donné qu'elles ne contribuent pas financièrement au personnel ou aux structures de santé, les PVVIH sont souvent obligées de payer leur consultation et leurs tests pour éviter d'être reléguées dans un circuit "non prioritaire" pour leur suivi, avec un risque élevé de retards, de soins incomplets et de négligence. C'est à la fois une source de stigmatisation et un risque accru de PDV;
- En raison d'un manque de financement, les médicaments gratuits pour le stade avancé de la maladie sont absents des établissements de santé publics. Les patients sont obligés d'acheter leurs médicaments contre les infections opportunistes soit à la pharmacie de l'établissement de santé, soit dans des pharmacies privées. S'ils ne peuvent pas se le permettre, ils doivent s'en passer.

Des obstacles similaires de soins indisponibles ou inabordables sont également omniprésents dans le domaine de la tuberculose, tels que: le paiement des frais de consultation initiale ou à l'admission, les examens paracliniques tels que les radiographies, qui sont payants et difficiles d'accès, et les frais de transport dus à l'éloignement des sites de dépistage et de traitement. Tout cela rend l'accès au diagnostic et au traitement particulièrement difficile.

⁹¹ La Banque mondiale en République centrafricaine, dernier accès le 14 juillet 2022. [Disponible en ligne via] Central African Republic Overview: Actualités, recherche et données sur le développement | Banque mondiale



La population **guinéenne** continue de faire face à l'instabilité, les épidémies récurrentes et les problèmes économiques, ce qui affecte ses besoins en matière de santé et sa capacité à accéder aux soins. Malgré une politique nationale déclarant la gratuité des soins pour le paludisme (comme c'est également le cas pour le VIH et la tuberculose), l'OCASS (Observatoire Citoyen d'Accès aux Services de Santé), organisme de surveillance de la société civile, a signalé qu'au cours du premier trimestre 2022, jusqu'à 28% (55 sur 197) des patients atteints de paludisme interrogés ont déclaré qu'on leur avait demandé de payer leur traitement (l'équivalent d'entre 5,7 et 23 dollars américains), tandis que 18% ont payé leurs tests et examens de laboratoire (entre 2,3 et 6,9 dollars américains).⁹² Les coûts cachés supplémentaires pour le traitement du paludisme comprennent le paracétamol et les solutions de réhydratation orale à tous les niveaux de soins de santé, tandis que les gens doivent également payer les perfusions, les seringues, les aiguilles, les désinfectants, les gants, etc. dans les centres de santé et les hôpitaux. Aucun de ces éléments n'est inclus dans le financement externe de la lutte contre le paludisme. Cela représente souvent une véritable charge pour les patients et les dissuade de se faire soigner. Cela remet également en question l'application et le suivi des politiques de gratuité des soins pour le VIH, la tuberculose et le paludisme.

© Albert Mastias/MSF

⁹² OCASS (Observatoire Citoyen d'Accès aux Services de Santé), *Bulletin OCASS du 1^{er} trimestre 2022*.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La crise du Covid-19 et le ralentissement économique mondial actuel creusent les écarts et les déficits de financement des principales interventions sanitaires nécessaires pour répondre efficacement aux besoins urgents des personnes touchées par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Les chiffres mondiaux montrent une tendance inquiétante en matière de couverture des besoins et de rythme de la réponse. Les pays et les communautés confrontés à des difficultés supplémentaires sont touchés de manière disproportionnée et ont besoin d'un soutien adéquat pour rattraper les pertes, la stagnation et les manques à combler en matière de prise en charge de ces maladies.

Dans ce document de briefing, MSF a décrit certaines des conséquences réelles pour les patients et les prestataires de soins. Le manque de financement affecte la provision d'intrants médicaux, et affaiblit leur livraison et disponibilité jusqu'au "dernier kilomètre", entraînant des ruptures de stocks, une disponibilité discontinue ou insuffisante de médicaments et autres produits médicaux clés, et des obstacles financiers accrus pour les patients. Dans plusieurs pays, les équipes MSF constatent un arrêt ou un recul de la couverture des soins et une stagnation de l'expansion de la prise en charge des patients: moins de dépistage et d'initiation de traitements du VIH, réduction des services de PTME, insuffisances et délais dans le diagnostic et traitement de la tuberculose, plus de PDV de patients sous TAR et traitement TB, des lacunes dans la couverture du traitement du paludisme malgré le nombre croissant de cas, retards et lacunes dans la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

