

CONTENU

| | |
|--|-----------|
| RÉSUMÉ EXÉCUTIF ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS | 1 |
| SIGLES | 8 |
| INTRODUCTION | 9 |
| 1. UN FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME STRUCTURELLEMENT INSUFFISANT AU NIVEAU MONDIAL | 13 |
| A. De graves déficits dans le financement de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme | 13 |
| B. L'argumentaire d'investissement du Fonds mondial | 14 |
| C. Les donateurs bilatéraux ne combleront pas les déficits de financement de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme | 15 |
| D. Les ressources nationales ne permettront pas de couvrir les déficits de financement de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme | 17 |
| E. Les patients ne doivent pas payer le prix du déficit de financement du VIH, de la tuberculose et du paludisme | 19 |
| F. Pression sur le financement du Fonds mondial | 21 |
| 2. CONSÉQUENCES POUR LES PERSONNES ET LES POPULATIONS – ET MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES | 22 |
| 2.1. DES POPULATIONS NÉGLIGÉES ET VULNÉRABLES LAISSÉES POUR COMPTE DANS LA RÉPONSE | 23 |
| A. Personnes touchées par une crise | 23 |
| B. Populations clés sous pression: exclusion des soins | 24 |
| C. Des enfants toujours laissés pour compte dans la riposte au VIH et à la tuberculose | 28 |
| D. Des cas graves ignorés ou traités trop tard: les retards en matière de diagnostic, prévention et traitements | 30 |
| 2.2. DES APPROCHES CLÉS EFFICACES MINÉES PAR LE MANQUE DE FINANCEMENT | 33 |
| A. Faible décentralisation et accès insuffisant à des soins de qualité pour le VIH, la tuberculose et le paludisme | 33 |
| B. Mises à l'écart et sous-financées: le rôle essentiel de la société civile et des organisations communautaires | 34 |
| C. Investissement insuffisant dans les ressources humaines pour la santé | 36 |
| D. Accès insuffisant aux outils préventifs | 38 |
| 2.3. FOURNITURES MÉDICALES ESSENTIELLES MANQUANTES | 40 |
| A. Ruptures de stock répétées, perturbations de la chaîne d'approvisionnement et intrants qui n'atteignent pas le dernier kilomètre | 40 |
| 2.4. PRIX DES OUTILS MÉDICAUX TROP CHERS ET INABORDABLES: UNE APPROCHE AMBITIEUSE DE LA CONCEPTION DU MARCHÉ EST ESSENTIELLE – Y COMPRIS DE NOUVEAUX PRODUITS | 42 |
| 3. EN CONCLUSION | 44 |
| 4. RECOMMANDATIONS | 45 |



RÉSUMÉ EXÉCUTIF ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

La reconstitution des ressources du Fonds mondial en 2025 (cycle de subventions 8 ou CS8) prend place dans un contexte d'extrême instabilité. L'incertitude économique, l'évolution des engagements des donateurs et le recul du multilatéralisme menacent des décennies de progrès en matière de santé mondiale. À ces pressions s'ajoutent de multiples crises qui touchent de manière disproportionnée les pays à revenu faible et intermédiaire: le changement climatique, la montée en puissance du conservatisme politique ainsi que des conflits de plus en plus complexes et prolongés. Les personnes et les communautés en première ligne de ces crises en ressentent d'ores et déjà les conséquences. Perturbations des services de santé, pénuries de médicaments essentiels et retrait des principales sources de financement induisent des dommages bien réels, tels que des diagnostics retardés, des traitements indisponibles ou interrompus avec, pour conséquence, des décès pourtant évitables et des inégalités croissantes dans l'accès aux soins. Sans investissements urgents et soutenus, c'est l'avenir même de la riposte mondiale au VIH, à la tuberculose et au paludisme qui est en jeu avec, à la clé, le risque de voir s'éroder les progrès durement acquis: plus de morts, de malades et de nouvelles infections; augmentation de la résistance aux médicaments et affaiblissement de systèmes de santé déjà fragiles.

En tant qu'organisation humanitaire médicale active dans plus de 70 pays, Médecins Sans Frontières (MSF) fournit des soins de santé dans des contextes de conflit, de déplacement, d'épidémies et d'effondrement du système de santé – situations où, bien souvent, il y a peu voire aucun autre acteur. Financée de manière indépendante, MSF n'a pas à s'aligner sur un quelconque donateur gouvernemental et peut donc parler librement des besoins critiques non couverts constatés sur le terrain. Dans de nombreux contextes, nos équipes observent déjà les conséquences du recul du soutien des donateurs: ruptures d'approvisionnement en antirétroviraux, en traitements antipaludiques et antituberculeux, patients contraints de parcourir de longues distances pour finalement se voir refuser l'accès aux soins, agents de santé communautaires non rémunérés ou insuffisamment soutenus, et activités essentielles de prévention laissées sans financement. Ces défis ne se limitent pas aux milieux dits "fragiles"; des pays dont les systèmes de santé fonctionnent mais qui manquent tout simplement de ressources sont aussi concernés.

IMPACT DE LA DIMINUTION DU SOUTIEN DES DONATEURS :



RUPTURES DE STOCKS D'ANTIROVIRAUX, D'ANTIPALUDIQUES ET DE MÉDICAMENTS CONTRE LA TUBERCULOSE



PERSONNES QUI PARCOURENT DE LONGUES DISTANCES ET QUI SE VOIENT RENVOYÉES SANS MÉDICAMENTS



AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES NON RÉMUNÉRÉS OU NON SOUTENUS



ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ESSENTIELLES NON FINANCÉES

Ce rapport évalue les besoins critiques non couverts dans les réponses au VIH, à la tuberculose et au paludisme en se basant sur l'expérience opérationnelle de MSF ainsi que les données recueillies par ses équipes de terrain au Burundi, en République centrafricaine (RCA), en République démocratique du Congo (RDC), en Guinée, au Kenya, au Malawi, au Mali, au Mozambique, au Pakistan, aux Philippines, au Soudan du Sud et au Soudan.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (auquel on référera ici de manière plus brève en tant que "Fonds mondial") joue un rôle fondamental dans le financement de la lutte contre ces trois maladies, particulièrement dans les pays aux capacités de financement nationales limitées et aux systèmes de santé fragiles. Un affaiblissement de sa capacité d'action et de ses ressources compromet les progrès futurs dans la lutte contre les trois maladies. Malgré cela, l'argumentaire d'investissement du Fonds mondial pour la 8e reconstitution des ressources **ne demande aux donateurs qu'un montant minime par rapport à l'immensité des besoins**. Confrontés à des défis économiques provoqués par les conflits, l'inflation, le fardeau de la dette et la fragilité de leurs bases fiscales, bien des pays à revenu faible ou intermédiaire peinent à augmenter leur financement en matière de santé. La baisse des financements des donateurs, combinée à une pression excessive vis-à-vis des ressources domestiques, creuse des

déficits budgétaires majeurs. En conséquence, le coût de l'accès rapide aux soins repose de plus en plus sur les patients eux-mêmes: beaucoup doivent payer de leur poche, et ceux qui n'en ont pas les moyens se voient contraints de renoncer à se faire soigner. Le risque d'un effondrement des services de santé est particulièrement important dans les états fragiles et touchés par des conflits, où les systèmes de santé dépendent fortement de l'aide extérieure. Dans de telles situations, mettre de plus en plus la responsabilité financière à la charge de ces états, sans mettre en place des filets de protection sociale appropriés, risque d'avoir de graves conséquences, telles qu'une **réduction de la couverture des services de santé et une augmentation des obstacles financiers pour les patients**. Certaines solutions de financement novatrices existent et sont proposées, mais elles n'ont pas encore fait leurs preuves. Ainsi, pour ne pas aggraver les inégalités en matière de santé, les plans financiers doivent s'aligner sur les réalités économiques, faire participer la société civile à la réponse et donner la priorité aux besoins à court terme plutôt qu'aux objectifs théoriques à long terme. La poursuite du soutien international reste essentielle pour éviter d'aggraver les disparités mondiales en matière de santé.

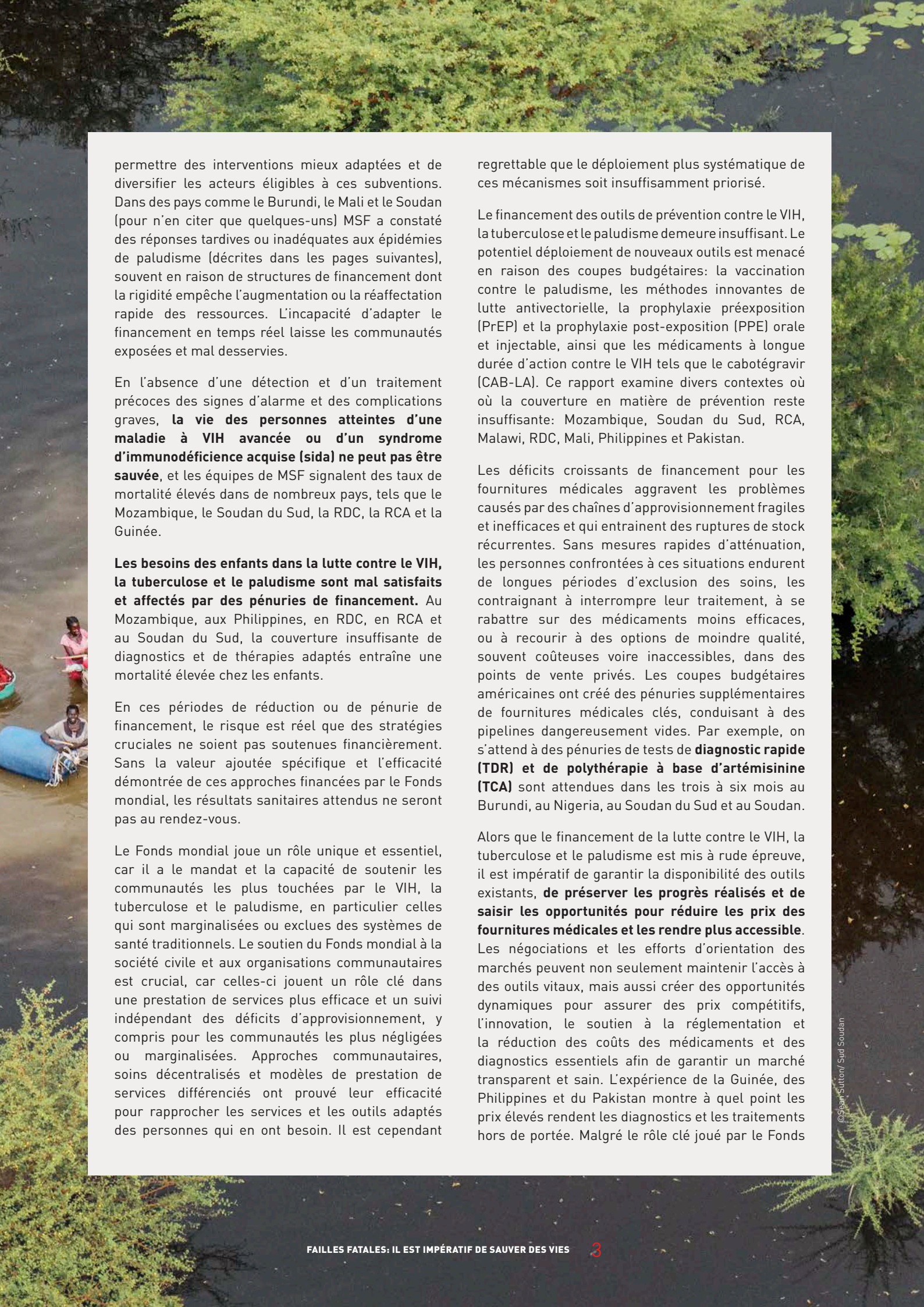
Les importants déficits de financement mettent en péril des interventions permettant de sauver des vies. Il est donc crucial d'inclure de toute urgence des mesures d'atténuation permettant de réduire l'impact dramatique de ces reculs. Sans engagements financiers suffisants, les lacunes dans les services essentiels de santé risquent de s'accroître, entraînant une hausse de la mortalité et de la morbidité, ainsi qu'un risque accru de résurgence des trois épidémies. Le registre du Fonds mondial sur la demande de qualité non financée (UQD) et la demande prioritaire au-dessus de l'allocation (PAAR) donnent déjà une certaine visibilité sur l'impact des déficits de financement en matière de potentielle discontinuation de services et d'approvisionnements en fournitures. Par exemple, en RDC, le niveau des fonds dédiés au VIH ne permet pas de financer une meilleure couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), ni d'étendre les soins aux personnes atteintes de la maladie à VIH avancé, malgré le risque très élevé de décès pour ces patients. En RCA, la détection et le traitement de la maladie à VIH avancé ont

également été limités et le programme de formation sur le paludisme a dû être annulé. Au Pakistan et aux Philippines, le registre PAAR contient respectivement 111 millions de Millions de dollars US et 225 millions de dollars US.¹ D'autres déficits existent, mais ne sont pas toujours reconnus comme tels, ni signalés de manière transparente.

Le manque de financement risque d'avoir un impact particulièrement fort sur les personnes déjà confrontées à des situations de vulnérabilité et à des obstacles dans l'accès aux services essentiels. Cela concerne notamment les populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres et de diverses identités de genre, travailleurs du sexe, personnes qui consomment des drogues, personnes vivant avec le VIH, personnes incarcérées ou placées dans d'autres lieux fermés), ainsi que les personnes touchées par une crise (y compris les réfugiés et les personnes déplacées), celles déjà atteintes d'une maladie grave et enfin les enfants. Exclusion, criminalisation et obstacles systémiques empêchent les populations clés d'accéder aux services essentiels de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. La stigmatisation, les lois punitives et les environnements hostiles sapent aussi bien les efforts de prévention que l'accès aux soins, laissant les personnes les plus à risque sans soutien. Le recul continu des droits des **populations clés** compromet l'objectif officiel d'assurer un accès équitable à des soins de santé de qualité et empêche les personnes les plus à risque d'obtenir les soins vitaux dont elles ont besoin. Les récents changements politiques et juridiques ont renforcé la stigmatisation et l'exclusion, comme au Kenya et en RDC.

Les besoins sanitaires urgents des personnes touchées par les crises - **y compris les conflits, les déplacements et les épidémies** - ont tendance à être négligés, en raison de la lenteur et de l'inadaptation de l'aide dédiée à la continuité du traitement, des soins et de la prévention. Alors que les situations d'urgence deviennent de plus en plus larges et complexes, les acteurs équipés pour y répondre sont sous pression: la poignée d'organisations humanitaires ne peuvent à elles seules combler les besoins critiques non couverts, et les acteurs de la santé, y compris le Fonds mondial, sont sommés de réagir efficacement. Il est nécessaire de faire preuve d'une plus grande souplesse dans les modalités de subvention afin de

1 Le Fonds mondial. Explorateur de données - Philippines <https://data.theglobalfund.org/location/PHL/access-to-funding>



permettre des interventions mieux adaptées et de diversifier les acteurs éligibles à ces subventions. Dans des pays comme le Burundi, le Mali et le Soudan (pour n'en citer que quelques-uns) MSF a constaté des réponses tardives ou inadéquates aux épidémies de paludisme (décrites dans les pages suivantes), souvent en raison de structures de financement dont la rigidité empêche l'augmentation ou la réaffectation rapide des ressources. L'incapacité d'adapter le financement en temps réel laisse les communautés exposées et mal desservies.

En l'absence d'une détection et d'un traitement précoces des signes d'alarme et des complications graves, **la vie des personnes atteintes d'une maladie à VIH avancée ou d'un syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ne peut pas être sauvée**, et les équipes de MSF signalent des taux de mortalité élevés dans de nombreux pays, tels que le Mozambique, le Soudan du Sud, la RDC, la RCA et la Guinée.

Les besoins des enfants dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sont mal satisfaits et affectés par des pénuries de financement. Au Mozambique, aux Philippines, en RDC, en RCA et au Soudan du Sud, la couverture insuffisante de diagnostics et de thérapies adaptés entraîne une mortalité élevée chez les enfants.

En ces périodes de réduction ou de pénurie de financement, le risque est réel que des stratégies cruciales ne soient pas soutenues financièrement. Sans la valeur ajoutée spécifique et l'efficacité démontrée de ces approches financées par le Fonds mondial, les résultats sanitaires attendus ne seront pas au rendez-vous.

Le Fonds mondial joue un rôle unique et essentiel, car il a le mandat et la capacité de soutenir les communautés les plus touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme, en particulier celles qui sont marginalisées ou exclues des systèmes de santé traditionnels. Le soutien du Fonds mondial à la société civile et aux organisations communautaires est crucial, car celles-ci jouent un rôle clé dans une prestation de services plus efficace et un suivi indépendant des déficits d'approvisionnement, y compris pour les communautés les plus négligées ou marginalisées. Approches communautaires, soins décentralisés et modèles de prestation de services différenciés ont prouvé leur efficacité pour rapprocher les services et les outils adaptés des personnes qui en ont besoin. Il est cependant

regrettable que le déploiement plus systématique de ces mécanismes soit insuffisamment priorisé.

Le financement des outils de prévention contre le VIH, la tuberculose et le paludisme demeure insuffisant. Le potentiel déploiement de nouveaux outils est menacé en raison des coupes budgétaires: la vaccination contre le paludisme, les méthodes innovantes de lutte antivectorielle, la prophylaxie préexposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PPE) orale et injectable, ainsi que les médicaments à longue durée d'action contre le VIH tels que le cabotégravir (CAB-LA). Ce rapport examine divers contextes où où la couverture en matière de prévention reste insuffisante: Mozambique, Soudan du Sud, RCA, Malawi, RDC, Mali, Philippines et Pakistan.

Les déficits croissants de financement pour les fournitures médicales aggravent les problèmes causés par des chaînes d'approvisionnement fragiles et inefficaces et qui entraînent des ruptures de stock récurrentes. Sans mesures rapides d'atténuation, les personnes confrontées à ces situations endurent de longues périodes d'exclusion des soins, les contraignant à interrompre leur traitement, à se rabattre sur des médicaments moins efficaces, ou à recourir à des options de moindre qualité, souvent coûteuses voire inaccessibles, dans des points de vente privés. Les coupes budgétaires américaines ont créé des pénuries supplémentaires de fournitures médicales clés, conduisant à des pipelines dangereusement vides. Par exemple, on s'attend à des pénuries de tests de **diagnostic rapide (TDR) et de polythérapie à base d'artémisinine (TCA)** sont attendues dans les trois à six mois au Burundi, au Nigeria, au Soudan du Sud et au Soudan.

Alors que le financement de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme est mis à rude épreuve, il est impératif de garantir la disponibilité des outils existants, **de préserver les progrès réalisés et de saisir les opportunités pour réduire les prix des fournitures médicales et les rendre plus accessible.** Les négociations et les efforts d'orientation des marchés peuvent non seulement maintenir l'accès à des outils vitaux, mais aussi créer des opportunités dynamiques pour assurer des prix compétitifs, l'innovation, le soutien à la réglementation et la réduction des coûts des médicaments et des diagnostics essentiels afin de garantir un marché transparent et sain. L'expérience de la Guinée, des Philippines et du Pakistan montre à quel point les prix élevés rendent les diagnostics et les traitements hors de portée. Malgré le rôle clé joué par le Fonds

mondial dans les achats groupés et les négociations sur les prix, trop de produits essentiels restent inabordables, en particulier **les traitements antipaludiques de deuxième intention**²; les nouveaux outils de prévention du VIH comme la **PrEP à action prolongée**; les **diagnostics de la tuberculose et du VIH résistants aux médicaments**; le **diagnostic précoce du nourrisson (DPN)** et le **dépistage de la charge virale**. Le coût élevé des tests GeneXpert produits par la société américaine Cepheid est un exemple frappant de la façon dont les entreprises pharmaceutiques continuent d'imposer des prix hors de portée pour de nombreux pays et bien supérieur à ce qu'indiquent les analyses publiques du coût des biens, et ce malgré le financement public pour la recherche et développement de ces produits.

En conclusion, les équipes de MSF observent chaque jour l'impact concret des déficits de financement sur les populations dans de nombreux pays. Les plus touchés sont souvent les individus les plus pauvres et vulnérables de la société. Ce rapport met en évidence les déficits de financement et les lacunes en matière de services dans de nombreux pays et communautés.