Ce sont les patients qui subissent le plus durement ces chocs et ces insuffisances. Très souvent, des services importants sont dé-prioritisés ou retardés, et certaines communautés sont privées du soutien nécessaire ou subissent des coupes importantes. Le manque de ressources ouvre la voie à des soins de qualité inférieure, les pays n'étant pas en mesure de mettre en œuvre des programmes de soins fondés sur des données probantes ni de se conformer aux

recommandations de l'OMS. Les approches novatrices, qui pourraient changer la donne en matière de progrès, ne peuvent être mises en œuvre sans un financement réaliste. En outre, la préparation des communautés aux chocs et le maintien de la réponse nécessaire en temps de crise échouent souvent.

Par conséquent, les personnes touchées par le VIH, la tuberculose ou le paludisme sont confrontées à davantage de complications cliniques et à des risques de mortalité plus élevés. Cela fait peser une charge supplémentaire sur des services de santé déjà surchargés et sur des communautés vulnérables. Cette pression peut éroder davantage les progrès réalisés et avoir un impact sur la dynamique des épidémies, comme le montrent les risques croissants de résistance aux traitements et l'augmentation de la transmission et de l'incidence de ces maladies. Comme on le sait, un soutien spécifique aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme contribue à renforcer les services de santé dans leur ensemble, et l'expérience acquise dans la lutte contre ces trois maladies permet de tirer des enseignements utiles pour renforcer les systèmes de soins de santé.⁹³

Dans son rapport de 2019 "Burden sharing or burden shifting?" ("Partage ou transfert du fardeau?"), MSF a attiré l'attention sur les actions cruciales qui étaient indispensables pour changer la donne, et qui restent tout aussi valables aujourd'hui. Plusieurs bailleurs de fonds internationaux se sont retirés du soutien aux programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays les plus touchés. Les fonds ont souvent été réalloués vers la réponse au Covid-19 ou vers une aide plus proche de chez eux, avec un effet net négatif global sur les subventions de santé à de nombreux pays à faibles ressources. Les bailleurs internationaux qui ciblent les améliorations générales de la santé, le renforcement des systèmes de santé et les contributions à la couverture sanitaire universelle, mobilisent des ressources insuffisantes et visent rarement des besoins spécifiques et allouent peu souvent des investissements dédiés aux personnes touchées par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

⁹³ Samb B. et al., *An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems*. The Lancet Volume 373. Issue 9681. Pg. 2137-2169, 2009 [Disponible en ligne sur] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60919-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60919-3/fulltext)

Dans le dossier d'investissement du Fonds mondial pour la riposte aux trois maladies, les contributions attendues des ressources nationales des pays touchés constituent le principal axe de travail, mais dans la réalité économique actuelle et compte tenu des nombreuses dépenses concurrentes, ces projections sont probablement surestimées. Par conséquent, les déficits de financement prévus risquent de se creuser, et d'autres manquements à combler apparaissent lorsque des plans trop optimistes ne se concrétisent pas. Il est nécessaire d'adapter les plans actuels avec des engagements renforcés et plus réalistes, conformément au besoin urgent de combler ces écarts.

Même la demande du FM pour la reconstitution des ressources maintient sa lignée (14% des besoins globaux estimés pour les trois maladies dans les pays soutenus par le Fonds) au lieu de demander une injection de ressources supplémentaires pour soutenir les efforts de rattrapage nécessaires et les besoins non satisfaits croissants.

La préparation et la réponse aux pandémies futures, dont on parle beaucoup actuellement, ne peuvent être envisagées sans un investissement adéquat pour prévenir et traiter trois des grandes pandémies actuelles que sont le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.



Pour avoir la moindre prétention d'atteindre les Objectifs mondiaux de 2030 et, surtout, pour garantir la santé et le bien-être des populations pauvres et très vulnérables, la communauté internationale des bailleurs de fonds et donateurs doit agir dès maintenant pour:

Récupérer les acquis grâce à un financement soutenu, ciblé et élargi pour réduire la transmission, la morbidité et la mortalité liées à ces trois maladies. Cela signifie que les 18 milliards de dollars américains demandés par le FM doivent être considérés comme un seuil minimum et non comme un plafond. De nombreux pays dépendent du FM comme unique source de financement international pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. C'est le minimum absolu pour éviter de dérapier davantage.