Le Fonds mondial reste l'un des rares mécanismes capables de soutenir des ripostes inclusives à grande échelle contre les trois maladies. Sans une reconstitution complète de ses ressources, une grande partie des efforts, des investissements et des réalisations antérieurs seront perdus. La 8^{ème} reconstitution des ressources du Fonds mondial est donc un moment décisif, une occasion de réaffirmer la solidarité mondiale et de traduire l'engagement en actes. Sans un soutien financier urgent et durable, les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies risquent d'être réduits à néant. L'incapacité à obtenir un financement suffisant entraînera une augmentation du nombre de nouvelles infections, des interruptions de traitement, une résistance croissante aux antimicrobiens et des décès évitables qui deviendront la norme plutôt que l'exception. Les communautés les plus vulnérables du monde en subiront l'impact de plein fouet. **Le moment est venu d'intensifier nos efforts, de protéger les progrès déjà réalisés et d'assurer un avenir dans lequel le VIH, la tuberculose et le paludisme ne menacent plus des millions de vies chaque année.**

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- 2 Les traitements antipaludiques de deuxième intention sont essentiels pour mener des activités de masse dans des contextes d'urgence, tels que les administrations massives de médicaments (AMM), les campagnes de lutte contre le paludisme saisonnier où le médicament de chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) SPAQ (une combinaison de médicaments antipaludiques composée de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine) peut être moins adapté, ou pour la mise en œuvre dans d'autres interventions recommandées par l'OMS, telles que la chimioprévention du paludisme après la sortie de l'hôpital pour réduire le risque de réadmissions dans les établissements de santé.

©Sean Sutton/ Sud Sudan



À l'approche de la 8ème reconstitution des ressources du Fonds mondial, Médecins Sans Frontières (MSF) identifie six recommandations essentielles devant être mises en œuvre afin de soutenir et de renforcer la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Nos recommandations au Fonds mondial et à ses donateurs pour relever ces défis sont les suivantes:

1. Reconstitution intégrale du Fonds mondial

Le financement intégral de la 8ème reconstitution des ressources est fondamental. Il s'agit du strict minimum, car même dans l'hypothèse où cette reconstitution sera complète, de nombreux besoins dans la lutte mondiale contre le VIH, la tuberculose et le paludisme resteront non couverts. On ne peut pas prétendre que tout déficit sera suffisamment compensé par d'hypothétiques augmentations de la mobilisation des ressources domestiques ou par des méthodes de financement innovantes. Le financement extérieur et les subventions du Fonds mondial constituent la colonne vertébrale d'une réponse efficace aux trois maladies. Alors que la plupart des pays sont confrontés à des perspectives économiques difficiles et à une réduction de leur marge budgétaire pour les dépenses de santé, les attentes en matière de mobilisation de ressources domestiques - y compris pour les plans de cofinancement et de transition des pays - doivent être adaptées, sur la base d'une évaluation actualisée et réaliste de la situation de chaque pays. Ceci est nécessaire afin d'éviter de nouvelles pressions indues visant à transférer le fardeau financier des soins essentiels sur les pays incapables d'augmenter leurs budgets de santé publique, voire sur les patients eux-mêmes par le biais de paiements directs par l'utilisateur.

Les plans de viabilité financière doivent donc faire preuve de souplesse et de prudence. Cette analyse devrait être faite en tenant compte des contributions de la société civile et des organisations de patients.

2. Priorité en matière de financement: partir de la réalité et des lacunes existantes qui affectent les personnes aujourd'hui

Les principales lacunes et besoins non satisfaits listés dans les registres actualisés de l'UQD et du PAAR indiquent quelles interventions de haute qualité n'ont pas pu être financées lors de l'octroi de subventions précédentes. Elles devraient maintenant être priorisées d'urgence. Il convient également d'analyser d'autres insuffisances concernant des interventions qui sont importantes mais n'ont pas été listées dans ces registres. Les informations issues du suivi mené par les communautés sur les lacunes existantes, ainsi que les propositions des organisations communautaires ou de la société civile pour y remédier, doivent être intégrées dans l'analyse, via une participation significative de la société civile dans l'octroi des subventions. Il convient d'assurer une disponibilité suffisante d'intrants pour le diagnostic tant au niveau des établissements de santé que pour les patients eux-mêmes. Cela permet d'atténuer les effets négatifs de ces pénuries

comme les interruptions de traitement, les retards dans les soins et le manque de qualité des soins. Ces manquements peuvent causer des décès, des complications médicales, l'échec et/ou la résistance au traitement, une couverture réduite des mesures préventives et la détresse financière des gens confrontés à des dépenses directes liées aux soins.

3. Focus sur les interventions en faveur des personnes les plus vulnérables

Certaines personnes sont particulièrement vulnérables et rencontrent des obstacles importants pour accéder aux services et interventions essentiels. Il s'agit notamment les populations clés, les personnes en situation de crise (y compris réfugiés et déplacés), les personnes les plus exposées au risque de mourir rapidement en raison d'une forme sévère ou résistante de la maladie, et les enfants. La priorité devrait être accordée au financement d'un soutien concret et efficace visant à réduire leurs risques de mortalité et de morbidité et à les protéger contre l'exclusion des soins, la négligence et les abus.

Dans les contextes où les populations clés sont criminalisées, les modèles de soins dispensés par les pairs doivent être étendus et le soutien du Fonds mondial aux approches de protection des patients et de droits humains doit être renforcé.

Pour les personnes touchées par des crises (par exemple conflits, déplacements, épidémies ou catastrophes naturelles), des mesures d'atténuation spécifiques sont nécessaires de toute urgence. La politique du Fonds mondial relative à un contexte d'intervention difficile (CID) devrait être appliquée plus largement afin d'introduire plus de flexibilité. Dans les pays sujets à des crises (récurrentes), la planification des subventions doit inclure des plans de réponse aux urgences clairs permettant de mobiliser rapidement des ressources supplémentaires, de modifier les priorités en faveur d'interventions vitales ou éventuellement de changer deréciendaire de subvention.

Il est urgent de mettre en place des programmes de détection, prévention et de traitement pour les personnes atteintes de maladie à VIH avancé, afin d'atténuer les complications graves et le risque élevé de décès imminent. Ces programmes doivent inclure la détection précoce, l'orientation et le traitement grâce à l'accès aux outils de diagnostic de la numération des CD4, du lipoarabinomannane (TB-LAM) et de l'antigène cryptococcique (CrAg) au niveau des soins primaires, ainsi que la mise à disposition du traitement des principales infections opportunistes au-delà du nombre désormais limité d'hôpitaux qui offrent ce service.

La disponibilité d'un diagnostic et d'un traitement adaptés à l'enfant doit faire l'objet d'un financement plus important, afin de réduire le risque de décès par le VIH, la tuberculose et le paludisme grâce à des modèles de soins décentralisés (tels que l'autogestion, les approches communautaires, etc.). Pour le VIH, il est urgent d'intensifier le diagnostic précoce du nourrisson (DPN) et d'améliorer la prophylaxie postnatale. Le financement de formulations de traitements contre le VIH et la tuberculose adaptées aux enfants permettrait d'améliorer la couverture et les résultats thérapeutiques. La mortalité infantile due au paludisme pourrait être réduite en luttant contre les pénuries de financement pour la thérapie combinée à base d'artémisinine (TCA), les moustiquaires et les outils préventifs, y compris pendant les épidémies.

4. Protéger les stratégies qui ont fait leurs preuves

En période de réduction ou de pénurie de financement, certaines stratégies cruciales doivent être protégées en raison de leur valeur ajoutée en termes d'efficacité, d'efficacités et de taux de couverture. Ces stratégies devraient être priorisées sur base des données tirées des expériences passées quant à leur capacité à sauver des vies et atteindre ceux qui en ont le plus besoin.

Il convient notamment d'accorder un soutien prioritaire à la société civile et aux organisations communautaires, car celles-ci constituent l'épine dorsale de la prestation de services la plus efficace et du suivi en temps réel des déficits d'approvisionnement ou de services, y compris pour les communautés les plus négligées ou marginalisées. Dans un contexte de diminution du

soutien financier d'autres donateurs, le financement du Fonds mondial destiné aux organisations de la société civile et aux organisations communautaires pour leur permettre d'offrir des services directs, de défendre les populations et de responsabiliser les systèmes de santé devrait bénéficier d'une priorité renforcée. Il est également recommandé de simplifier les processus de demande de financement et de rapport.

Les approches communautaires, les soins décentralisés et les modèles de prestation de services différenciés (groupes de TAR communautaires, distribution de plusieurs mois d'ARV, soins familiaux de la tuberculose, interventions communautaires intégrées contre le paludisme) devraient être financés en priorité. C'est également le cas concernant la disponibilité suffisante d'outils pour le diagnostic et la détection précoces au niveau des soins de santé primaires (GeneXpert, TDR du paludisme, PIMA, ou surveillance et analyse intégrées au point de service, CrAg, etc.).

Des outils de prévention pour les trois maladies devraient être financés, y compris les plus récents tels que la vaccination antipaludique, des méthodes innovantes de lutte antivectorielle, la PrEP et la PPE anti-VIH orales et injectables, et des médicaments à action prolongée tels que le CABLA (cabotégravir à action prolongée). Lorsque la couverture de la PTME et du traitement préventif de la tuberculose reste limitée, des efforts supplémentaires doivent être financés.

5. Un financement suffisant axé sur les avantages pour les patients et les services

Le financement des systèmes de santé devrait donner la priorité aux interventions qui ont un impact positif direct sur les patients et leur santé, et les protègent des interruptions de traitement, de soins et de prévention. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur la disponibilité ininterrompue et suffisante des médicaments et consommables essentiels, fournies gratuitement à la population. Cela implique de veiller à ce que les agents de santé de première ligne soient correctement formés, motivés et rémunérés (y compris les travailleurs communautaires et non professionnels), afin d'éviter que des médicaments essentiels ne disparaissent ou ne deviennent inabordables. En l'absence d'une contribution directe claire à l'amélioration des

résultats, les interventions au niveau des patients et des communautés financées dans le cadre général du "renforcement des systèmes de santé" devraient faire l'objet d'un examen critique – et éventuellement être suspendues.

6. Réductions de prix des médicaments par la négociation et l'orientation des marchés

Alors que les budgets de la santé sont sous pression, il sera crucial d'obtenir des prix plus bas pour les produits essentiels. Pour ce faire, le Fonds mondial devrait renforcer son rôle dans les négociations et l'orientation des marchés. Les ressources disponibles doivent être consacrées en priorité à l'amélioration des achats de fournitures médicales, à la négociation des prix et aux efforts d'orientation des marchés, qui permettent d'obtenir un meilleur rapport qualité prix global pour les médicaments essentiels et donc de fournir un traitement à davantage de personnes. Une attention particulière devrait être accordée à la réduction du prix de certains produits désormais si chers qu'ils sont hors de portée, tels que les tests GeneXpert, les ARV pédiatriques, la PrEP à action prolongée et les médicaments antipaludiques de deuxième intention. Puisque la part du Fonds mondial dans les achats de médicaments contre le VIH, la tuberculose et le paludisme augmente au niveau global, son rôle devient d'autant plus crucial dans la négociation de prix plus abordables, l'approvisionnement groupé et l'obtention de fournitures de qualité. Il est nécessaire de redoubler d'efforts pour façonner le marché afin d'accroître l'accès aux outils vitaux pour un plus grand nombre de personnes dans le besoin.

SIGLES

| | | | |
|-----------------|--|----------------|--|
| TCA | Thérapie combinée à base d'artémisinine | APD | Aide publique au développement |
| MVA | Maladie à VIH avancée | OOB | Out of Pocket payment – paiements directs à la charge de l'utilisateur |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise | PAAR | Demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée (Prioritized Above Allocation Request) |
| TAR | Traitement antirétroviral | FBP | Financement basé sur la performance |
| ARV | Antirétroviraux(s) | PPE | Prophylaxie post-exposition |
| BHU | Unités de santé de base | PEPFAR | Plan d'urgence du Président pour la riposte au sida (President's Emergency Plan for AIDS relief) |
| BPaL | Bédaquiline, prétémanide et linézolide | SSP | Soins de santé primaires |
| BPaLM | Bédaquiline, prétémanide, linézolide et moxifloxacine | CSSP | Centre de soins de santé primaire |
| C19RM | Mécanisme de riposte à la COVID-19 | CDIP | conseil et dépistage à l'initiative du prestataire |
| CAB-LA | Cabotégravir à action prolongée | PIMA | Surveillance et analyse intégrées au point de service |
| RCA | République Centrafricaine | PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| OC | Organisation communautaire | CPP | Chimio-prévention du paludisme pérenne |
| ASC | Agents de santé communautaires | PMI | Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (President Malaria Initiative) |
| CLM | Suivi dirigé par la communauté (Community Led Monitoring) | PTME | Prévention de la transmission de la mère à l'enfant |
| CID | Contexte d'Intervention Difficile | PPP | Partenariats public-privé |
| CrAg | Test antigénique cryptococcique pour la détection de la méningite cryptococcique | PrEP | Prophylaxie pré-exposition |
| OSC | Organisation de la société civile | PTPs | Programme provincial contre la tuberculose |
| DBS | D'échantillons de sang séché | TDR | Tests de diagnostic rapide |
| DHA/PPQ | Dihydroartémisinine-pipéraquine | RAM | Résistance aux antimicrobiens |
| RDC | République démocratique du Congo | CPS | Chimio-prévention du paludisme saisonnier |
| TRM | Tuberculose résistante aux médicaments | SP | Sulfadoxine-pyriméthamine |
| DTG | Dolutégravir | SPAQ | Sulfadoxine-pyriméthamine et amodiaquine |
| DPN | Diagnostic précoce du nourrisson | SSPDF | Forces de défenses populaires du Soudan du Sud |
| GC7 | 7e reconstitution des ressources du Fonds mondial (cycle de subventions 7) | TACTiC | Dépister, éviter, guérir la tuberculose chez les enfants (Test, Avoid, Cure TB in Children) |
| GC8 | 8e reconstitution des ressources du Fonds mondial (cycle de subventions 8) | TB | Tuberculose |
| PIB | Produit intérieur brut | TB-DS | Tuberculose non sévère et pharmacosensible |
| RNB | Revenu national brut | TPE | Traitement post exposition contre le VIH |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine | TPT | Traitement préventif de la tuberculose |
| RH Santé | Ressources humaines pour la santé | TPI | Traitement préventif intermittent du paludisme |
| HRP | Plan de réponse humanitaire (Humanitarian response plan) | TPIg | Traitement préventif intermittent pendant la grossesse |
| HSTP | Projet de transformation du secteur de la santé | ONUSIDA | Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida |
| TIP | Traitement préventif intermittent | UQD | Demande de qualité non financée (Unfunded quality demand) |
| TIPg | Traitement préventif intermittent pendant la grossesse | USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |
| PID | Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (lutte antivectorielle) | USG | Gouvernement des États-Unis |
| MILDA | Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée | OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PC | Populations clés (key populations) | | |
| LAM | Lipoarabinomannane | | |
| TS | Travailleuses de la santé | | |
| PRF | Pays à faible revenu | | |
| PRFI | Pays à revenu faible ou intermédiaire | | |
| PDV | Perdus de vue | | |
| AMM | Administrations massives de médicaments antipaludiques | | |
| TB-MR | Tuberculose multirésistante | | |
| TB-RR | Tuberculose résistante à la rifampicine | | |
| Minsa | Ministère de la Santé | | |
| MSF | Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders | | |
| HSH | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | | |
| ONG | Organisation non gouvernementale | | |
| PLNT | Programme national de lutte contre la tuberculose | | |

INTRODUCTION

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation médicale humanitaire, internationale et indépendante, qui travaille dans plus de 70 pays pour fournir des soins médicaux aux personnes touchées par les conflits, les épidémies, les catastrophes naturelles et celles causées par l'homme, ainsi qu'aux individus privés d'accès aux soins de santé. Pour garantir son indépendance, MSF est soutenue par des financements privés. Le Fonds Mondial est présent, à des degrés divers, dans les zones où MSF gère des projets de lutte contre le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme.

En 2023, MSF a traité 3 724 526 cas de paludisme, contribué à la prise en charge de 44 500 personnes vivant avec le VIH et était le plus grand fournisseur non gouvernemental de soins contre la tuberculose dans le monde, avec 22 700 personnes sous traitement de première ligne.³ Dans plusieurs pays (entre autres, Honduras, Mali, Nigeria, Burundi, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Guinée, Soudan du Sud, Mozambique, Pakistan et Philippines, pour n'en citer que quelques-uns), nous menons des programmes de traitement et de prévention à grande échelle pour les personnes touchées par le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme. Ces programmes servent souvent les populations les plus vulnérables et marginalisées qui sont fréquemment exclues des réponses nationales. Nos activités couvrent aussi bien des contextes stables que des situations d'urgence ou des épidémies, comme au Mozambique, Soudan, Haïti, RCA et RDC. Nous assurons la continuité des soins dans des conditions difficiles et volatiles, et nous avons travaillé avec le Fonds mondial pour souligner la nécessité d'interventions flexibles et opportunes dans les situations de crise.

Bien que MSF n'accepte pas de financement de la part des gouvernements, nous sommes profondément préoccupés par la réduction continue des budgets d'aide extérieure au niveau mondial dont nous pouvons déjà constater l'impact pour les communautés que nous servons, et ce d'autant que le nombre de contextes complexes, fragiles et/ou touchés par

ACTIVITÉS DE MSF EN 2023:



3 724 526

CAS DE PALUDISME TRAITÉS



44 500

PERSONNES SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CONTRE LE VIH



22 700

PERSONNES SOUS TRAITEMENT ANTI-TB DE PREMIÈRE INTENTION

des conflits est en augmentation. Ces coupes affaiblissent les programmes de santé publique essentiels, perturbent les soins et menacent les fragiles progrès accomplis dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Pour évaluer les besoins critiques non couverts dans les réponses au VIH, à la tuberculose et au paludisme, ce rapport s'appuie sur l'expérience opérationnelle de MSF et sur les données de terrain de plusieurs pays. Les informations présentées dans ce rapport ont été recueillies par le biais d'analyses de documents, d'une enquête réalisée auprès de nos équipes dans plusieurs pays et d'entretiens qualitatifs semi-structurés avec du personnel MSF sélectionné ce rapport met en évidence les principales lacunes et leurs conséquences pour les personnes ayant besoin de soins médicaux contre ces maladies. Il vise à mettre en évidence ces défis interconnectés, en préconisant une reconstitution des ressources du Fonds Mondial qui permette de répondre aux urgences, d'être flexible dans les contextes fragiles et d'inclure les communautés les plus marginalisées.

³ MSF (2024). Rapport d'activité internationale 2023. <https://www.msf.org/international-activity-report-2023>



INCIDENTS CRITIQUES TELS QUE TEMOIGNES DANS CE RAPPORT ET EXEMPLES DE POTENTIELLES REPONSES

Sud Soudan:

Chaque année, les sections MSF dépensent ensemble l'équivalent de 50 à 60% du budget total du ministère de la Santé.

- À Aweil, MSF a constaté une augmentation de 300 % des décès liés au paludisme (tous âges confondus) entre août et septembre 2024, par rapport à la même période l'année précédente.
- Les facteurs contributifs comprennent les ruptures de stock de produits de base contre le paludisme dans les structures de soins primaires, les retards dans la recherche de soins dus à la distance, aux inondations, au coût ou à l'insécurité, et les lacunes du programme de chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), où certaines zones de santé très peuplées ainsi que les zones du « dernier kilomètre » ne sont pas encore ciblées par cette activité préventive.



Kenya:

- MSF a mis en œuvre des interventions ciblées de lutte contre la stigmatisation dans trois sous-comités de Mombasa (Kisauni, Nyali et Likoni), notamment la sensibilisation des professionnels de santé, la facilitation du dialogue entre les populations clés et les prestataires de soins, et des exercices d'empathie tels que les marches de reconnaissance des privilèges.
- Les premiers résultats des projets MSF de la première phase montrent des progrès mesurables: la stigmatisation des personnes LGBTQI+ parmi les professionnels de santé a diminué de 12%, celle liée à la consommation de drogues de 13% et celle liée au travail du sexe de 3%.



Mali:

- MSF constate un besoin croissant de reconnaissance du contexte instable, qui exige un soutien accru.
- Dans la région de Douentza, les projets MSF ont enregistré une augmentation de 65%, atteignant 61 837 cas de paludisme en 2024, contre 37 471 cas en 2023 (ces chiffres reflètent également l'augmentation du nombre de réfugiés et de personnes déplacées en raison du conflit).



Guinée:

- 82% des femmes enceintes ont eu accès à un test de dépistage du VIH lors de leur consultation prénatale.
- environ 85% des personnes séropositives ont été mises sous traitement ARV.



RCA:

La RCA fait partie des cinq pays confrontés à une grave pénurie de personnel de santé, avec une densité inférieure à 0,5 pour 1 000 habitants (alors que la recommandation de l'OMS pour une couverture adéquate en soins de santé primaires est de 2,5). Densité pour 1 000 habitants:

- **densité pour 1 000 habitants:**
- Médecins: 0,07
- Infirmiers et sages-femmes: 0,26
- Agents de santé communautaires: 0,02



Honduras:

Ouvert en 2022, le projet a enregistré une augmentation du nombre de nouveaux patients chaque année, proposant des tests, des soins et des traitements contre le VIH.

- **Le projet a fourni:**
- 1 144 consultations en 2022
- 1 838 consultations en 2023
- 2 235 consultations en 2024



RDC:

- En 2022, seulement 40% des femmes enceintes séropositives ont été mises sous traitement antirétroviral. Plus de 3 millions de femmes enceintes n'ont pas eu accès au dépistage du VIH, et 20% des femmes testées n'ont jamais reçu de résultats.



Soudan:

- À El Fasher, les structures soutenues par MSF ont été attaquées plus de 12 fois entre mai et août 2024. L'hôpital Al-Saudi ayant été ciblé trois fois de plus en décembre. Des équipements de laboratoire essentiels au diagnostic du VIH, de la tuberculose et/ou du paludisme ont été volés et/ou détruits, limitant considérablement la capacité à fournir des traitements rapides et efficaces.



Pakistani:

- Dans le district de Keamari, au Pakistan, MSF a constaté un suivi insuffisant et un dépistage inadéquat des contacts familiaux, où seulement 10% de ces derniers ont été dépistés.



Philippines:

- Grâce aux activités communautaires réalisées dans un bidonville de Manille, aux Philippines, où la prévalence de la tuberculose active est de 5% de la population, MSF a pu réaliser 75% d'investigations chez les enfants de moins de cinq ans et obtenir 76% d'acceptation du traitement antituberculeux.



Burundi:

- Au Burundi, les agents de santé communautaires (ASC), qui devraient être en première ligne de la prestation de soins de santé décentralisée, sont trop souvent démunis : ils manquent d'outils, de formation et de rémunération.



Malawi:

Pour les travailleuses du sexe, dont beaucoup ne peuvent négocier l'utilisation du préservatif avec leurs clients, le besoin de méthodes de prévention discrètes et à action prolongée est crucial.



- En réponse, MSF s'est engagé à fournir la P-REP injectable (cabotégavir) dans deux villes cette année, offrant ainsi une alternative qui réduit le besoin d'observance quotidienne et contribue à surmonter les obstacles liés à la stigmatisation.

Mozaambique:

La décentralisation des services reste faible, malgré des années d'engagements politiques et d'orientations techniques.

- Pour la tuberculose, cet échec est particulièrement flagrant. Dans la province de Cabo Delgado au Mozambique, par exemple, les échantillons d'expectorations du projet MSF dans le district de Macomia doivent parcourir plus de 100 km pour être analysés à Pemba, l'autre de laboratoires opérationnels à proximité.



LA RÉPONSE MONDIALE ACTUELLE AUX PANDÉMIES DE VIH, DE TUBERCULOSE ET DE PALUDISME

Malgré les progrès importants réalisés au cours des deux dernières décennies, les succès dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme restent précaires. En 2023, sur les **39,9 millions de personnes vivant avec le VIH**, 9,2 millions n'étaient toujours pas sous traitement. Rien que cette année-là, **1,3 million de nouvelles infections** et 630 000 décès liés au sida ont été enregistrés. Malgré les efforts déployés, la cascade de soins reste éloignée de l'objectif de 95-95-95⁴, alors que 86% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, seulement 77% d'entre elles sont sous traitement et 72% ont atteint la suppression virale. Les progrès sont inégaux d'une région à l'autre. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Afrique continue d'être la plus touchée par l'épidémie, avec 3,4% des adultes vivant avec le VIH, soit plus des deux tiers du total mondial. Entre 2010 et 2023, le nombre de nouvelles infections a augmenté en Europe de l'Est et en Asie centrale (+20%); au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (+116%) ainsi qu'en Amérique latine (+9%). Cette augmentation est alimentée par un manque de services de prévention pour les populations clés, qui est aggravé par des lois punitives, la stigmatisation, la discrimination et la violence.⁵



© Prem-Hessenkamp/India

TUBERCULOSE EN 2023



10,8 millions
DE PERSONNES ONT CONTRACTÉ LA
TUBERCULOSE



1,25 million
DE DÉCÈS DANS LE MONDE



161 000
DÉCÈS PARMI LES PERSONNES ATTEINTES
DE LA TUBERCULOSE ET VIVANT AVEC LE VIH

La tuberculose reste la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde, causant environ 1,25 million de décès en 2023, dont 161 000 décès chez les personnes vivant avec le VIH. Cette année-là, on estime que 10,8 millions de personnes ont contracté la tuberculose à travers le monde, dont **1,3 million d'enfants et d'adolescents** (12% de tous les cas). Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2021 (10,3 millions de cas estimés) et 2020 (10 millions de cas estimés). Quant au taux d'incidence de la tuberculose, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 habitants, il a augmenté de 4,6% entre 2020 et 2023 alors qu'il était en baisse d'environ 2% par an entre 2010 et 2020. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 6,1% de la charge totale de morbidité de la tuberculose.

Plus des deux tiers des cas de tuberculose dans le monde étaient concentrés dans huit pays seulement, l'Inde, l'Indonésie, la Chine, les Philippines et le Pakistan représentant à eux seuls 56% de la charge mondiale. La RDC a également été parmi les pays comptant le plus de cas de tuberculose. Un écart important subsiste entre le nombre estimé de personnes atteintes de tuberculose et le nombre de personnes diagnostiquées: en 2023, environ 2,7 millions de personnes n'ont pas été diagnostiquées, dont près de la moitié des enfants de moins de 15 ans et plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans.

La tuberculose multirésistante et la tuberculose résistante à la rifampicine continuent de représenter une menace majeure pour la santé publique. En 2023, on estimait à 400 000 le nombre de personnes atteintes de tuberculose multirésistante, mais seulement 175 923 ont été diagnostiquées et ont commencé un traitement, ce qui représente une légère baisse par rapport à 2022 et reste inférieur aux niveaux pré-pandémiques.⁶ Chez les enfants, les chiffres sont encore pires, puisque seuls 14% des enfants atteints de tuberculose multirésistante/RR ont reçu un traitement.

⁴ <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-95>

⁵ ONUSIDA (2024). Le point sur le sida dans le monde. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>

⁶ OMS (2024). Rapport mondial sur la tuberculose. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, les progrès sont au point mort. **En 2023, on estimait à 263 millions le nombre de cas de paludisme, soit 11 millions de cas supplémentaires par rapport à 2022 et à 597 000 le nombre de décès dans le monde.** De multiples facteurs contribuent à cette stagnation, parmi lesquels les conflits; le changement climatique; les inégalités d'accès aux soins de santé; ou le déplacement de personnes dont l'immunité est réduite vers des régions sujettes au paludisme (Soudan, Mali). La résistance aux médicaments et aux insecticides soulève encore d'autres défis. Selon l'OMS, l'Afrique a signalé 94% des cas de paludisme dans le monde (246 millions) et 95% des décès dus au paludisme (569 000), la grande majorité d'entre eux, près de 80%, survenant chez des enfants de moins de 5 ans⁷. Le paludisme est évitable, mais nécessite des combinaisons spécifiques d'outils de prévention adaptés au contexte de transmission du parasite. Cependant, tous ces outils de lutte contre le paludisme n'atteignent pas les populations les plus vulnérables avec une couverture suffisante pour avoir un impact. De plus, le paysage financier actuel menace de faire dérailler complètement la lutte contre le paludisme, en particulier dans les contextes fragiles et humanitaires. Alors qu'une vaccination contre le paludisme était prévue dans certains pays, les coupes budgétaires de l'Alliance mondiale du vaccin (GAVI) pourraient maintenant compromettre cette introduction révolutionnaire.



PALUDISME EN 2023



263 millions
DE CAS DANS LE MONDE



597 000
DÉCÈS DANS LE MONDE



11 millions
DE CAS SUPPLÉMENTAIRES

VIH EN 2023



1,3 million
DE NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH



39,9 millions
DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH



630 000
DÉCÈS LIÉS AU SIDA

La prochaine reconstitution des ressources du Fonds mondial (cycle de subventions 8) se déroule à un moment de turbulences sans précédent dans le domaine de la santé mondiale. Un cocktail explosif combinant instabilité géopolitique, incertitude financière et retrait de la coopération multilatérale menace d'anéantir des décennies de progrès dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les institutions et les mécanismes de financement qui ont soutenu ces efforts risquent aujourd'hui d'être systématiquement démantelés, mettant ainsi des millions de vies en danger.

Au cœur de cette crise se trouve le rejet brutal de la solidarité internationale, comme en témoigne le revirement des États-Unis, historiquement le plus grand donateur pour les programmes de santé mondiale.

En janvier 2025, l'administration américaine s'est retirée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et a imposé un gel de trois mois du financement de l'aide étrangère, ciblant notamment des programmes de prévention, de traitement et de soins vitaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁸: le Fonds mondial, le Plan d'urgence du président pour la lutte contre le sida (PEPFAR), les contributions à Stop TB et à l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (President Malaria Initiative ou PMI). Avec des contributions s'élevant à un tiers du financement du Fonds mondial, les États-Unis en étaient, de très loin, le plus grand donateur, très loin devant les autres.

Au moment de la rédaction du présent rapport, l'avenir du financement de la santé mondiale est en jeu. Le cocktail explosif combinant instabilité géopolitique, incertitude financière et retrait de la coopération multilatérale menace d'anéantir des décennies de progrès dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. **Une situation déjà instable pourrait se transformer en un effondrement à grande échelle si les engagements des donateurs ne sont pas respectés.** Bien que certains pays aient pris des mesures pour maintenir les programmes, les perturbations immédiates causées par le gel du financement américain et les systèmes peu clairs basés sur des dérogations érodent la continuité des soins pour les populations vulnérables - une continuité essentielle pour sauver des vies et prévenir l'augmentation de la transmission.

⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>

⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>

UN FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME STRUCTURELLEMENT INSUFFISANT AU NIVEAU MONDIAL

A. DE GRAVES DÉFICITS DANS LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Les graves déficits de financement dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme signifient que des millions de personnes risquent de perdre la santé ou la vie à cause de maladies pourtant évitables. Les tendances financières actuelles pointent vers un dérapage des efforts en vue d'atteindre les objectifs de 2030. C'est dans ce contexte que s'inscrit la reconstitution des ressources du Fonds mondial. L'argumentaire d'investissement présenté à cette occasion est, du propre aveu de l'institution, insuffisant pour répondre aux besoins.

VIH

À la fin de 2023, seuls 19,8 millions de dollars US étaient disponibles pour la riposte au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont 59% provenaient de sources domestiques dont la majorité provient directement des ménages. Ce montant est loin des **29,3 millions de dollars US nécessaires d'ici 2025** pour rester sur la bonne voie et mettre fin au VIH/sida en tant que menace pour la santé publique. Malgré les pressions accrues pour que les pays augmentent leurs financements domestiques, nous constatons une tendance à la baisse de ceux-ci depuis 2018. D'autre part, **les contributions internationales de la part de pays donateurs ont continué de fluctuer, diminuant de 5% entre 2022 et 2023**. Au cours de la dernière décennie, comme nombre de ces pays avaient réduit leurs mécanismes bilatéraux de financement, le PEPFAR et le Fonds mondial sont devenus les principales sources de financement international de la lutte contre le VIH.

Le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) est le plus important engagement pris par un pays pour lutter contre une seule maladie dans le monde. Depuis 2003, par son soutien aux traitements et services vitaux pour les personnes vivant avec le VIH, le PEPFAR a sauvé 26 millions de vies et permis à 7,8 millions de bébés de naître sans VIH. Le PEPFAR travaille avec des partenaires dans 55 pays. À ce jour, le financement américain du PEPFAR s'est élevé à environ 120 millions de dollars US. Pour l'exercice 2024, ce financement inclut 4,8 millions de dollars US pour les efforts bilatéraux de lutte contre le VIH (dont 284 millions de dollars pour l'achat d'ARV) et 1,7 milliard de dollars pour les efforts multilatéraux (50 millions de dollars pour le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) et 1,65 milliard de dollars pour le Fonds mondial).

Le Fonds mondial reste la deuxième source de financement de la lutte contre le VIH après le PEPFAR, couvrant environ 28% du financement mondial de la lutte contre le VIH/sida. Cependant, le Fonds mondial n'a pas réussi à obtenir une reconstitution complète de ses ressources lui permettant de couvrir l'ensemble des besoins identifiés. Cette année, l'argumentaire d'investissement du Fonds mondial (préparé avant la confirmation des coupes dans l'aide étrangère américaine) demande 18 millions de dollars US pour les trois maladies. Le Fonds mondial lui-même reconnaît que si ce niveau de financement permettra de sauver des vies, il ne répondra aux besoins qu'environ 80% des personnes en danger d'ici 2029, laissant 20% toujours vulnérables.⁹

TUBERCULOSE

Bien qu'elle soit **la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde (1,25 million de décès en 2023)**, la tuberculose a longtemps été négligée dans le financement de la santé mondiale et continue de recevoir beaucoup moins de financement que le VIH et le paludisme¹⁰. Comme au cours des dix années précédentes, 80% des dépenses consacrées aux services de lutte contre la tuberculose en 2023 provenaient de sources nationales. Le Fonds mondial et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) étaient les deux principaux donateurs de la lutte contre la tuberculose en 2024. En 2024, l'USAID a fourni 406 millions de dollars pour les efforts mondiaux de lutte contre la tuberculose¹¹, et soutenait les besoins dans 24 pays prioritaires (principalement en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est) en se concentrant sur la prévention, la détection et le traitement de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, ainsi que sur la recherche et le développement.

⁹ Le Fonds mondial (2025). Cas d'investissement de huit reconstitutions. <https://www.theglobalfund.org/en/investment-case/>

¹⁰ <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>: En 2023, seuls 26% des 22 millions de dollars US nécessaires chaque année à la prévention et au traitement de la tuberculose étaient disponibles. La recherche sur la tuberculose est en crise, ne recevant qu'un cinquième de l'objectif annuel de 5 millions de dollars US en 2022, ce qui retarde considérablement les progrès dans les domaines des diagnostics, des traitements et des vaccins. <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-trump-administrations-foreign-aid-review-status-of-u-s-global-tuberculosis-efforts/>

¹¹ <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-trump-administrations-foreign-aid-review-status-of-u-s-global-tuberculosis-efforts/>

©Prem Hessenkamp/India

En 2022, le Fonds mondial représentait 75% de l'ensemble du financement des programmes de riposte contre la tuberculose par les donateurs internationaux, ce qui souligne son rôle essentiel dans la lutte contre la maladie. Pourtant, même en tenant compte de cette importante contribution, la tuberculose reste gravement sous-financée, le financement mondial étant en deçà des engagements nécessaires pour atteindre les objectifs de l'OMS en matière d'éradication de la maladie. **On estime que le taux d'incidence de la tuberculose (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants par an) a augmenté de 4,6% entre 2020 et 2023, inversant les baisses d'environ 2% par an entre 2010 et 2020.** Dans le monde, on estime que 10,8 millions de personnes ont contracté la tuberculose en 2024 (10,6 millions en 2023), contre 10,3 millions en 2021 et 10 millions en 2020. On n'a pas encore observé de retour à la tendance à la baisse d'avant la pandémie de COVID. En l'absence d'une action urgente pour combler ce déficit de financement, des millions de personnes continueront de ne pas bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement en temps opportun, et la riposte mondiale à la tuberculose continuera donc de prendre du retard.

PALUDISME

En 2023, **seuls 4 millions de dollars US étaient disponibles pour les programmes de lutte contre le paludisme dans le monde, soit moins de la moitié des 8,3 millions de dollars US nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux** en matière de contrôle et d'élimination de cette maladie. Les États-Unis sont le plus grand donateur bilatéral, fournissant 37% du financement mondial de la lutte contre le paludisme par le biais de sa contribution au Fonds mondial ainsi que l'Initiative présidentielle contre le paludisme (PMI), désormais affectée par les coupes budgétaires des États-Unis en 2025.¹² Selon la modélisation de PMI (qui couvre 30 pays à forte charge de morbidité, un gel du financement pendant un an pourrait entraîner 14,9 millions de cas supplémentaires de paludisme et plus de 100 000 décès).¹³ Le Fonds mondial, qui fournit 66% de l'ensemble du financement international de la lutte contre le paludisme, joue un rôle central dans la riposte. Cependant, la stagnation des niveaux de financement menace de donner un coup d'arrêt aux progrès, en particulier dans un contexte de défis émergents tels que la résistance croissante aux insecticides, la propagation de souches de paludisme résistantes aux médicaments et le changement des modes de transmission liés aux changements climatiques. En l'absence d'investissements soutenus, ces défis continueront de saper les efforts visant à contrôler et à éliminer le paludisme, annulant les progrès durement acquis et mettant en danger des millions de vies.

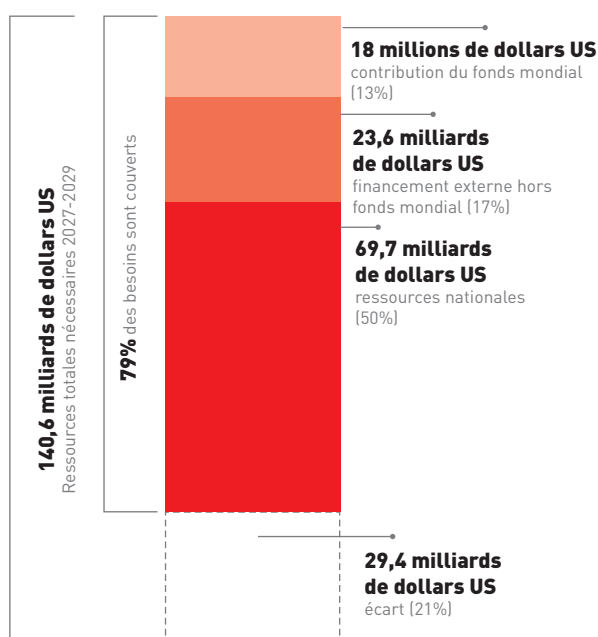
¹² <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-presidents-malaria-initiative-and-other-u-s-government-global-malaria-efforts/>

¹³ <https://malariaatlas.org/project-resources/pmi-2025/>

B. L'ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT DU FONDS MONDIAL

Le Fonds mondial estime qu'entre 2027 et 2029 **140,6 millions de dollars US seront nécessaires pour la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme, soit une augmentation de 8% par rapport aux 130,2 millions de dollars US prévus lors de la dernière reconstitution des ressources.** La réalisation de cet objectif devrait permettre de sauver 23 millions de vies et d'éviter 400 millions d'infections. Pourtant, malgré cette augmentation des besoins, la contribution du Fonds mondial reste fixe, à 18 millions de dollars US; les gouvernements des pays affectés devant prendre en charge une part toujours croissante du financement de la santé. Les contributions domestiques sont estimées devoir augmenter de 19%, passant de 58,6 millions de dollars US en 2024-2026 à 69,7 millions de dollars US en 2027-2029.