Réengager les bailleurs internationaux dans la réponse au VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, directement, et en plus du FM. Compte tenu des difficultés actuelles à mobiliser un financement national suffisant et à compenser le retrait des bailleurs de fonds internationaux, il est important d'augmenter les contributions internationales globales provenant de sources multiples. Pour l'instant, il est urgent de combler les écarts en matière d'interventions non financées, telles que celles identifiées par les pays et acceptées par le FM dans le registre UQD des demandes de qualité non financées.

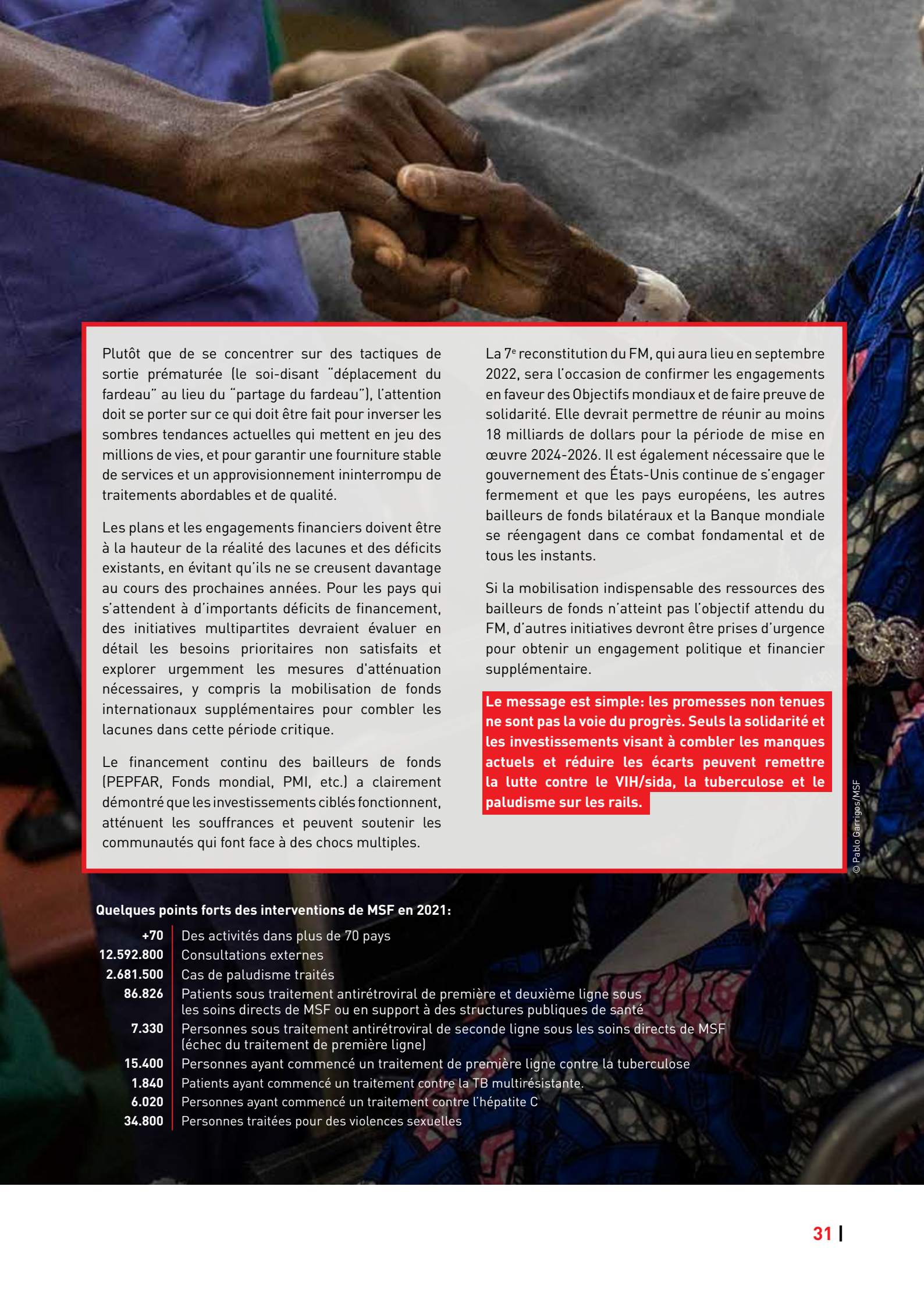
Établir des priorités sans rationner ni supprimer les interventions qui font leur preuve: Une approche équitable des soins de santé nécessite de gérer des priorités concurrentes, et non d'éliminer celles qui sont jugées essentielles mais inabornables. La déprioritisation, qui conduit au rationnement et à la réduction des budgets, comme l'ont constaté les équipes MSF, signifie que moins de personnes ont accès aux tests, aux diagnostics, aux traitements et au suivi nécessaire, et que davantage de personnes atteignent le stade avancé de la maladie à VIH. Les approches novatrices ainsi que le soutien essentiel des communautés et des OSC risquent d'être laissés de côté.