De l'aveu même du Fonds Mondial, l'argumentaire d'investissement proposé pour la huitième reconstitution demande moins que le minimum nécessaire pour répondre à tous les besoins de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Avant même de prendre en compte de l'évolution spectaculaire des priorités des donateurs, **les projections du Fonds mondial indiquaient un déficit de financement de 21%.** S'attendre à ce que les gouvernements nationaux comblerent ce déficit via leurs ressources domestiques limitées n'est pas en phase avec les réalités économiques actuelles. **Mais d'où viendra cet argent et, plus important encore, qui sera laissé pour compte?**



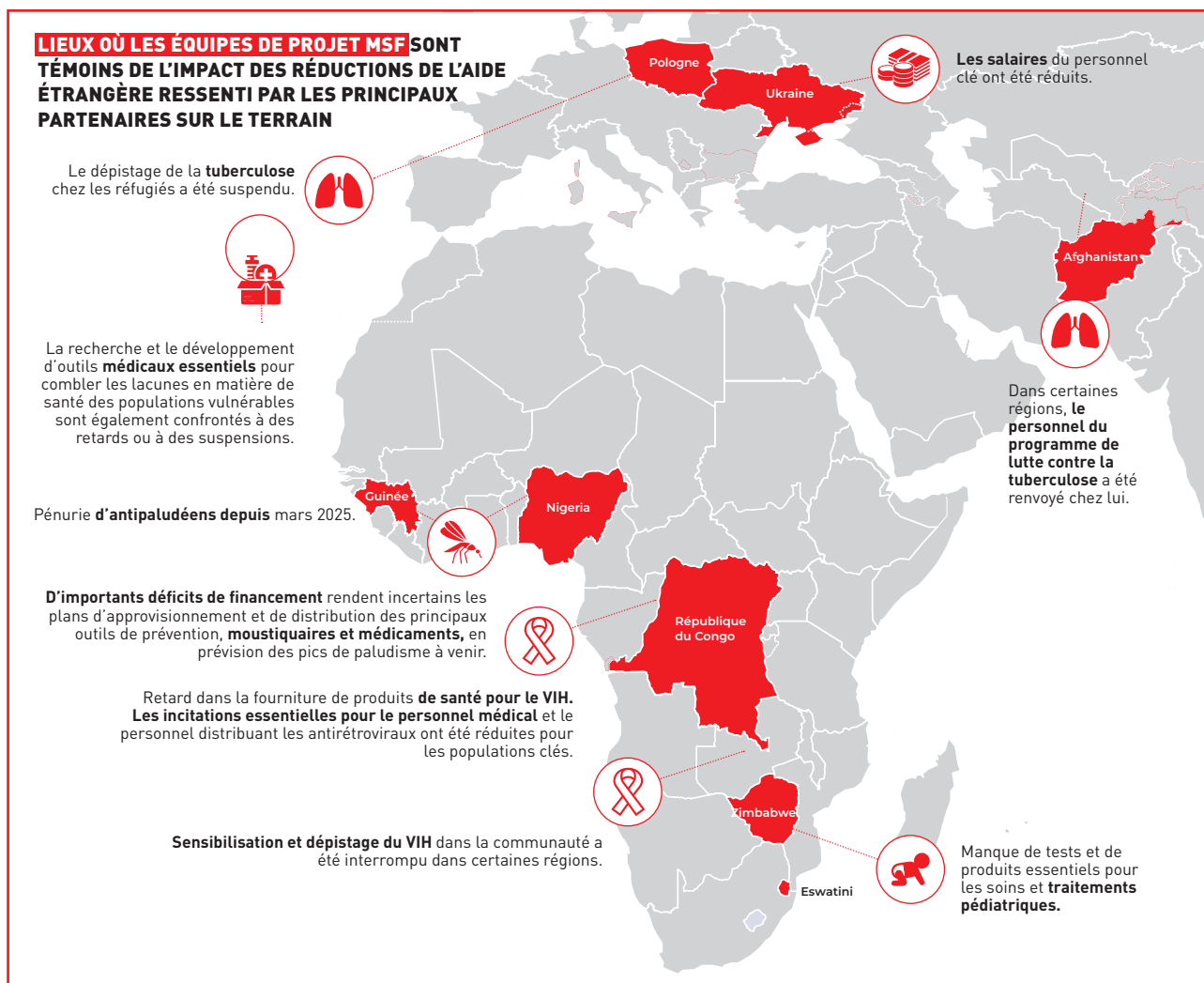
C. LES DONATEURS BILATÉRAUX NE COMBLERONT PAS LES DÉFICITS DE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Le paysage mondial du financement de la santé entre dans une période de grande incertitude, avec des conséquences potentiellement dévastatrices pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. La menace la plus immédiate et la plus alarmante vient des États-Unis, où les coupes budgétaires proposées mettent en péril le PEPFAR, le PMI et le programme bilatéral de lutte contre la tuberculose géré par l'USAID.

Alors que l'ampleur des coupes dans l'aide étrangère américaine et l'impact de celles-ci restent profondément incertains, une chose est claire: une suspension ou une réduction prolongée du financement américain paralyserait l'accès au diagnostic et aux traitements pour des millions de personnes. Cela ne serait nulle part plus dévastateur qu'à travers l'Afrique, en particulier au Sahel, où de nombreux programmes nationaux de santé sont presque entièrement financés par le Fonds mondial, le PEPFAR, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le PMI.

L'avenir du PMI, du PEPFAR et du programme bilatéral de lutte contre la tuberculose reste incertain. En plus de l'effet directement dommageable des coupes elles-mêmes, l'incertitude quant au futur – quel financement, pour combien de temps et à quelle échelle – déstabilise déjà les réponses nationales: la planification des programmes est au point mort, les chaînes d'approvisionnement en intrants complètement perturbées, laissant gouvernements et partenaires de mise en œuvre dans l'impossibilité de prendre des décisions cruciales.

Vu l'importance historique de l'aide américaine dans le domaine de la santé mondiale, aucun autre donateur n'est en mesure de combler les lacunes laissées par un recul de cette ampleur. Le démantèlement, du jour au lendemain, de l'aide étrangère américaine pourrait causer une telle perturbation que des systèmes de santé fragiles seraient poussés au bord du gouffre, annulant des décennies de gains et déclenchant une catastrophe humanitaire.¹⁴



14 <https://www.cgdev.org/blog/which-countries-are-most-exposed-us-aid-cuts-and-what-other-providers-can-do>

Les conséquences immédiates, que les équipes de projet MSF peuvent constater, se font déjà sentir sur le terrain chez les partenaires clés. Par exemple, les équipes de MSF en RDC ont noté que les partenaires signalaient un retard dans les livraisons de produits contre le VIH et, surtout, que les incitations ont été réduites pour le personnel médical et ceux distribuant des ARV spécifiquement pour les populations clés. En Eswatini, il y a un manque de tests et de produits essentiels pour les soins et le traitement pédiatriques, et la sensibilisation et le dépistage communautaire du VIH ont cessé dans certaines régions du Zimbabwe. En Afghanistan, les équipes de MSF ont signalé que le personnel du programme de lutte contre la tuberculose dans certaines régions a été renvoyé chez lui. En Pologne, le dépistage de la tuberculose chez les réfugiés a été suspendu. En Ukraine, les salaires de certains personnels essentiels ont été réduits. En ce qui concerne le paludisme, les partenaires des projets MSF souffrent de pénuries d'antipaludiques depuis mars 2025. En Guinée et au Nigeria, d'énormes déficits de financement signifient que les plans d'achat et de distribution d'outils de prévention essentiels, de moustiquaires et de médicaments sont incertains, mettant en danger les activités de préparation en prévision des pics saisonniers de paludisme. La recherche et le développement d'outils médicaux essentiels s'adressant spécifiquement aux populations vulnérables sont également confrontés à des retards ou à des suspensions.

Autres donateurs - Le Royaume-Uni, qui coorganise la reconstitution des ressources du Fonds mondial avec l'Afrique du Sud, a récemment ajouté à l'incertitude. En février, le Premier ministre britannique a annoncé de nouvelles réductions des dépenses d'aide, ramenant l'objectif de 0,5% du revenu national brut (RNB) à 0,3% d'ici 2027 en faveur d'une augmentation des dépenses de défense.¹⁵

D'autres pays européens emboîtent le pas, revenant sur leurs engagements financiers en faveur de la santé mondiale. La France a réduit de 35% son aide publique au développement à l'étranger, les Pays-Bas de 25% et la Belgique de 25%. Cela reflète un changement plus large dans les priorités des donateurs, où la santé mondiale est de plus en plus considérée comme une préoccupation secondaire plutôt que comme une responsabilité partagée.¹⁶

Dans l'ensemble des gouvernements donateurs, l'aide publique au développement est réduite ou réorientée, et le soutien au multilatéralisme s'affaiblit. Si ces tendances se maintiennent, les gains durement acquis au cours des deux dernières décennies pourraient s'effiloche, non pas en raison de l'échec d'outils ou de stratégies, mais en raison de l'érosion du financement qui les soutient.

¹⁵ Le traqueur des coupes budgétaires. <https://donortracker.org/publications/budget-cuts-tracker> [dernière consultation le 24.4.2025]

¹⁶ Allègement du fardeau : le délitement du consensus de l'OCDE sur l'aide, DevPolicy Blog, Robin Davies, 7 mars 2025. <https://devpolicy.org/burden-shedding-the-unravelling-of-the-oecd-aid-consensus-20250307/>

Les coupes dans l'aide étrangère américaine ont tout bouleversé. De nombreux acteurs de la santé où MSF travaille ont été contraints de réduire ou de fermer leurs activités. Personne ne sait ce que l'avenir nous réserve, ce qui rend impossible la planification. C'est le chaos total.

Ghazali Babiker, chef de mission, MSF Philippines



© Thibault Fendler/MSF/Chad



UNE TRANSITION PRÉCIPITÉE VERS LE FINANCEMENT DOMESTIQUE PEUT MENER À :



UNE PERTURBATION DES
SERVICES



DES RUPTURES DE
STOCK DE MEDICAMENTS
ESSENTIELS



UNE AUGMENTATION DES
TAUX DE MORTALITÉ

© Paula Casado Aguirregabiria/MSF/Sud Soudan

D. LES RESSOURCES NATIONALES NE PERMETTRONT PAS DE COUVRIR LES DÉFICITS DE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Le montant demandé dans l'argumentaire d'investissement repose déjà sur des scénarios qui assument une mobilisation des ressources domestiques d'un niveau si élevé qu'il en devient irréaliste.

Par ailleurs, la tendance à la baisse de la croissance économique au niveau global s'ajoute à des pressions spécifiques sur l'économie de certains pays telles que les conflits, les crises alimentaires et épidémiques, les sécheresses, l'inflation et dévaluation ainsi que les hausses de prix. Au vu de ce contexte, on ne peut pas s'attendre à une augmentation générale des ressources domestiques mobilisées pour la santé. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire font déjà face à des assiettes fiscales faibles, à un endettement élevé¹⁷, et à une réduction de leur

marge de manœuvre budgétaire. D'après les estimations de la Banque mondiale, 41 pays seront confrontés à la perspective d'une baisse des dépenses publiques réelles par habitant en 2027 par rapport à 2019, tandis que 69 autres pays risquent de voir ces niveaux stagner sur cette même période.¹⁸ Dans certains pays fortement endettés, les dépenses de santé sont supplantées par le remboursement de la dette.¹⁹ Même les pays à revenu intermédiaire voient leurs budgets consacrés aux services publics et à la santé réduits comme, par exemple, le Pakistan qui alloue des niveaux particulièrement bas aux dépenses publiques pour la santé.²⁰ La classification d'un pays en tant que pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé ne reflète pas suffisamment la marge budgétaire pour la santé, les défis sanitaires actuels, ni les taux de pauvreté de la population.²¹

¹⁷ Le rapport du PNUD intitulé "Éviter "Trop peu, trop tard" sur l'allègement de la dette internationale" (2022) identifie 54 pays en développement qui rencontrent de graves difficultés à s'acquitter de leurs obligations en matière de dette. De nombreux pays dépensent plus pour le remboursement de la dette extérieure que pour les soins de santé.

¹⁸ Banque mondiale (2022) "Du double choc à la double reprise. Implications et options pour le financement de la santé à l'époque de la COVID-19." Mise à jour technique 2: Anciennes cicatrices, nouvelles blessures. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/76d5786b-9501-5235-922a-caa71f99f0fc/content>

¹⁹ <https://blog.uantwerpen.be/job/the-silent-debt-crisis/>

²⁰ Données de la Banque mondiale. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=PK> (last accessed on 24.04.2025)

²¹ Initiative d'accès équitable. https://archive.theglobalfund.org/media/1322/archive_equitable-access-initiative_report_en.pdf

De même, les baisses actuelles des financements bilatéraux ajouteront une pression supplémentaire sur les ressources publiques nationales, mettant ainsi différents besoins en concurrence avec ceux nécessaires à la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Les plans actuels de mobilisation des ressources domestiques ne suffisent généralement ni à remplacer le financement international, ni à augmenter les dépenses globales de santé jusqu'aux niveaux nécessaires. Il est probable que certains pays ne seront pas en mesure de compenser ces réductions des donateurs. **Au Soudan du Sud, chaque année, les sections de MSF dépensent l'équivalent de 60% de l'ensemble du budget** du ministère de la Santé. Le pays étant également extrêmement dépendant du financement américain, les récentes coupes budgétaires US y ont déjà des effets catastrophiques.^{22 21}

L'augmentation du financement domestique est souvent présentée comme un pas vers l'appropriation des pays de leurs propres politiques. Cependant, il est crucial que cela soit appliqué de manière adaptée aux capacités et aux ressources de chaque pays concerné. Mobiliser des ressources domestiques via des outils fiscaux demande un temps bien plus long que la vitesse à laquelle les donateurs retirent actuellement leurs fonds. De nombreuses solutions de financement dites "innovantes" existent, telles que le financement mixte ou les conversions de dette, mais leur efficacité reste à prouver et elles ne mobiliseront que des montants limités de ressources domestiques pour la santé. Dans la plupart des contextes où MSF est présente, l'augmentation du financement national risque d'avoir des conséquences désastreuses car les systèmes de santé (en supposant qu'ils soient stables, alors qu'en réalité, on constate une augmentation du nombre d'États fragiles ou touchés par des conflits) sont déjà surchargés. Une transition précipitée vers les financements domestiques pourrait entraîner des interruptions **de service, des ruptures de stock de médicaments essentiels et une augmentation des taux de mortalité.**

En **Guinée**, par exemple, **96%** des emplois se trouvent dans le secteur informel et les recettes publiques ne représentent que **10%** du PIB, ce qui laisse peu de place à des investissements nationaux substantiels dans la santé.²³ En conséquence, le financement gouvernemental prévu pour le traitement antirétroviral ne s'est pas concrétisé, créant ainsi une lacune supplémentaire dans la disponibilité du traitement contre le VIH dans le pays. Le risque n'est nulle part plus grand que dans les contextes fragiles et touchés par des conflits, où les systèmes de santé dépendent presque entièrement de l'aide extérieure. Que ce soit au **Soudan**, en **RDC**, au **Mozambique** ou en **Ukraine**, les gouvernements ont du mal à maintenir les services de santé les plus élémentaires. Les forcer à mobiliser beaucoup plus de ressources nationales dans ces conditions



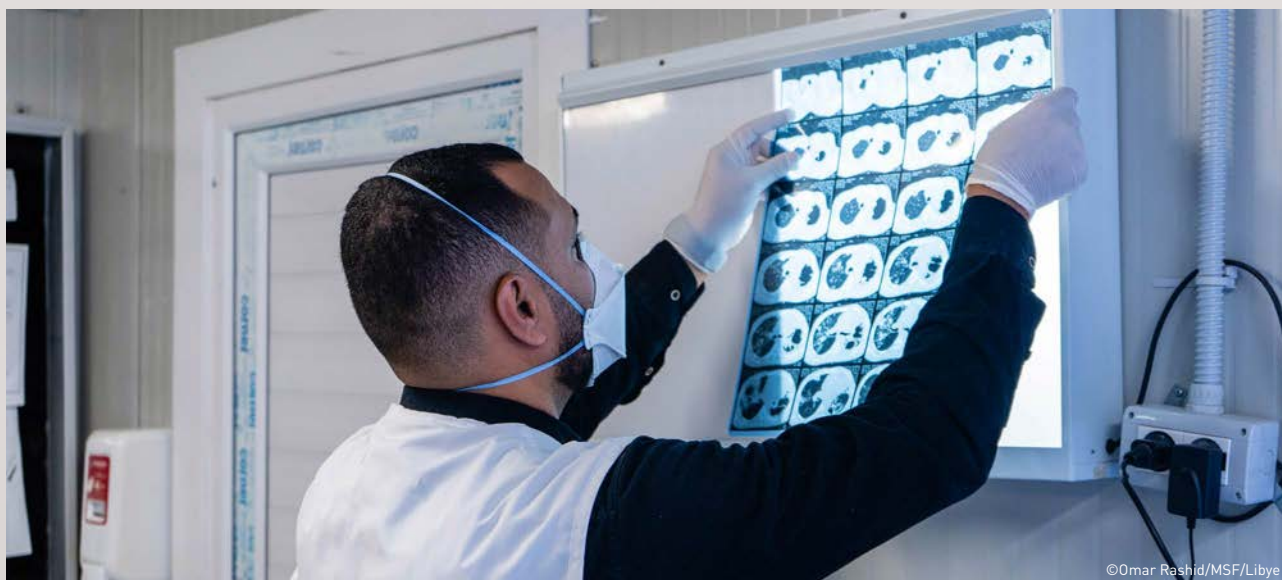
est non seulement irréaliste, mais également risqué. Dans ces contextes, **la réduction de l'aide des donateurs risque de provoquer l'effondrement total des services de santé.** Les plans de cofinancement pour les pays en conflit ou touchés par de grandes épidémies devraient être suspendus, car non seulement ces conditions entraînent des augmentations mécaniques des besoins de santé de la population; mais aussi, comme les services de santé rencontrent beaucoup plus de difficultés pour atteindre les personnes les plus vulnérables, ils ont besoin de plus de soutien. Les perspectives de mobilisation de ressources domestiques devraient être mieux adaptées et réalistes pour les pays classés comme "contextes fragiles et touchés par des conflits", car les promesses de financement public national y ont peu de chances d'être tenues. Le prix à payer s'exprime alors en termes de mortalité et de morbidité, frappant les plus vulnérables de manière disproportionnée. Le Fonds mondial ne peut pas sacrifier des interventions urgentes et à court terme au profit d'aspirations à long terme et théoriques quant au niveau espéré de mobilisation des ressources domestiques.

MSF n'a cessé de tirer la sonnette d'alarme: transférer la responsabilité financière sur les gouvernements nationaux, dans des contextes où il n'y a pas de filets de sécurité sociale adéquats, revient à aggraver les inégalités en matière de santé et laisser des millions de personnes sans soins. Le VIH, la tuberculose et le paludisme ne sont pas des défis politiques abstraits, mais des maladies qui dévastent des vies et des communautés lorsque des déficits de financement apparaissent. Le retrait de l'aide internationale ne renforcera pas les systèmes de santé nationaux du jour au lendemain. Au contraire, **il entraînera des interruptions de traitement, augmentera les taux de mortalité et renforcera les disparités mondiales en matière de santé.** Par conséquent, le calendrier, la rapidité et l'ampleur des plans de mobilisation de ressources domestiques doivent être revus en prenant en compte le paysage financier actuel, sur la base d'une évaluation/analyse actualisée et réaliste de la situation spécifique du pays: économie, niveaux de budget accordés à la santé et des défis sanitaires et de santé en jeu. Les plans de viabilité financière doivent être assortis de souplesse et de prudence. Cette analyse devrait être faite en tenant compte des contributions de la société civile et des organisations de patients.

22 <https://www.savethechildren.net/news/south-sudan-children-cholera-die-three-hour-walk-treatment-after-aid-cuts-shut-local-health>

23 Le Fonds mondial. Profils – République démocratique du Congo <https://www.theglobalfund.org/en/government/profiles/congo-democratic-republic/>

E. LES PATIENTS NE DOIVENT PAS PAYER LE PRIX DU DÉFICIT DE FINANCEMENT DU VIH, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME



©Omar Rashid/MSF/Libye

La mobilisation des ressources domestiques publiques est souvent présentée comme une voie vers la durabilité. Cependant, dans de nombreux pays, lorsque la charge transférée sur les “ressources domestiques” s’accroît, celle-ci s’accompagne aussi souvent d’une augmentation des paiements directs à la charge de l’usager (Out of Pocket payments ou OoP) effectués par les patients eux-mêmes. La part du financement des soins de santé payée par les patients n’a cessé d’augmenter, en particulier dans les pays à faible revenu où celle-ci représente la principale source de financement de la santé.²⁴

Les efforts visant à étendre l’accès aux soins via des partenariats public privé ont donné des résultats mitigés. Au **Pakistan**, où plus de **80%** des patients se tournent en premier lieu vers le secteur privé lorsqu’ils cherchent à se faire soigner, le Fonds mondial a donné la priorité à l’engagement avec des prestataires privés pour la détection de la tuberculose. Cependant, ces établissements privés se trouvent souvent en dehors du réseau du Programme national de lutte contre la tuberculose et facturent des frais de consultation, ce qui limite en l’accès pour les patients pauvres ou ruraux. En l’absence d’investissements parallèles dans le secteur public et de mécanismes de responsabilisation clairs, l’expansion de l’engagement du secteur privé risque de renforcer les inégalités existantes en matière d’accès et de qualité.

La pertinence d’assurer la gratuité des soins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme a été largement démontrée et est acceptée comme une mesure essentielle pour atteindre une couverture suffisante et des soins rapides dans le cadre des interventions financées par le Fonds mondial. Cependant, les équipes de MSF observent que d’importants obstacles financiers persistent au détriment de l’accès aux soins, à la continuité des traitements et à la qualité des soins, notamment dans les pays **d’Afrique de l’Ouest et du Centre**. Bien que les populations y soient plus pauvres et où les indicateurs de santé moins bons, les frais d’utilisation des soins de santé forment des barrières qui excluent, retardent et/ou interrompent prévention et traitement. Cela crée un double fardeau paradoxal pour les gens: bien qu’ils soient plus pauvres, ils sont censés contribuer davantage de leur poche pour accéder aux soins de santé²⁵. Les frais d’utilisation élevés sont considérés comme l’un des principaux obstacles à l’accès aux soins de santé dans la région²⁶. Ces frais d’utilisation finissent par pénaliser les malades, ce qui accroît les inégalités et détériore la santé.²⁷ En **RDC**, **44%** des coûts de santé sont couverts par les dépenses domestiques privées, dont **37%** par le biais des paiements directs²⁸.

²⁴ Base de données sur les dépenses mondiales de santé

²⁵ Bureau de l’inspecteur général. (2019) https://www.theglobalfund.org/media/8493/oig_gf-oig-19-013_report_en.pdf "Mise en œuvre des subventions en Afrique de l’Ouest et du Centre: surmonter les obstacles et améliorer les performances dans une région difficile. Le Fonds mondial

²⁶ ONUSIDA Le plan de rattrapage pour l’Afrique de l’Ouest et du Centre.

²⁷ <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>. En 2023, les résultats d’enquêtes nationales ont été utilisés pour produire des estimations basées sur des modèles du pourcentage de patients atteints de tuberculose et de leurs ménages confrontés à des coûts totaux catastrophiques dans l’ensemble des 135 pays à revenu faible et intermédiaire. L’estimation fondée sur un modèle pour tous ces pays était de 55% (IC à 95%: 47 à 63%). Parmi les six Régions de l’OMS, le pourcentage le plus élevé a été enregistré dans la Région africaine: 68% (IC à 95%: 59-76%)

²⁸ <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Cette forte dépendance à l'égard des dépenses à la charge de l'usager crée des obstacles à l'accès aux soins de santé essentiels, en particulier pour les **73,5%** de la population qui vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Les frais pour les patients peuvent également induire une surprescription de médicaments et d'examen ainsi que la promotion de certaines procédures dont l'utilité est douteuse mais qui génèrent des revenus. Ces traitements, outre qu'ils soient plus coûteux, peuvent également fausser la qualité des soins prodigués. À l'inverse, les personnes disposant de ressources financières limitées reçoivent souvent des soins inadéquats, incomplets ou de qualité inférieure.

Ce cas n'est pas isolé. MSF a observé au **Mozambique**²⁹ l'inadéquation des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements publics où sont hospitalisés les patients atteints du VIH avancé, ainsi qu'à des besoins critiques non couverts, dépassant **40%** dans certains cas, dans l'accès aux antimicrobiens essentiels pour traiter les co-infections bactériennes et fongiques associées au VIH et à la septicémie. Lorsqu'ils étaient confrontés à des pénuries d'antimicrobiens, les patients étaient parfois invités à acheter leurs propres médicaments, ce qui alourdissait le fardeau financier. En **Sierra Leone**³⁰, MSF a également observé une qualité de soins sous-optimale dans les établissements de soins primaires, notant que bien que les tests de dépistage du VIH soient fournis gratuitement, les patients doivent toujours payer pour tout le reste de leur parcours de diagnostic et de traitement, y compris les fournitures de base pour la prévention des infections comme les gants, l'alcool et la compresse, ainsi que les médicaments essentiels tels que les antibiotiques.

Dans plusieurs pays, l'incapacité de payer les frais conduit les patients à être détenus par les hôpitaux et à subir des abus ou d'autres traitements dégradants. De telles expériences ont été rapportées par MSF et d'autres en **RDC, au Kenya et au Nigeria**, entre autres³¹. Les corps des défunts peuvent également être retenus par les hôpitaux en cas de défaut de paiement.

Le financement par paiements directs à la charge de l'usager est intrinsèquement régressif, affectant de manière disproportionnée les populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Les femmes, qui ont moins accès à l'argent liquide, sont particulièrement exposées à l'exclusion et à des retards dans la recherche ou l'obtention de soins lorsque des frais d'utilisation sont exigés.



©Asim Hafeez/Pakistan

■ ■ Nous savons que l'argent est un énorme obstacle à l'accès aux soins de santé. Les personnes qui viennent à MSF nous disent devoir payer pour le traitement du paludisme dans d'autres établissements, même pour les soins qui y sont censés être gratuits. Ce n'est pas la faute des travailleurs de santé, c'est un problème de système, car pendant des mois, ils ne reçoivent pas leurs salaires et doivent donc récupérer ces coûts d'une manière ou d'une autre – c'est juste dommage que ce soit aux patients qu'on le demande ■ ■

*Zakari Moluh, Coordinateur de projet,
Projet MSF, Burundi*

Lors d'épidémies et d'autres crises, les paiements des patients entravent l'accès aux soins et en réduisent la couverture. Les enquêtes menées par l'OMS et la Banque mondiale pendant la pandémie de COVID-19 ont montré que les obstacles financiers étaient la raison la plus courante (>40%) pour ne pas recevoir de soins essentiels³². La réduction ou l'abolition des frais d'utilisation s'est avérée très efficace pour augmenter les taux de fréquentation des soins primaires essentiels et des soins d'orientation, même lorsque les crises perturbent profondément les services de santé, comme lors d'épidémies d'Ebola ou d'autres maladies.

Au vu des éléments ci-dessus, une approche de mobilisation de ressources domestiques reposant sur l'inclusion des dépenses à la charge de l'usager n'est ni durable, ni équitable, ni fondée sur les droits – elle transfère le coût des soins des gouvernements vers les personnes, enracinant davantage les obstacles à l'accès.

²⁹ <https://www.msf.org/broken-lens-antimicrobial-resistance-humanitarian-settings>

³⁰ <https://www.msf.org/broken-lens-antimicrobial-resistance-humanitarian-settings>

³¹ Référence : OMS (2020) *Mettre fin à la détention à l'hôpital pour non-paiement des factures : options politiques juridiques et de financement de la santé. Note d'orientation.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008830>

³² OMS et Banque mondiale (2023), *Suivi de la couverture sanitaire universelle. Rapport mondial de suivi 2023.*

F. PRESSION SUR LE FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL

PAAR

D'importants déficits dans le financement du Fonds mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme signifient que de nombreuses interventions essentielles restent sous-financées ou totalement hors de portée. Dans le modèle d'octroi de subventions du Fonds mondial, cette réalité se reflète dans la demande prioritaire au-delà de l'allocation (PAAR) et du registre de la demande de qualité non financée (UQD). Le PAAR capture les interventions que les pays considèrent comme essentielles mais que les limites de leur allocation ne leur permettent pas de mettre en œuvre, tandis que l'UQD confirme que ces interventions répondent bien à des normes techniques mais qu'elles ne sont pas financées en raison de contraintes budgétaires. Ce système institutionnalise effectivement l'exclusion de services essentiels, tels que les **diagnostics, les programmes communautaires et les outils de prévention**, non pas parce qu'ils sont inutiles, mais simplement parce qu'il n'y a pas assez d'argent.³³ Par exemple, en RDC, les éléments suivants ont été inclus dans le UQD: les services de PTME dans neuf provinces, les **10** unités supplémentaires pour les soins de VIH avancé (cinq sont incluses dans la subvention), **20%** des besoins en intrants microscopiques pour la tuberculose et l'entretien des machines GeneXpert existantes. En RCA, la formation des prestataires de services pour la prise en charge des cas de paludisme dans trois régions de santé (RS1, RS2 et RS6), bien qu'elle soit essentielle pour assurer la qualité des soins, a été classée dans l'UQD. En Guinée, des moyens pour le génotypage et l'étude sur la résistance des médicaments antituberculeux ont dû être mis sur l'UQD compte tenu du manque d'espace dans la subvention et, aux **Philippines**, la demande actuelle de **225 millions de dollars US PAAR** pour 2024-2026.³⁴

Cependant, certains besoins critiques non couverts n'apparaissent jamais dans le registre des PAAR ou de l'UQD: les interventions supprimées lors de l'établissement des subventions ne sont souvent pas soumises à nouveau dans les listes PAAR mises à jour pour examen, bien que cela soit possible. Le Fonds mondial devrait renforcer la transparence en veillant à ce que toutes les priorités non financées soient reflétées dans le registre PAAR/UQD. En **RDC**, le dépistage du VIH est limité aux femmes enceintes, aux patients atteints de tuberculose, au dépistage index et aux populations clés (y compris certaines stratégies pour les adolescents) uniquement dans le cadre de la subvention du Fonds mondial. En conséquence, le conseil le dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP), bien qu'une intervention essentielle car ciblant les personnes présentant des symptômes, ne sont pas inclus dans la subvention pour

2024-2026. Malgré la possibilité d'inclure le CDIP dans le PAAR/UQD, cela n'a pas été fait, manquant l'occasion de rendre visibles ces lacunes critiques.³⁵

Une autre catégorie de lacunes cachées concerne les propositions qui sont exclues au début ou pendant le processus d'octroi des subventions car elles sont considérées comme n'entrant pas dans l'enveloppe d'allocation que chaque pays reçoit du Fonds Mondial à titre indicatif. Ce faisant, les objectifs peuvent devenir moins ambitieux et les cibles diminuer. Étant donné que de nombreux pays n'ont pas de processus transparent et inclusif pour l'octroi des subventions du Fonds mondial, certaines interventions importantes pourraient être abandonnées, telles que le soutien des OSC ou les activités menées par les communautés.

FINANCEMENT COVID-19

Au cours de la 7ème reconstitution, certains de ces écarts ont été partiellement atténués par le financement d'urgence COVID-19 (C19RM; mécanisme de riposte à la COVID-19), qui a permis aux pays de réaffecter des ressources et de renforcer les systèmes de santé par le biais du Fonds pour la lutte contre la pandémie et d'autres sources de financement temporaires.³⁶ Au **Soudan du Sud**, par exemple, certains services clés, tels que le traitement des patients atteints de maladie à VIH avancé, qui avaient été alloués au PAAR dans le cadre de l'octroi des subventions, ont pu être financés grâce au financement du C19RM. Cependant, cet argent prendra fin en 2025, en raison de son lien avec la réponse et le financement de la COVID-19, laissant donc un vide supplémentaire à moyen terme.

Ce soutien supplémentaire lié à la lutte contre la COVID-19 a permis de maintenir des programmes de base, de financer l'expansion des **diagnostics, de lutter contre la résistance aux antimicrobiens et de remédier aux interruptions de services** causées par la pandémie. Sans investissements soutenus, les pays sont confrontés à des choix difficiles dans la hiérarchisation des interventions, ce qui peut entraîner des réductions de services, des ruptures de stock et une augmentation de la transmission des maladies. Pour les pays utilisant ces fonds supplémentaires afin de soutenir et de protéger leurs services de santé, la fin de ce financement d'urgence de l'ère COVID implique un déficit de financement soudain. Les systèmes de santé devront essayer d'absorber ces coûts sans qu'une autre source de financement alternative ne soit identifiée.

³³ [cr_2023-2025-register-unfunded-quality-demand_tool_en](#)

³⁴ Le Fonds mondial. Explorateur de données - Philippines - Philippines <https://data.theglobalfund.org/location/PHL/access-to-funding>

³⁵ Le Fonds mondial. Explorateur de données - Philippines <https://data.theglobalfund.org/location/PHL/access-to-funding>

³⁶ Le Fonds mondial. Mécanisme de riposte à la COVID-19 <https://resources.theglobalfund.org/en/c19rm/>

Je ne sais pas ce qui va se passer avec la prochaine reconstitution [du Fonds mondial]. Les pays ont eu un peu plus d'argent ces dernières années parce qu'il y avait des fonds supplémentaires disponibles pour la réponse au COVID-19, qui ont été consacrés au renforcement des systèmes de santé et à d'autres choses. Aujourd'hui, avec la disparition de cet argent et la réduction du financement essentiel des services vitaux et de tout le reste, l'avenir du financement de la santé semble sombre

Yusra Shariff, coordinatrice du plaidoyer, toutes les sections de MSF, Soudan du Sud

La situation actuelle du VIH, de la tuberculose et du paludisme est loin d'être idéale et, outre le manque global de financement, d'autres menaces sont à prévoir, telles que **les conflits, les déplacements de population et le changement climatique**. La crise de la COVID-19 nous a montré à quel point les progrès sont fragiles, et que, sans efforts efficaces de protection et d'atténuation, une nouvelle détérioration est possible. Pour éviter un nouveau recul et pour éviter une régression des progrès significatifs qui ont été réalisés au cours des 20 dernières années grâce à des investissements substantiels, la reconstitution intégrale du Fonds mondial est le seul espoir de garder le cap dans le paysage actuel.

2. CONSÉQUENCES POUR LES PERSONNES ET LES POPULATIONS – ET MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES

Le manque de financement décrit dans les sections précédentes a des implications catastrophiques et met des vies en danger. La section suivante présente les principaux défis, mais aussi les domaines potentiels à prioriser pour atténuer les risques présentés.

Les informations sur les projets MSF dans la section ci-dessous mettent en évidence les conséquences d'un potentiel échec à reconstituer les ressources et prioriser les mesures d'atténuation clés :



PATIENTS PLUS GRAVEMENT MALADES, MORTALITÉ PLUS ÉLEVÉE, AUGMENTATION DES INTERRUPTIONS DES SOINS, VULNÉRABILITÉ ACCRUE



AUGMENTATION DES ÉPIDÉMIES ET DE LA TRANSMISSION DES TROIS MALADIES



SYSTÈMES DE SANTÉ SURCHARGÉS



RÉSISTANCE ACCRUE AUX MÉDICAMENTS



RÉGRESSION DE LA RÉPONSE – MENACE PANDEMIQUE RENFORCÉE



RECU DES PROGRÈS ET DES INVESTISSEMENTS PASSÉS

2.1. DES POPULATIONS NÉGLIGÉES ET VULNÉRABLES LAISSÉES POUR COMPTE DANS LA RÉPONSE

A. PERSONNES TOUCHÉES PAR UNE CRISE

Les populations affectées par **les phénomènes météorologiques extrêmes, les conflits et les déplacements** restent parmi les plus négligées dans la riposte mondiale au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Dans les contextes de crise, l'effondrement des systèmes de santé, la destruction ou l'abandon des structures de santé ainsi que l'insécurité généralisée rendent l'accès aux soins presque impossible. Assurer la continuité du traitement est un défi majeur dans un contexte d'interruptions de services. Pour que les services et les interventions clés de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme fonctionnent dans ces circonstances, il est essentiel de mobiliser rapidement des fonds, pour répondre à l'augmentation des besoins, à l'aggravation de la vulnérabilité et aux déficiences des services de santé. La capacité d'adaptation aux circonstances nouvelles et changeantes est d'une importance capitale, et celle-ci doit pouvoir s'appuyer sur la flexibilité et la simplification des modalités de subvention du Fonds mondial.

La situation au **Soudan** en est un exemple. L'OMS estime que **70 à 80%** des établissements de santé y sont hors de fonctionnement dans les zones de conflit les plus touchées, laissant des millions de personnes sans accès aux soins médicaux de base. Ces personnes doivent chercher des soins ailleurs, un phénomène qui s'ajoute à l'une des plus grandes crises de déplacement de l'histoire récente.³⁷ L'insécurité généralisée, le pillage des fournitures essentielles et la destruction d'établissements de santé signifie que le système de santé dévasté ne peut plus fonctionner. Rien qu'à El Fasher, les installations soutenues par MSF ont été attaquées plus de **12 fois** entre mai et août 2024, et l'hôpital Al-Saudi a été visé trois fois de plus en décembre.³⁸ Le matériel de laboratoire essentiel nécessaire au diagnostic du VIH, de la tuberculose et/ou du paludisme a été volé et/ou détruit, limitant considérablement la capacité de fournir un traitement rapide et efficace. Il y a un manque crucial de travailleurs de la santé puisque certains ont

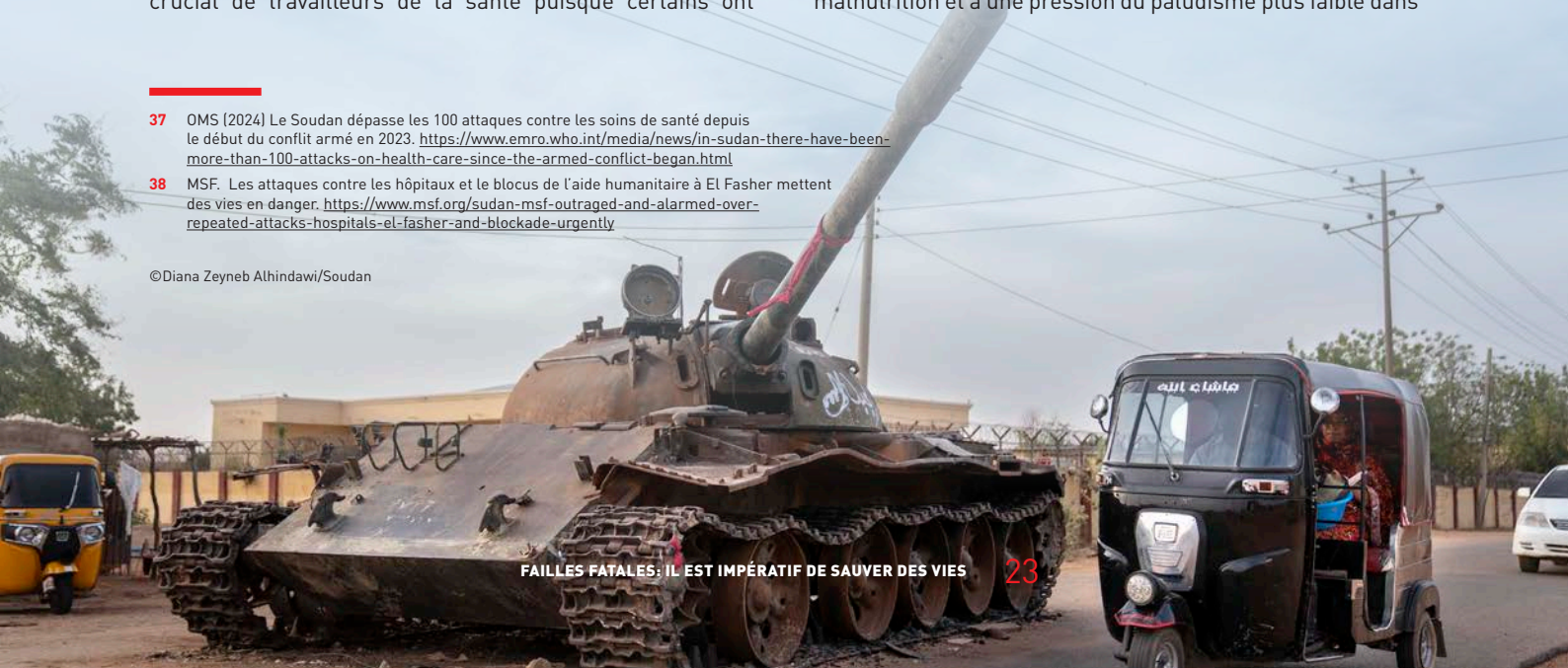
quitté le pays, et que de nombreux autres sont déplacés en raison de l'insécurité, laissant les communautés touchées sans professionnels de santé adéquats. Dans le même temps, les obstacles bureaucratiques et les longs processus d'importation ont rendu extrêmement difficile l'importation de fournitures médicales vitales dans le pays et leur acheminement là où elles sont le plus nécessaires, en particulier à travers les lignes de front. Cela a retardé les interventions d'urgence et exacerbé la crise. Au-delà des frontières du Soudan, la crise a exercé une pression énorme sur les systèmes de santé déjà fragiles des pays voisins.