Se concentrer sur les personnes et les communautés confrontées aux insuffisances les plus mortelles: Les ressources doivent être affectées en priorité aux interventions dont il est connu et démontré qu'elles atteignent efficacement les patients, en évitant les morts et les souffrances inutiles. Les femmes et les enfants portent le plus lourd fardeau en terme de mortalité liée aux déficiences de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

Les groupes vulnérables et les victimes d'exclusion et de discrimination sont confrontés à des déficiences plus importantes que les autres. Certaines communautés sont touchées de manière disproportionnée et sont vulnérables à une détérioration de leur situation, notamment celles qui sont exposées à des chocs multiples (catastrophes naturelles, épidémies, insécurité alimentaire, conflits, etc.). Les personnes vivant dans des contextes de crise et dépendant de systèmes de santé fragiles ont besoin d'une attention accrue.

Assurer la livraison des intrants jusqu'au dernier kilomètre, en insistant sur des évaluations réalistes des investissements nécessaires: Il est essentiel de reconnaître les lacunes existantes dans les services, dans le contexte des réalités mondiales actuelles, pour remettre sur les rails la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Toute prétention que les choses vont en réalité mieux qu'elles ne semblent, ou tout souhait de "mobilisation des ressources intérieures" non ancré dans la réalité risque d'aggraver les manques à combler, entraînant une répercussion des coûts sur les patients (paiements directs des soins), une augmentation des ruptures de stocks des intrants, une érosion de la qualité et de l'accès aux services essentiels et aux modèles de soins innovants, y compris dans les approches communautaires.

Promouvoir des modèles de soins innovants et les intrants les plus récents fondés sur des données probantes: Les personnes dont les besoins sont les plus importants et qui vivent dans les environnements les plus difficiles ont besoin d'approches innovantes pour améliorer la détection des infections, réduire la transmission et créer les meilleures chances d'adhésion au traitement. Il a été démontré que l'adoption de stratégies et d'outils améliorés pouvait changer la donne en matière de contrôle des pandémies. Cela inclut des **investissements ciblés pour les OSC** afin de s'assurer qu'elles soient reconnues et valorisées comme partenaires à part entière dans la lutte contre ces trois maladies.



Plutôt que de se concentrer sur des tactiques de sortie prématurée (le soi-disant “déplacement du fardeau” au lieu du “partage du fardeau”), l’attention doit se porter sur ce qui doit être fait pour inverser les sombres tendances actuelles qui mettent en jeu des millions de vies, et pour garantir une fourniture stable de services et un approvisionnement ininterrompu de traitements abordables et de qualité.

Les plans et les engagements financiers doivent être à la hauteur de la réalité des lacunes et des déficits existants, en évitant qu’ils ne se creusent davantage au cours des prochaines années. Pour les pays qui s’attendent à d’importants déficits de financement, des initiatives multipartites devraient évaluer en détail les besoins prioritaires non satisfaits et explorer urgemment les mesures d’atténuation nécessaires, y compris la mobilisation de fonds internationaux supplémentaires pour combler les lacunes dans cette période critique.

Le financement continu des bailleurs de fonds (PEPFAR, Fonds mondial, PMI, etc.) a clairement démontré que les investissements ciblés fonctionnent, atténuent les souffrances et peuvent soutenir les communautés qui font face à des chocs multiples.

La 7^e reconstitution du FM, qui aura lieu en septembre 2022, sera l’occasion de confirmer les engagements en faveur des Objectifs mondiaux et de faire preuve de solidarité. Elle devrait permettre de réunir au moins 18 milliards de dollars pour la période de mise en œuvre 2024-2026. Il est également nécessaire que le gouvernement des États-Unis continue de s’engager fermement et que les pays européens, les autres bailleurs de fonds bilatéraux et la Banque mondiale se réengagent dans ce combat fondamental et de tous les instants.