Dans l'est du **Tchad**, l'afflux de réfugiés soudanais souligne la nécessité d'une approche transfrontalière des soins de santé. Lorsqu'elles traversent la frontière vers un nouveau pays, les populations déplacées ont toujours des besoins de santé, mais elles restent trop souvent hors de portée des programmes nationaux des pays où elles cherchent refuge. Ainsi, plus d'un million de personnes ont traversé la frontière du Soudan vers le **Soudan du Sud**, ce qui exerce une pression supplémentaire sur un système de santé déjà faible et instable. Pour des maladies telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'interruption des soins augmente **le risque de transmission, d'interruption du traitement et de résistance aux médicaments**, transformant une urgence humanitaire en une crise de santé publique plus large. Cependant, les initiatives ne parviennent pas à s'adapter suffisamment aux réalités des déplacements prolongés, ce qui laisse des lacunes dans la fourniture de soins à la population et un accès incohérent aux services de prévention et de traitement. Dans le cas du paludisme, les conséquences des conflits et des déplacements sont tout aussi dévastatrices. Les populations déplacées, qui résident souvent dans des abris de fortune ou des camps surpeuplés, restent fortement exposées aux vecteurs du paludisme, en particulier pendant les pics saisonniers. La réduction de l'immunité, due à la malnutrition et à une pression du paludisme plus faible dans

³⁷ OMS (2024) Le Soudan dépasse les 100 attaques contre les soins de santé depuis le début du conflit armé en 2023. <https://www.emro.who.int/media/news/in-sudan-there-have-been-more-than-100-attacks-on-health-care-since-the-armed-conflict-began.html>

³⁸ MSF. Les attaques contre les hôpitaux et le blocus de l'aide humanitaire à El Fasher mettent des vies en danger. <https://www.msf.org/sudan-msf-outraged-and-alarmed-over-repeated-attacks-hospitals-el-fasher-and-blockade-urgently>

©Diana Zeyneb Athindawi/Soudan



Les contextes volatiles peuvent changer du jour au lendemain, et en cas d'urgence, l'agilité est essentielle: les ressources doivent être déployées rapidement sans qu'une lourde bureaucratie ne bloque le processus, car les fenêtres d'opportunité sont souvent limitées pour mettre en œuvre une réponse vitale pour ceux qui en ont le plus besoin, là où qu'ils se trouvent.

Sonal Marwah, Coordinatrice du plaidoyer intersectionnel, MSF, Soudan du Sud

©Abdalla Berima/MSF/Soudan

les zones d'origine, crée une vulnérabilité supplémentaire. Malgré cela, la prévention du paludisme dans ces contextes est rarement abordée de manière systématique. MSF observe des tendances similaires dans d'autres endroits confrontés à des conflits aigus, comme dans l'est de la **RDC**.

Même au-delà de l'est instable du pays, la **RDC** présente une complexité supplémentaire en raison de nombreux obstacles structurels (financiers, géographiques, ainsi que le manque de travailleurs de la santé et d'intrants essentiels). La fourniture de soins de santé continue d'y être limitée, mettant en danger la santé et la vie des populations. De telles crises humanitaires prolongées entraînent une augmentation des cas de résistance aux antimicrobiens chez les patients atteints du VIH. Ce phénomène exacerbe une urgence sanitaire mondiale rendue déjà évidente par des taux élevés de résistance aux antibiotiques documentés chez les patients atteints du VIH au Bihar (Inde)³⁹, à Kinshasa (RDC)⁴⁰, et à Beira (Mozambique),⁴¹ tels que les céphalosporines de troisième génération, les fluoroquinolones et de plus en plus les carbapénèmes. De nombreux contextes où MSF a des projets sont confrontés au même type de défis: **Guinée, RCA, ou Soudan du Sud**.

L'accélération de la mobilisation de ressources supplémentaires pour répondre aux besoins accrus et atténuer les chocs en termes de réponse au VIH, à la tuberculose et au paludisme pourrait être mise à rude épreuve vu l'ampleur des déficits de financement attendus. Le Fonds mondial devrait permettre des modifications des allocations spécifiques dans les subventions existantes. Il est également recommandé de mettre davantage l'accent sur la fourniture d'intrants essentiels au moyen de stocks tampons, et de permettre une intervention rapide en cas de menace de pénurie combinée à un soutien direct aux agents de santé de première ligne et aux travailleurs non professionnels. Un financement spécifique sera

indispensable pour s'assurer que les patients sont exemptés de payer de leur poche pour accéder à ces services. Il est impératif d'anticiper et d'atténuer les ruptures d'approvisionnement en renforçant et en remplissant les pipelines de médicaments essentiels, en encourageant la distribution de médicaments par le biais de groupes communautaires ainsi que de l'autonomie des patients, grâce à laquelle la continuité des services peut être mieux assurée et ainsi assurer une meilleure résistance aux chocs.

Le **Mozambique** illustre ces besoins. Il est l'un des pays les plus touchés par le VIH au monde avec environ **2,4 millions** de personnes vivant avec le VIH et un taux de prévalence chez les adultes de **12,5%**. Bien que certains progrès aient été accomplis vers les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, l'accès au dépistage précoce, au traitement et aux soins reste inégal. Cabo Delgado reste particulièrement mal desservi. Les déplacements liés aux conflits y ont perturbé la continuité du traitement, entraînant des lacunes dans l'observance du traitement antirétroviral et des taux élevés de dermatite atopique. L'année dernière, les projets de MSF à Palma ont enregistré de **42% à 86%** (au deuxième trimestre 2024) d'abandon de traitement antirétroviraux.

Plus généralement, dans les zones où l'État ne peut ou ne veut pas fournir de services (en particulier celles contrôlées par des acteurs non étatiques), l'accès aux soins de santé dépend souvent entièrement des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations communautaires (OC). Ces acteurs agissent souvent à titre de premiers intervenants et sont particulièrement bien placés pour fournir des services dans des contextes instables ou non sécurisés. Leur capacité à réagir rapidement pour augmenter leur offre de services, à s'adapter à l'évolution des besoins et à atteindre des populations très mobiles ou isolées est essentielle au maintien des soins vitaux.

39 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10759003/>

40 <https://scienceportal.msf.org/assets/8255>

41 <https://www.msf.org/broken-lens-antimicrobial-resistance-humanitarian-settings>



©MSF/République du Congo

Cependant, la structure des subventions du Fonds mondial n'est pas toujours conçue pour répondre aux besoins des populations en situation d'urgence. Même lorsque la flexibilité existe sur le papier, sa mise en œuvre reste un défi sur le terrain. Le Fonds mondial doit se préparer à faciliter le transfert des canaux de financement vers d'autres agences de mise en œuvre (ONG, organisations communautaires et acteurs humanitaires).

Compte tenu du nombre croissant des situations de crises et d'urgences observées par MSF dans tous les contextes, il est essentiel que, dans le cadre des subventions, le Fonds mondial renforce et élargisse sa politique de "contextes d'interventions difficiles" (CID) afin d'assurer une plus grande adaptabilité.⁴² Dans les situations de crise prolongée telles qu'au **Soudan du Sud** et en **RDC**, il est nécessaire de procéder à une analyse solide des risques susceptibles de perturber la mise en œuvre "normale", tels que l'escalade des conflits ou les déplacements massifs, et de définir des mécanismes concrets permettant d'assurer la continuité des soins dans ces scénarios. Cette analyse, ainsi qu'un plan d'urgence, devraient faire partie de la demande de financement que les pays soumettent au Fonds mondial. Cela peut également être envisagé pour tout processus d'octroi de subventions afin de permettre une meilleure estimation et prévision des besoins, de mettre en évidence les risques en reconnaissant d'emblée qu'une flexibilité supplémentaire pourrait être nécessaire pour répondre de manière adaptée à

des circonstances imprévisibles au moment de la demande. Le **Mali** est l'un de ces contextes d'intervention difficile où MSF constate un besoin croissant de reconnaissance de l'instabilité du contexte, et de la nécessité de davantage de soutien. Dans la région de **Douentza**, les cas de paludisme dans les projets de MSF ont augmenté de **65%** pour atteindre **61 837** en 2024, contre **37 471** cas de paludisme en 2023 (ces chiffres reflètent également l'augmentation du nombre de réfugiés et de personnes se déplaçant en raison des conflits).

Les cas graves de paludisme ont plus que doublé dans ces projets (augmentation supérieure à **100%**), pour atteindre **26 035** cas contre **12 667** cas en 2023, ce qui reflète également les conditions météorologiques en 2024, année marquée par de fortes précipitations. Cela s'applique non seulement aux contextes traditionnellement reconnus comme CID, mais aussi à ceux qui peuvent sembler stables au moment de l'élaboration des subventions, mais qui sont vulnérables à une instabilité soudaine, tel qu'exemplifié par le **Mozambique**, qui n'est pas classifié comme contexte CID mais où MSF a constaté une augmentation des besoins en raison des conflits et des cyclones. Une plus grande intégration de la réglementation autour des CID dans l'évaluation des risques, une architecture de subvention flexible et une meilleure élaboration des plans en cas d'urgence sont essentielles pour maintenir l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme face à l'augmentation des besoins humanitaires.

⁴² Le Fonds mondial (2023). Conflits, crises et personnes déplacées. https://www.theglobalfund.org/media/11944/thematic_challengingoperatingenvironments_report_en.pdf

B. POPULATIONS CLÉS SOUS PRESSION: EXCLUSION DES SOINS

Les populations clés – notamment **les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues** – sont confrontées à une charge de morbidité du VIH disproportionnée par rapport à la population générale. À l'échelle mondiale, la prévalence du VIH est 11 fois plus élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 14 fois plus élevée chez les personnes transgenres, quatre fois plus élevée chez les travailleurs du sexe et sept fois plus élevée chez les consommateurs de drogues injectables. Dans de nombreux pays, ces groupes sont également confrontés à la criminalisation, à la violence et à une stigmatisation enracinée qui entrave considérablement leur accès aux services essentiels. Le financement des organisations communautaires locales via des fonds externes ou internationaux est essentiel dans de tels environnements hostiles, où les gouvernements nationaux refusent souvent de prioriser les services destinés à ces populations, voire les entravent activement. À mesure que les priorités des donateurs changent, influencées par les agendas nationaux et politiques, les programmes de soutien aux populations clés risquent d'être relégués au second plan voire ne plus être financés. De même, les pressions diplomatiques et les influences politiques risquent d'encourager certains gouvernements à réduire les protections offertes aux populations clés.

La prévention et la prise en charge du VIH pour les populations clés sont déjà mises à rude épreuve en raison de la fragmentation des services, des pénuries d'intrants et des politiques restrictives. L'accès à la prophylaxie préexposition (PrEP), aux modèles de soins

différenciés et au soutien en matière de santé mentale est disproportionnellement bas dans ces communautés, déjà marginalisées par rapport à la population générale. Le Fonds mondial a joué un rôle essentiel dans le soutien de la société civile et des organisations communautaires qui fournissent des services non discriminatoires et gérés par des pairs. Ces programmes sont souvent les seuls points d'accès sûrs aux soins pour les personnes exclues des systèmes de santé publique. Cependant, bon nombre de ces efforts restent sous-financés et le soutien qu'ils reçoivent est de plus en plus fragile. Alors que la pression s'intensifie sur les donateurs bilatéraux pour qu'ils restreignent le financement des services jugés politiquement sensibles, le Fonds mondial doit intervenir pour maintenir la continuité des programmes et en élargir l'accès, en particulier dans le domaine de la prévention. **Les interventions visant les populations clés ne peuvent pas être considérées comme facultatives dans les stratégies nationales, car elles sont essentielles au succès de la riposte au VIH.** En juin 2024, le ministre de la Justice de la RDC a émis une ordonnance imposant une "conduite morale". L'augmentation du harcèlement envers les personnes transgenres et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a entraîné une diminution de 30 à 40% de la fréquentation des cliniques parmi ces groupes. La peur de la discrimination et de la violence a également perturbé les programmes de sensibilisation par les pairs, limitant encore davantage l'accès aux services de santé essentiels. Ces mesures créent des environnements hostiles où la stigmatisation et la discrimination empêchent les communautés vulnérables de se faire soigner, ce qui augmente la transmission des maladies et détériore les résultats sanitaires.





Un autre exemple de l'impact de la criminalisation de ces populations se trouve au Kenya. MSF y travaille, à Mombasa, pour fournir des soins de santé. Le cadre juridique du Kenya reste un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé pour les communautés LGBTQI+ ainsi que les travailleurs du sexe. Les relations homosexuelles sont criminalisées et l'hostilité de la société à l'égard de ces groupes reste élevée. En 2023, une recrudescence des manifestations anti-LGBTQI+ a entraîné la fermeture d'organisations communautaires partenaires clés, ce qui a perturbé la prestation de services et forcé MSF à réduire ses activités alors même que ces communautés avaient le plus besoin de soutien à ce moment-là.⁴³ Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé représentent une dissuasion supplémentaire pour les populations clés en demande de soins. Cette situation est particulièrement préoccupante compte tenu de l'évolution récente vers des modèles de soins intégrés où l'on constate un abandon des services autonomes comme les centres d'accueil au profit de l'intégration des soins dans le système de santé général. Bien que cette approche vise à élargir l'accès aux soins pour tous, la stigmatisation omniprésente parmi les travailleurs de la santé à Mombasa compromet gravement sa faisabilité.

Pour y remédier, MSF a mis en œuvre **des interventions ciblées de lutte contre la stigmatisation** dans trois divisions du comté de **Mombasa** (Kisauni, Nyali et Likoni). Celles-ci comprenaient notamment la sensibilisation des travailleurs de la santé, des dialogues facilités entre les populations clés et les prestataires, et des exercices d'empathie tels que des "promenades de privilège". Les résultats initiaux de la première phase des projets de MSF montrent des progrès mesurables: la stigmatisation LGBTQI+ parmi les travailleurs de la santé a diminué de **12%**, la stigmatisation liée à la consommation de drogues de **13%** et la stigmatisation du travail du sexe de **3%**. Bien que prometteurs, ces efforts ne touchent actuellement que trois des plus de 300 établissements de Mombasa, ce qui souligne la nécessité d'une réforme structurelle plus large, d'un engagement politique et d'un investissement à l'échelle nationale dans les programmes de lutte contre la stigmatisation afin de garantir que les populations clés puissent accéder aux soins dont elles ont besoin en toute sécurité et sans discrimination.⁴⁴

De même, les personnes vivant dans des milieux fermés ou criminalisés, en particulier les détenus, sont exposées à des risques considérablement élevés de tuberculose, y compris des souches de TB résistantes aux médicaments. L'incarcération est un facteur de risque bien documenté de tuberculose en raison de la surpopulation, de la

PROJETS DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE MSF:



12%
DE BAISSÉ DE LA STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES LGBTQI+ CHEZ LES PERSONNELS DE SANTÉ



13%
DE BAISSÉ DE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE DROGUES



3%
DE BAISSÉ DE LA STIGMATISATION LIÉE AU TRAVAIL DU SEXE

mauvaise ventilation, d'une nutrition inadéquate et d'un accès limité aux soins de santé. La transmission en milieu carcéral entraîne également une transmission et un développement de la résistance plus large au niveau communautaire, faisant de la tuberculose dans les prisons une question non seulement de droits humains, mais aussi de santé publique. MSF travaille dans des prisons de différents pays, où le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les détenus et le personnel ont révélé d'importantes lacunes en matière de santé. Au **Tadjikistan** (où MSF a des projets), une étude récente a estimé que le taux de tuberculose dans les établissements pénitentiaires était 23 fois plus élevé que dans la population générale.⁴⁵ Les personnes symptomatiques qui participaient au dépistage avaient une probabilité plus élevée d'être diagnostiquées comme atteintes de tuberculose, et l'utilisation de radiographies pulmonaires a considérablement amélioré le rendement du dépistage. Ces projets ont également mis en évidence la nécessité de mettre en place des modèles de soins adaptés qui tiennent compte de la mobilité des détenus, de la détention provisoire jusqu'à la continuité du traitement après leur incarcération. Pourtant, la plupart des programmes nationaux continuent d'ignorer les prisons et autres établissements à haut risque dans les stratégies de lutte contre la tuberculose.

Avec la menace de disparition du financement américain des programmes qui soutiennent les populations clés, le Fonds mondial se distingue comme le seul canal de financement restant pour garantir un accès aux soins fondé sur les droits parmi ces groupes et constitue une bouée de sauvetage cruciale pour les organisations communautaires et les approches menées par les communautés et les pairs.

⁴³ EFE (2023). Une manifestation anti-LGBT au Kenya critiquée par des organisations de défense des droits de l'homme. <https://efe.com/en/latest-news/2023-10-06/anti-lgbt-demonstration-in-kenya-criticized-by-rights-organizations/>

⁴⁴ MSF (2023) L'étude sur les populations clés de Mombasa.

⁴⁵ Rendement du dépistage de la tuberculose dans les prisons du Tadjikistan: Ingenta Connect

C. DES ENFANTS TOUJOURS LAISSÉS POUR COMPTE DANS LA RIPOSTE AU VIH ET À LA TUBERCULOSE

De nombreuses lacunes dans les services affectent les enfants. Sans ressources supplémentaires pour de meilleurs outils et approches, la vie de ces enfants est en danger. Le VIH pédiatrique reste l'un des domaines les plus négligés dans la riposte mondiale au VIH. En 2023, la couverture thérapeutique des enfants vivant avec le VIH n'était que de **57%** dans le monde et de **37%** en Afrique de l'Ouest et du Centre, ce qui signifie que près de **660 000** enfants n'avaient pas accès à un traitement antirétroviral vital. L'année dernière, un décès sur huit lié à la maladie à VIH avancé était un enfant de moins de 15 ans.⁴⁶

Bien que certaines régions aient progressé dans l'intensification du diagnostic précoce du nourrisson, les disparités restent marquées: en Afrique de l'Ouest et du Centre, seuls **27%** des nourrissons exposés au VIH ont eu accès à un diagnostic précoce en temps opportun, contre **80%** en Afrique orientale et australe.⁴⁷

En **RDC** et en **Guinée**, les taux de transmission de la mère à l'enfant est d'environ 20%, un chiffre bien plus élevé que celui enregistré dans les projets de MSF. En **RDC**, en 2022, seules **40%** des femmes enceintes séropositives étaient placées sous TAR; plus de 3 millions de femmes enceintes n'ont pas eu accès au test de dépistage du VIH, et 20% de celles qui ont fait ce test n'en ont jamais reçu les résultats. En **Guinée**, **82%** des femmes enceintes ont eu accès à un test de dépistage du VIH lors de leur consultation prénatale et environ **85%** des femmes séropositives ont été mises sous TAR.

Le programme de PTME soutenu par MSF à Conakry affiche des résultats très impressionnants, avec seulement 1% de transmission (contre une moyenne mondiale de taux de transmission verticale de 5%) lorsque les mères sont testées et mises sous traitement à temps, c'est-à-dire lors des visites prénatales, et qu'elles bénéficient d'un suivi étroit jusqu'à la fin du programme.

Dans de nombreux sites, les ruptures de stock de cartouches de sang séché (DBS) pour le diagnostic précoce du nourrisson, les ruptures de PPN (Sirop Nevirapine), le manque d'équipement de laboratoire et le retour tardif des résultats (qui peut prendre des mois), érodent l'impact potentiel des services de PTME. Les soins pédiatriques du VIH sont en outre entravés par la faiblesse des systèmes de santé, le suivi communautaire limité et les obstacles à l'accès aux soins rencontrés par les mères, tels que la stigmatisation ou l'accès limité aux soins de santé.

Bien que des progrès bienvenus aient été accomplis dans la mise au point et la mise sur le marché de formulations antirétrovirales adaptées aux enfants, des défis persistent. Les régimes de prophylaxie postnatale pédiatrique restent dépassés. Chaînes d'approvisionnement fragmentées et prix élevés limitent l'accès des enfants à des formulations plus récentes, plus sûres et plus faciles à administrer. Les tests de diagnostic précoce basés sur GeneXpert, bien qu'essentiels, sont encore inabordable ou indisponibles dans de nombreux contextes, et le manque d'options pédiatriques au niveau du point de service retarde encore le diagnostic et le traitement.

⁴⁶ ONUSIDA (2024) Mise à jour mondiale sur le sida. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>

⁴⁷ Ibid.



©Peter Caton/Sud Soudan



TUBERCULOSE PÉDIATRIQUE

Malgré la reconnaissance croissante de l'impact dévastateur de la tuberculose sur les enfants, les soins pédiatriques restent inadéquats. Dans les projets de MSF à **Malakal, au Soudan du Sud**, où MSF dessert une population de 164 000 personnes, plus de **500 nouveaux cas de tuberculose** ont été diagnostiqués et ces patients mis sous traitement en 2024. Il est inquiétant de constater que **36%** de ces cas concernaient des enfants, ce qui met en évidence une grave crise de santé publique. L'OMS estime que **1,25 million** d'enfants développent la tuberculose chaque année, mais que seulement la moitié d'entre eux sont diagnostiqués et signalés aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.⁴⁸ On estime que **96%** des décès dus à la tuberculose chez les enfants sont survenus chez des enfants qui n'ont jamais reçu de traitement et qui ont donc gravement souffert, voire sont décédés, à cause d'une maladie pourtant curable.⁴⁹

Les directives de l'OMS de 2022 ont introduit des régimes antibiotiques plus courts pour les enfants atteints de tuberculose non sévère et pharmacosensible (TB-DS), réduisant considérablement la charge de traitement pour enfants et soignants⁵⁰. Cependant, l'enquête TACTiC (Tester, Éviter, Guérir la tuberculose chez les enfants) menée par MSF en 2024, qui couvre **14** pays à forte charge de morbidité de la tuberculose,⁵¹ a révélé de graves écarts entre les directives de l'OMS et les politiques et pratiques nationales

en cette matière.⁵² Alors que **10** des **14** pays étudiés incluent cette politique, moins de la moitié l'ont intégrée dans leurs directives officielles. Des formulations adaptées aux enfants pour le traitement de la tuberculose n'étaient disponibles que dans 10 des 14 pays étudiés.⁵³

En outre, l'utilisation d'algorithmes de décision clinique recommandés par l'OMS pour remédier au sous-diagnostic de la tuberculose chez les enfants n'a été adopté que dans **cinq** pays sur **14** interrogés par MSF. En ce qui concerne la recommandation de l'OMS d'utiliser des échantillons alternatifs aux expectorations, qui sont difficiles à prélever chez les enfants, bien que **10** pays incluent dans leur politique le dépistage des selles à l'aide de Xpert Ultra, seuls huit disposent de matériel de soutien au niveau des programmes nationaux pour assurer son déploiement. Les principales raisons identifiées pour expliquer ces lacunes étaient le besoin d'investissements urgents et d'un soutien technique. En conséquence, de nombreux enfants atteints de tuberculose ne sont pas diagnostiqués, ne bénéficient pas d'un traitement précoce et sont donc confrontés à un risque beaucoup plus élevé de maladie grave et de décès.

Le traitement préventif (TPT) est un outil essentiel pour arrêter la progression de l'infection tuberculeuse en une maladie active, en particulier pour les enfants vivant avec le VIH et ceux qui sont en contact étroit avec des patients

48 WOMS (2024). Rapport mondial sur la tuberculose. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>

49 Référence: Dodd PJ, Yuen CM, Sismanidis C, Seddon JA, Jenkins HE. Le fardeau mondial de la mortalité due à la tuberculose chez les enfants: une étude de modélisation mathématique. *Lancet Glob Health*. Septembre 2017; 5(9) :e898 à e906. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30289-9. PMID: 28807188; PMCID: PMC5556253.

50 OMS (2022). Directives consolidées sur la tuberculose. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048126>

51 Afghanistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Guinée, Inde, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud. https://www.msf.org/sites/default/files/2024-10/Uganda_factsheet_TACTIC2024.pdf

52 MSF (2024). TACTiC: Dépister, éviter, guérir la tuberculose chez l'enfant - une enquête sur les politiques de lutte contre la tuberculose pédiatrique. <https://www.msf.org/tactic-test-avoid-cure-tb-children>

53 https://www.stoptb.org/sites/default/files/documents/25103_UNOPS_SUFT2024_v04_JM_HQ.pdf

atteints de tuberculose. Des traitements préventifs de la tuberculose plus courts (d'une durée d'un à trois mois) sont désormais recommandés par l'OMS. L'enquête TACTiC 2024 de MSF a révélé que tous les pays ont mis à jour leurs politiques pour les enfants de moins de cinq ans en contact étroit avec des patients atteints de tuberculose, mais que seuls **11 des 14** pays étudiés en ont pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH. Il existe de grandes lacunes dans la politique de TPT pour les enfants de plus de cinq ans et les adolescents exposés à la tuberculose dans leurs foyers. Cependant, la mise en œuvre du TPT reste faible dans de nombreux contextes. Même lorsque les politiques sont mises à jour, et les ressources et l'argent manquent pour en soutenir la mise en œuvre. En conséquence, très peu d'enfants reçoivent un traitement préventif. L'OMS rapporte qu'en 2023, seuls 43% des enfants de moins de 5 ans éligibles ont reçu le TPT⁵⁴. Les défis à relever sont liés au manque de ressources nécessaires pour les visites à domicile et le suivi communautaire, ainsi que l'exclusion de la tuberculose active.

En Guinée, la couverture du TPT reste faible: seuls **19,7%** des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites sous traitement antirétroviral (1 552 sur 7 884) et **19,7%** de celles déjà sous TAR (19 492 sur 98 998) ont commencé le TPT en 2024⁵⁵. Aucune donnée n'est disponible par groupes d'âge (<5 ans, 5-15 ans, 15+), ce qui limite l'analyse des populations prioritaires. Dans le cadre du projet MSF, **66%** des patients étaient sous TPT en 2024. Dans le district de **Keamari**, au **Pakistan**, MSF a observé un suivi des contacts insuffisant ainsi que l'inadéquation du dépistage des contacts familiaux: seuls 10% des contacts familiaux ont été dépistés en 2023, année durant laquelle aucun TPT n'a débuté. Cependant, en fournissant ces ressources pour des activités communautaires dans le cadre d'un projet de MSF dans un bidonville urbain de **Manille**, aux **Philippines**, où la prévalence de la tuberculose active parmi la population est de 5%. Parmi tous les enfants de moins de cinq ans de la population ciblée, MSF a pu obtenir un taux de réponse à l'enquête de **75%** et un taux d'acceptation du TPT de **76%**.

L'enquête MSF sur les contacts familiaux à **Gujranwala** (Pakistan) a montré que, sur **1186** contacts familiaux de cas de tuberculose pharmacorésistante, **1041** auraient été éligibles au traitement préventif nouvellement recommandé, qui devrait être prochainement inclus dans les politiques nationales. À l'heure actuelle, il n'existe pas de données à l'échelle mondiale sur l'introduction d'un traitement préventif contre la tuberculose pharmacorésistante, mais des ressources seront nécessaires pour le mettre en œuvre et prévenir cette forme de tuberculose difficile à traiter.

En ce qui concerne la tuberculose pharmacorésistante, bien que de nombreux pays aient adopté des politiques autorisant l'utilisation de nouveaux médicaments tels que la bédaquiline et le délamanide pour les enfants de tous âges, la mise en œuvre reste lente et, dans certains pays, les jeunes enfants sont encore laissés pour compte. A cause de l'incapacité à introduire rapidement des formulations de ces nouveaux régimes médicamenteux adaptées, de nombreux enfants continuent d'être soumis à des traitements périmés et douloureux, malgré des preuves évidentes qu'il existe de meilleures options.⁵⁶ Les enfants sont à risque d'infection dans le ménage. L'identification de la tuberculose parmi les ménages vivant avec une personne touchée par la tuberculose pharmacorésistante nécessite beaucoup de ressources afin d'offrir des tests supplémentaires, de mener des évaluations cliniques et de faire le lien avec la communauté. En 2024, un projet de MSF à Gujranwala a permis d'augmenter considérablement le nombre d'enfants diagnostiqués avec la tuberculose pharmacorésistante en finançant correctement les activités de sensibilisation: la proportion d'enfants mis sous traitement contre la tuberculose pharmacorésistante est passée de **2%** et **6%** en 2022 et 2023, respectivement, à **20%** en 2024.

PALUDISME

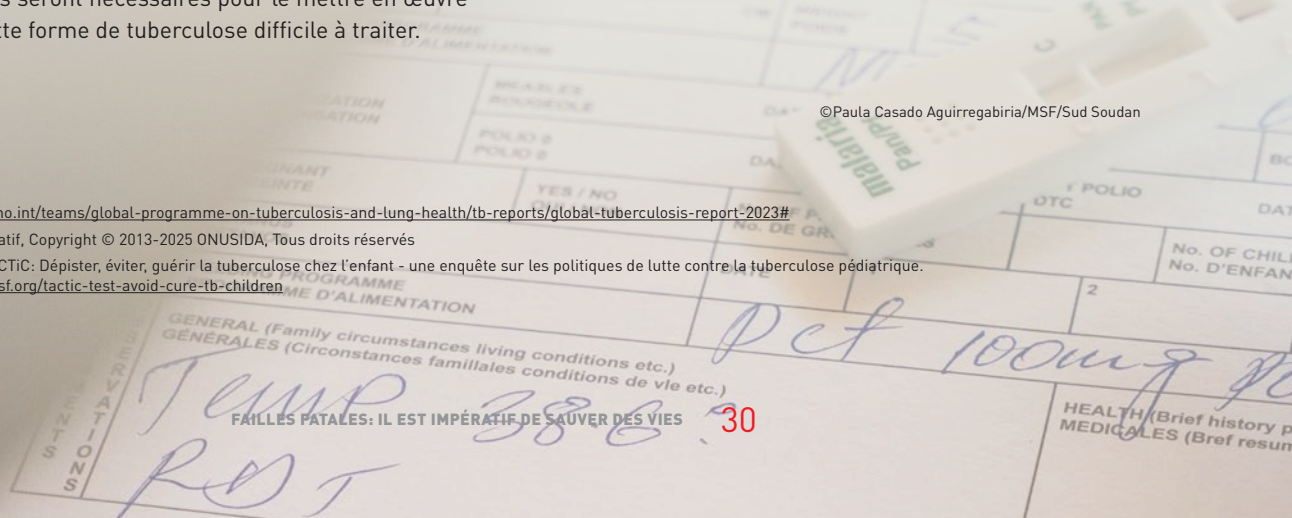
Les stratégies de traitement préventif intermittent (TPI), qui ont le potentiel de réduire les cas de paludisme parmi les populations à risque, restent mal mises en œuvre. Le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), qui est crucial pour protéger les femmes enceintes et leurs enfants à naître contre les complications liées au paludisme, est souvent sous-utilisé en raison des lacunes en matière de couverture et d'accès. Dans plusieurs contextes, tels que le Burundi, la RDC, la RCA et le Mali, MSF a observé que la proportion de femmes enceintes recevant le nombre de doses recommandées (trois ou plus) de TPIg est bien en deçà des objectifs nationaux et mondiaux, laissant beaucoup d'entre elles sans protection. De même, les TPI pour les nourrissons et les enfants d'âge scolaire - qui ont tous deux démontré leur efficacité dans la réduction de l'incidence du paludisme - sont soit absents des stratégies nationales, soit ne sont pas suffisamment étendus pour atteindre ceux qui en bénéficieraient le plus. L'absence de mise en œuvre de ces mesures préventives entraîne non seulement une augmentation de la charge de morbidité, mais contribue également à accroître la pression sur des établissements de santé déjà surchargés.

©Paula Casado Aguirregabiria/MSF/Sud Soudan

54 <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023#>

55 Il Rapport narratif, Copyright © 2013-2025 ONUSIDA, Tous droits réservés

56 MSF (2024). TACTiC: Dépister, éviter, guérir la tuberculose chez l'enfant - une enquête sur les politiques de lutte contre la tuberculose pédiatrique. <https://www.msf.org/tactic-test-avoid-cure-tb-children>





©Paul Odongo/MSF/Sud Soudan

D. DES CAS GRAVES IGNORÉS OU TRAITÉS TROP TARD: LES RETARDS EN MATIÈRE DE DIAGNOSTIC, PRÉVENTION ET TRAITEMENTS

La négligence persistante à l'égard de la prise en charge de la maladie à VIH avancé (MVA) reste un gap critique dans la riposte au VIH: le nombre de décès liés au VIH stagne à 630 000 par an depuis plusieurs années.⁵⁷ **Une proportion importante de personnes vivant avec le VIH continuent d'être diagnostiquées à des stades avancés**, lorsque leur système immunitaire est déjà gravement compromis. En l'absence d'une détection et d'une prise en charge appropriées, elles courent un risque élevé de mourir rapidement d'infections opportunistes telles que la tuberculose, la méningite cryptococcique et les infections bactériennes graves.

Malgré l'existence de protocoles recommandés par l'OMS pour la prise en charge du VIH avancé - y compris des outils de dépistage tels que CD4, TB LAM et CrAg, et des médicaments essentiels de prévention et de traitement comme le fluconazole et le cotrimoxazole - leur mise en œuvre reste faible. Le sous-investissement constitue l'un des principaux obstacles. En Guinée, seulement 150 000 dollars ont été alloués aux services de maladie à VIH avancé dans le cadre de la subvention du Fonds mondial 2024-2026. En RDC, seuls cinq hôpitaux offrent des soins complets pour le MVA; 10 autres ont été inscrits sur la liste de l'UQD, donc sans assurance de financement. Cet effort est largement insuffisant par rapport à l'ampleur des besoins. Les données de MSF provenant de plusieurs contextes révèlent des taux alarmants de maladie avancée: à **Abyei, au Soudan du Sud, en 2023/2024, 47% des patients présentaient une maladie à VIH avancé** parmi les personnes testées (47 sur 101). À Conakry, où MSF soutient huit centres de soins de santé primaire, le dépistage du MVA est effectué systématiquement pour les personnes testées positives. **En 2024, parmi les 2210 personnes testées positives, 2033 (92%) ont fait un test CD4; 38% d'entre elles (768) avaient un taux de CD4 <200.**

L'une des causes profondes de ces résultats est le manque de services décentralisés de lutte contre le VIH, et en particulier d'outils de diagnostic du VIH et de détection de signes d'alarme et de complications qui y sont liées. La plupart des soins de VIH avancé sont concentrés dans les centres de référence urbains, tandis que les centres de santé primaire manquent souvent de capacités de dépistage, de diagnostic et de traitement. En Guinée, l'étude mixte rapide de MSF réalisée au Donka, en décembre 2024 et janvier 2025, a mis en évidence la longueur et la complexité des parcours de patients avant d'atteindre un établissement de soins de santé primaire, ceux-ci arrivant donc souvent extrêmement malades⁵⁸. Il comprenait une analyse quantitative rétrospective des dossiers des patients, des entretiens semi-directifs avec des personnels de santé et un entretien ciblé avec des patients et des accompagnants. En 2024, **997** personnes ont été admises à Donka, dont 44% provenaient de la cohorte soutenue par MSF et **56%** d'autres établissements de santé. **65%** des patients étaient passés par un ou plusieurs établissements de santé avant d'arriver à **Donka**.

Les patients admis à un stade avancé sont très vulnérables. Lorsqu'ils sont dirigés vers des centres médicaux non équipés pour la prise en charge de la maladie à VIH avancé au lieu d'être rapidement orientés vers l'USFR de Donka, les patients doivent subir des délais de diagnostic et de traitement très long, ce qui compromet la survie de ceux présentant à un stade avancé.

Le manque d'information et la stigmatisation entravent l'observance du traitement: **16%** (11 sur 69) des personnes vivant avec le VIH interrogées ont déclaré qu'elles ne connaissaient pas le VIH avant leur dépistage.

⁵⁷ <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

⁵⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0281425&type=printable>

Au **Soudan du Sud**, la faiblesse des systèmes d'orientation et les barrières géographiques contribuent à des pertes massives de suivi: au cours des dernières années, MSF n'a enregistré que **39%** de rétention à **12** mois parmi les patients sous TAR à Ulang, et 50% à Malakal.

Pour combler ces retards dans la prise en charge des cas de maladie à VIH avancé, il faut investir d'urgence dans un dépistage et un traitement décentralisés au niveau des soins de santé primaires, renforcer les systèmes de référence pour les cas complexes et assurer un approvisionnement constant en diagnostics et médicaments essentiels. Sans cela, les décès évitables continueront de saper les efforts mondiaux visant à réduire la mortalité due au VIH.

Je n'avais aucune information; Je l'ai reçue ici à Matam

61% (42 sur 69) des personnes vivant avec le VIH interrogées ont déclaré qu'elles cherchent d'abord un traitement auprès d'un guérisseur. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, elles se rendent ensuite dans un établissement de santé.

Chez nous, l'hôpital est très loin et il n'y a pas d'argent. Le guérisseur est très habile; Il traite de nombreuses maladies gratuitement

72% (50 sur 69) des personnes vivant avec le VIH interrogées ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans leur communauté.

Quand je cuisine, personne ne mange parce que j'ai le VIH.



©Diego Menjibar/Malawi

Malgré des avancées scientifiques majeures dans le traitement de la tuberculose pharmacorésistante, notamment le déploiement de schémas thérapeutiques plus courts et entièrement oraux (tels que le BPaLM de six mois (bédaquiline, prétéomanide, linézolide et moxifloxacine) et les schémas thérapeutiques de neuf mois contre la tuberculose multirésistante), l'accès reste très inégal d'un pays à l'autre. À la fin de l'année 2023, seuls **58** pays avaient introduit le régime BPaLM/BPaL (bédaquiline, prétéomanide et linézolide) de six mois, et seulement **100** utilisaient l'approche entièrement orale de neuf mois.⁵⁹ Pour les personnes vivant dans des contextes fragiles, touchés par des conflits ou loin des centres spécialisés, ces nouveaux régimes restent largement inaccessibles en raison des pénuries d'approvisionnement, de la faiblesse des systèmes d'approvisionnement et de la formation limitée du personnel de santé.

Le paludisme sévère reste l'une des principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays à forte charge de morbidité, avec une estimation de **40 000** décès dus au paludisme rien qu'en RDC en 2023. Malgré les efforts déployés à l'échelle mondiale pour intensifier la lutte antivectorielle et la chimio-prévention, de nombreuses personnes se présentent encore dans les établissements de santé dans un état critique, souvent en raison d'un diagnostic tardif, de la faiblesse des systèmes d'orientation et du manque d'accès à un traitement précoce au niveau communautaire.

Dans les projets de MSF au Soudan du Sud, en RDC et au Burundi, les équipes ont enregistré des pics alarmants de cas graves de paludisme ainsi que la mortalité qui y est associée. À **Aweil, au Soudan du Sud, MSF a constaté une augmentation de 167% des décès liés au paludisme** entre août et septembre 2024 par rapport à l'année précédente. Parmi les facteurs qui y ont contribué, on peut citer les lacunes dans la couverture de la chimio-prévention du paludisme saisonnier, le manque de produits de base contre le paludisme dans les établissements de soins primaires et les retards dans la recherche de soins en raison de la distance, du coût ou de l'insécurité.

Les établissements qui traitent des cas graves de paludisme sont souvent confrontés à des pénuries de fournitures essentielles telles que l'artésunate, les kits de transfusion sanguine et l'oxygène. Dans de nombreux districts ruraux, la capacité de transfusion sanguine est inexistante ou dangereuse en raison d'un manque de réactifs de dépistage et de consommables. MSF a souvent dû intervenir en renforçant les banques de sang, en fournissant un soutien logistique pour le transport des stocks et en couvrant les frais d'orientation des patients gravement malades.