Si la mobilisation indispensable des ressources des bailleurs de fonds n’atteint pas l’objectif attendu du FM, d’autres initiatives devront être prises d’urgence pour obtenir un engagement politique et financier supplémentaire.

Le message est simple: les promesses non tenues ne sont pas la voie du progrès. Seuls la solidarité et les investissements visant à combler les manques actuels et réduire les écarts peuvent remettre la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sur les rails.

© Pablo Garrigos/MSF

Quelques points forts des interventions de MSF en 2021 :

+70	Des activités dans plus de 70 pays
12.592.800	Consultations externes
2.681.500	Cas de paludisme traités
86.826	Patients sous traitement antirétroviral de première et deuxième ligne sous les soins directs de MSF ou en support à des structures publiques de santé
7.330	Personnes sous traitement antirétroviral de seconde ligne sous les soins directs de MSF (échec du traitement de première ligne)
15.400	Personnes ayant commencé un traitement de première ligne contre la tuberculose
1.840	Patients ayant commencé un traitement contre la TB multirésistante.
6.020	Personnes ayant commencé un traitement contre l’hépatite C
34.800	Personnes traitées pour des violences sexuelles

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ABC/3TC + EFV	abacavir/lamivudine + effavirenz	OOP	Payement direct des soins par les patients (Out-of-pocket expenses)
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre	OSC	Organisation de la société civile
ARV	Antirétroviral	PC	Population clé
BND	Budget national de développement	PDV	Perdu.e de vue
CD4	Cluster de différenciation 4	PEP	Prophylaxie post-exposition
CDI	Consommateur de drogues injectables	PEPFAR	Plan d'urgence du président américain de lutte contre le sida (US President's Emergency Plan for Aids Relief)
CDIP	Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire	PEV	Programme élargi de vaccination
CDV	Conseil et dépistage volontaire	PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier	PRI	Pulvérisation résiduelle intérieure
CrAg	Test de détection de l'antigène cryptococcique	PVVIH	Personne vivant avec le VIH
CSU	Couverture sanitaire universelle	PMI	L'initiative contre le paludisme du Président des Etats-Unis d'Amérique (The US President's Malaria Initiative)
CV	Charge virale	PPA	Parité de pouvoir d'achat
DST	test de sensibilité aux médicaments (Drug sensitivity testing)	PS	Professionnelle du sexe
DTG	Dolutegravir	PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
ESCOMB	Enquête socio-comportementale et biologique	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
FM	Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Global Fund en anglais)	RAM	Résistance aux antimicrobiens
GAVI	L'Alliance pour les Vaccins (The Vaccine Alliance)	RCA	République centrafricaine
HPF	Fonds du Health Pooled Fund	RDC	République démocratique du Congo
HSB	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	RH	Ressource humaine
INH	Isoniazide (traitement préventif de la tuberculose)	Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
IPC	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (Integrated food security Phase Classification)	SRO	Solution de réhydratation orale
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	TAR	Traitement antirétroviral
MRI	Mobilisation des ressources intérieures	TB	Tuberculose
MSF	Médecins Sans Frontières	TB-MR	Tuberculose multirésistante
OCASS	Observatoire citoyen sur l'accès aux services de santé	TCA	Thérapie combinée à base d'artémisinine
OCHA	Le bureau des Nations Unies de coordination des affaires humanitaires (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)	TDR	Test de diagnostic rapide
OMS	Organisation mondiale de la Santé	TMM	Traitement de maintien à la méthadone
ONG	Organisation non gouvernementale	TOD	Thérapie sous observation directe
ONUSIDA	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida	TPT	Traitement préventif de la tuberculose
		UNHCR	L'agence des Nations Unies pour les réfugiés
		UQD	Demandes de qualité non financées (Unfunded Quality Demand)
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
		VSBG	Violences sexuelles et basées sur le genre



Médecins Sans Frontières

Centre opérationnel de Bruxelles
(OCB)
Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Bruxelles
Belgique
Email: Info-analysis@msf.org

**Pour de plus amples informations sur
MSF et le VIH/sida, la tuberculose et le
paludisme, rendez-vous sur:**

www.samumsf.org
www.msf.org
www.msf-analysis.org