59 <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023#>



©Giuseppe La Rosa/MSF/Massakori

2.2. DES APPROCHES CLÉS EFFICACES MINÉES PAR LE MANQUE DE FINANCEMENT

A. FAIBLE DÉCENTRALISATION ET ACCÈS INSUFFISANT À DES SOINS DE QUALITÉ POUR LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Parallèlement aux ruptures de stock récurrentes concernant les médicaments et diagnostics essentiels, la mauvaise qualité et la centralisation des services de diagnostic et de traitement continuent d'entraver l'accès aux soins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Dans de nombreux contextes où travaille MSF, les soins restent fortement concentrés dans les hôpitaux urbains ou les centres de référence, ce qui oblige les patients à parcourir de longues distances sur des terrains peu sûrs ou impraticables. Ceci est particulièrement le cas pour les personnes vivant dans des zones rurales, touchées par des conflits ou mal desservies. Ces trajets longs et difficiles retardent le diagnostic et le traitement, augmentent le nombre de patients perdus de vue et causent des décès évitables.

La décentralisation des services reste faible, malgré des années d'engagement politiques et de recommandations techniques. Cet échec est particulièrement flagrant dans le cas de la tuberculose. Par exemple, dans la province de **Cabo Delgado au Mozambique**, les échantillons d'expectorations du projet MSF dans le district de Macomia doivent être envoyés à Pemba pour analyse, à plus de **100 km**, en raison de l'absence de laboratoires fonctionnels à proximité. La même chose se passe dans le district de **Mocimba Do Praia**. Les deux sites étant situés dans une zone de conflit, la circulation routière est parfois bloquée en raison de l'insécurité, ce qui retarde encore plus le traitement des tests.

La limitation aux hôpitaux de district de l'initiation du traitement représente un autre goulot d'étranglement, car les patients sont régulièrement perdus entre le dépistage et le début du traitement. Malgré des progrès porteurs d'espoir en matière de réglementations internationales et de l'approvisionnement en intrants – par exemple concernant les schémas thérapeutiques plus courts et entièrement oraux pour la tuberculose multirésistante – ces outils restent hors de portée pour beaucoup en raison du manque persistant

de capacités de traitement décentralisées, de la faible sensibilisation des prestataires et de l'approvisionnement irrégulier en médicaments.

Pour le VIH, la décentralisation et les modèles de soins différenciés se sont avérés très efficaces pour améliorer la rétention des patients et les résultats pour leur santé. Des **approches telles que les groupes communautaires de TAR**, les réapprovisionnements accélérés (fast track refill) et la distribution sur plusieurs mois réduisent considérablement le fardeau que représente la recherche de soins pour les patients ainsi que l'encombrement des établissements. Pourtant, malgré l'approbation de la politique nationale en faveur d'une distribution d'ARV pour une période de six mois dans des pays comme la Guinée, peu d'autres initiatives de cet ordre ont été mis en place. Dans la pratique, de nombreuses personnes doivent encore retourner dans les centres de santé tous les mois pour renouveler leur stocks d'ARV, faisant souvent la queue pendant des heures, s'absentant du travail ou de l'école, et risquant de se désengager des soins. Ces modèles restent mis en œuvre de manière incohérente en raison d'investissements insuffisants, d'une formation limitée des agents de santé et de l'incapacité à intégrer ceux-ci dans les cadres nationaux de prestation de services.

Pour le paludisme, la mauvaise traduction des directives nationales de traitement dans la pratique clinique exacerbe les défis. Au **Burundi**, les agents de santé communautaires (ASC), qui devraient être en première ligne en ce qui concerne la prestation décentralisée des soins de santé, sont trop souvent sans soutien et ne disposent pas des outils, de la formation, de la rémunération et de la supervision nécessaires pour remplir efficacement leur rôle. Cette incapacité à opérationnaliser la qualité sur le lieu de soins laisse de larges segments de la population sans traitement opportun ou approprié.

B. MISES À L'ÉCART ET SOUS-FINANÇÉES: LE RÔLE ESSENTIEL DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

Les organisations de la société civile (OSC) et les organisations communautaires (OC) sont au cœur des réponses sanitaires efficaces. Profondément ancrées dans les communautés qu'elles servent, elles jouissent de la confiance du public, d'une capacité d'adaptation aux réalités de contextes. Comme elles connaissent très bien les terrains où elles sont ancrées, elles sont en mesure d'offrir des services dans des zones que les gouvernements et les grandes institutions ont souvent du mal à atteindre. Dans de nombreux pays, en particulier ceux dont les systèmes de santé sont fragiles, elles jouent un rôle indispensable pour garantir que les personnes touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme reçoivent en temps opportun des soins vitaux. Les organisations communautaires, les groupes de terrain, les associations informelles et les réseaux dirigés par des pairs constituent l'épine dorsale de la prestation de services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour de nombreuses communautés parmi les plus marginalisées.

Ces organisations, qu'elles soient officiellement enregistrées ou non, travaillent souvent avec un dévouement et un impact extraordinaire, en particulier dans les zones où le système de santé publique est absent, inaccessible ou vu avec méfiance. Nombre d'entre elles opèrent sans reconnaissance officielle ni financement suffisant, bien que leur ancrage profond dans les communautés locales leur permette d'atteindre les personnes les plus touchées par la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion.

Au-delà de la prestation directe de services, ces organisations jouent un rôle essentiel dans la surveillance, en particulier dans le suivi de la disponibilité des produits, des frais d'utilisation et de la discrimination au sein des structures sanitaires. Grâce à cette surveillance menée par la communauté, des données sont fournies en temps réel sur les lacunes de la chaîne d'approvisionnement, les obstacles à l'accès et les interruptions de services, informations qui sont souvent absentes des rapports officiels.

Les organisations communautaires jouent un rôle essentiel dans la fourniture de services aux populations clés, sans stigmatisation et dirigés par des pairs. Les pairs conseillers, issus de ces mêmes communautés, constituent un cadre essentiel dans cette réponse, soutenant le dépistage, la prévention, la communication sur le changement de comportement, l'arrimage aux soins, le soutien à l'observance, le suivi communautaire et les soins de santé mentale. Leur confiance et leur proximité avec les populations qu'ils servent les rendent indispensables, notamment dans des contextes où des barrières juridiques ou sociales empêchent les personnes de solliciter des services dans les établissements publics.



©Isabel Corthier



©Fritz Pinnow/ Honduras

Le travail des organisations communautaires est très important. Ils ont la confiance de leurs communautés, pour qui ils constituent de fervents porte-parole et leur action permet de faire le lien avec des personnes qui, sans eux, seraient probablement exclues des soins dans le système de santé régulier. Imaginer que ces organisations ne soient plus en mesure de fonctionner m'inquiète beaucoup. C'est particulièrement le cas pour celles qui travaillent avec les populations clés, car l'augmentation des agendas anti-LGBTQI+ pourrait signifier qu'il sera plus difficile pour eux d'obtenir des financements

Alexandre Ventura, chef de mission MSF, Mexique et Amérique centrale

A **San Pedro Sula, au Honduras**, le Fonds mondial soutient diverses organisations de la société civile qui fournissent des tests et un engagement essentiel auprès des populations clés. Les OSC sont essentiels pour mettre en évidence les principaux défis, tels qu'observés par la clinique MSF qui sert avec les travailleurs du sexe et/ou la population LGBTQI+. Le projet MSF à San Pedro Sula, ouvert en 2022 et qui fournit des tests, des soins et des traitements contre le VIH, a connu une augmentation du nombre de nouveaux patients chaque année: de **1 144** consultations en 2022, à **1 838** consultations en 2023 pour atteindre **2 235** consultations en 2024. Les leaders de la société civile avec qui travaille MSF signalent les problèmes posés par le fait que la population générale assimile souvent ces populations clés avec le VIH; ainsi que le manque de confidentialité et la discrimination dans les établissements de santé.

Pourtant, cette main-d'œuvre essentielle est fortement dépendante de l'aide des donateurs extérieurs, en particulier du Fonds mondial et du PEPFAR. L'accent croissant mis par le Fonds mondial et d'autres donateurs sur la mobilisation des ressources domestiques risque de déprioriser davantage les initiatives communautaires, car les budgets gouvernementaux allouent rarement des fonds suffisants aux organisations de base.

En **Macédoine du Nord**, les organisations communautaires avec lesquelles MSF travaille continuent de jouer un rôle essentiel dans le soutien des efforts de prévention du VIH dans un contexte de contraintes budgétaires persistantes. Les organisations communautaires sont responsables de la fourniture de la majorité des services de prévention du VIH, mais pour le premier trimestre de 2025, seules deux organisations ont été en mesure de maintenir leurs activités, les autres étant suspendues jusqu'à ce que les processus de passation des marchés publics soient finalisés. Alors que l'on s'attend à ce que le financement de la lutte contre le VIH repose de plus en plus sur les Etats affectés, la capacité des organisations communautaires à rester actives sera essentielle pour éviter l'effondrement des services.

Le Fonds mondial et les autres donateurs doivent veiller à ce que les mécanismes de financement restent accessibles à ces organisations et à ce que leur rôle dans la prestation de services, la défense des droits des populations et la responsabilisation des systèmes de santé soit pleinement reconnu et soutenu.

©Laura Aceituno/MSF/Honduras



C. INVESTISSEMENT INSUFFISANT DANS LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Une pénurie critique d'agents de santé, aggravée par des retards de salaire chroniques et un manque de formation et de supervision, paralyse la prestation des soins de santé dans de nombreux contextes. Cette situation a été exacerbée par les récentes coupes budgétaires aux États-Unis, qui ont eu un impact sur le personnel de santé pour les trois maladies soutenues par le Fonds mondial.⁶⁰ Au **Soudan du Sud**, il est courant depuis quelques années que les travailleurs de la santé du secteur public passent quatre à cinq mois sans salaire. Ceci force beaucoup d'entre eux à abandonner leur poste ou à se tourner vers des mécanismes informels de recouvrement des coûts pour survivre. Les personnes qui devraient recevoir un traitement gratuit doivent alors payer de leur poche des consultations, des médicaments et des tests de diagnostic.

Des structures de financement perverses peuvent fausser la prestation des soins. Au **Burundi**, par exemple, les mécanismes de financement basé sur la performance ont involontairement encouragé l'utilisation de la goutte épaisse plutôt que de tests de diagnostic rapide pour le paludisme, en raison de la manière dont les indicateurs sont mesurés et récompensés. Ces préférences peuvent sembler mineures, mais elles créent des obstacles financiers, des inefficacités, retardent le traitement et sapent l'adoption de diagnostics plus appropriés et plus rapides dans les établissements périphériques. De plus, le financement basé sur la performance a introduit une concurrence entre les centres de santé et les agents de santé communautaires (ASC), au niveau des ressources financières liées aux indicateurs. Comme cela conduit souvent à des ruptures de stock au niveau communautaire, les ASC ne sont plus en mesure de fournir des services et doivent donc orienter les personnes vers des établissements de niveau supérieur, ce qui va à l'encontre de l'objectif principal de décentralisation des soins.

La RCA fait partie des cinq pays confrontés à une pénurie critique de personnel de santé, avec une densité inférieure à **0,5 pour 1000 habitants** (alors que la recommandation de l'OMS pour une couverture adéquate en soins de santé primaires est de 2,5 pour 1000): pour 1.000 habitants, on y décompte **0,07 médecins, 0,26 infirmières et sage-femmes et 0,02 agents de santé communautaires**.⁶¹ Le personnel de santé n'étant pas réparti uniformément dans toutes les régions et tous les districts, Bangui compte proportionnellement plus d'agents de santé.

Les déficits budgétaires nationaux limitent la capacité des gouvernements à recruter et à retenir en emploi suffisamment d'agents de santé, alors que les donateurs internationaux restent réticents à financer les coûts récurrents, tels que les salaires et les conditions de vie des agents de santé de première ligne. En **Guinée**, environ la moitié du personnel des établissements de santé n'est pas rémunéré par le gouvernement, ce qui les oblige à dépendre des frais d'utilisation informels pour subvenir à leurs besoins. Lors d'une mission d'encadrement menée à Boké en novembre 2024 par le CNLS et l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH, il a été constaté que, sur les **18** centres de santé visités, seuls trois disposaient d'un agent permanent de PTME, les autres étant occupés par des internes. Certains ont occupé ces postes de manière précaire pendant plus de 15 ans, comme à la CSU de Boffa ou à la CSU de Kassapo et à la CS de Sareboido, où un stagiaire travaille depuis 20 ans. Cette situation se traduit par la tarification de services aux frais du patient, ce qui peut constituer un obstacle pour les femmes enceintes qui souhaitent se rendre à un centre de soins prénatals, voire à des rendez-vous de suivi. L'absence d'une stratégie solide en matière de ressources humaines pour la santé et d'investissements soutenus compromet la capacité du système de santé à fournir des soins cohérents et équitables, et limite considérablement l'accès de la population aux services essentiels.

⁶⁰ TB: <https://www.who.int/news/item/05-03-2025-funding-cuts-to-tuberculosis-programmes-endanger-millions-of-lives>
La tuberculose refait surface alors que la réduction du financement de Trump perturbe le traitement à l'échelle mondiale - The New York Times
Paludisme: <https://apnews.com/article/usaid-cuts-africa-malaria-health-trump-22252b138d6eaa143cc892731aec227>
VIH: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/march/20250307_South-Africa_fs

⁶¹ [1] 9789290234555-eng.pdf

©Corentin Fohlen/Divergence/Chad





L'IMPORTANCE DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les agents de santé communautaires (ASC) et, par extension, les activités des OSC et des organisations communautaires, constituent une partie essentielle du système de santé. Ils jouent un rôle irremplaçable dans l'expansion de la couverture des services, en particulier dans les zones difficiles d'accès. Ils sont souvent le premier point de contact pour les soins de santé, fournissant des soins préventifs, des traitements et des informations de santé publique. Il est essentiel de s'engager davantage en faveur d'un soutien efficace aux ASC, par le biais d'une approche structurée garantissant la représentation et la participation de la communauté, ainsi qu'une formation appropriée et une indemnisation adéquate. Bien que les ASC ne puissent pas remplacer des professionnels de la santé formés, le transfert des tâches s'est avéré être une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé, mais la réticence à l'adopter continue d'entraver les progrès.

Malgré leur rôle crucial, les ASC sont souvent traités comme une main-d'œuvre bon marché, voire non rémunérée, ce qui rend irréalisables leur rétention et l'augmentation de la qualité des services. Lorsque les budgets se resserrent, les services de santé communautaires sont

parmi les premiers à en ressentir les effets, malgré leur importance dans la fourniture de soins aux populations mal desservies. Les défaillances de la chaîne d'approvisionnement frappent particulièrement les ASC. Lorsque les médicaments et les fournitures médicales sont rares, les services communautaires sont souvent les premiers à être coupés, ce qui oblige les gens à parcourir de longues distances pour se rendre dans des établissements de santé surchargés où ils peuvent être confrontés à des obstacles financiers encore plus importants. Les ASC sous-payés n'ont peut-être d'autre choix que de vendre des fournitures médicales qui devraient être gratuites, ce qui entrave encore plus l'accès aux soins de santé essentiels.

Les ASC, qui jouent un rôle crucial dans la réduction des écarts d'accès, manquent souvent de ressources, de formation et de soutien pour mener à bien ces interventions. Dans de nombreux cas, les médicaments essentiels et les outils de diagnostic ne parviennent pas à les atteindre en raison de goulets d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement, ce qui ne laisse aux personnes aucun autre choix que de se faire soigner dans des établissements éloignés.

D. ACCÈS INSUFFISANT AUX OUTILS PRÉVENTIFS



©Diego Menjibar/Malawi

L'accès aux produits préventifs reste un défi majeur dans de multiples domaines de morbidité, ce qui entrave la capacité à réduire les nouvelles infections et à briser les chaînes de transmission du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Malgré la disponibilité d'outils de prévention efficaces, les lacunes en matière de sensibilisation, d'approvisionnement, d'accessibilité financière et de mise en œuvre du système de santé empêchent de nombreuses populations à risque de bénéficier de ces interventions. Ces défis mettent en évidence le rôle essentiel du Fonds mondial pour façonner les marchés et ainsi garantir que les produits préventifs vitaux sont accessibles et abordables, en particulier dans les pays à faible revenu et les situations de crise.

Si les efforts de prévention échouent, la transmission et l'incidence des trois maladies augmenteront et exerceront une pression supplémentaire sur les services de santé, avec le risque réel de les submerger en raison des besoins accrus de traitement et de soins.

PROPHYLAXIE PRÉ- ET POST-EXPOSITION

Dans le cas de la prévention du VIH, la prophylaxie préexposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PPE) restent sous-utilisées en raison d'une combinaison d'obstacles liés aux politiques en place, à la chaîne d'approvisionnement et à la sensibilisation. Au **Honduras**, la PrEP n'a été introduite que récemment avec le lancement de la politique nationale fin 2022. Cependant, des défis persistent en matière de mise en œuvre, notamment des lacunes dans la formation des travailleurs de la santé, une disponibilité irrégulière des stocks et une sensibilisation limitée du public. MSF fournit la PrEP aux personnes LGBTQI+ et aux travailleurs du sexe, mais, au-delà des installations de MSF, l'accès à ces produits reste limité et dépend principalement des financements internationaux.

De même, la PPE reste difficile d'accès pour les victimes de violences sexuelles en raison d'un financement insuffisant et de protocoles peu clairs dans les hôpitaux et les centres de santé.

Une situation similaire se retrouve au **Malawi**, où MSF travaille aux côtés d'organisations communautaires dirigées par et pour des travailleurs du sexe et qui fournissent des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention du VIH, le soutien en santé mentale et le renforcement des capacités par les pairs. Au Malawi, les travailleurs du sexe sont exposés à des risques disproportionnés d'infection par le VIH, avec une prévalence de près de **60%** dans ce groupe.⁶² Ce chiffre, plus de **13 fois supérieur** à celui de la population générale, qui reflète les obstacles et les vulnérabilités systémiques auxquels ce groupe est confronté. L'un des principaux défis de la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe est la faible acceptation de la PrEP orale, en grande partie à cause de la stigmatisation et des préoccupations concernant le fardeau quotidien des pilules. De nombreux participants craignent d'être identifiés à tort comme séropositifs simplement parce qu'ils prennent la PrEP, ce qui décourage l'adoption. Pour les travailleuses du sexe, dont beaucoup sont incapables de négocier l'utilisation du préservatif avec les clients, la nécessité de mettre en place des méthodes de prévention discrètes et à longue durée d'action est cruciale. En réponse, MSF s'est engagé à fournir la PrEP injectable (cabotégavir) dans deux villes cette année, offrant ainsi une alternative qui réduit la nécessité d'une observance quotidienne et aide à surmonter les obstacles liés à la stigmatisation. Cependant, les efforts nationaux d'intensification sont au point mort en raison de la réduction des financements américains, laissant de nombreux travailleurs du sexe sans accès à cet outil de prévention essentiel. Les personnes les plus à risque restent ainsi dangereusement exposées à l'infection par le VIH.

62 [1] 9789290234555-eng.pdf

PRÉVENTION DU PALUDISME

Les interventions préventives contre le paludisme, en particulier **les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la chimio prévention**, sont des piliers essentiels de la lutte contre le paludisme, mais leur mise en œuvre reste incohérente dans de nombreux pays endémiques (comme les exemples du Soudan du Sud, RDC, Mali fournis tout au long de ce rapport). La chimio prévention du paludisme pérenne (CPP), qui consiste à administrer une dose unique de sulfadoxine-pyriméthamine aux nourrissons dans les zones à forte charge de morbidité, fait partie des recommandations de l'OMS depuis 2014. 58% des femmes enceintes ne bénéficient toujours pas de cette intervention protectrice alors qu'elle est peu coûteuse et très efficace.⁶³ De même, le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TIPg) reste peu répandu dans de nombreuses régions (seules 58% y ont accès), laissant les femmes enceintes sans protection pendant l'une des périodes de leur vie où elles sont les plus vulnérables. Par exemple, en RDC, qui connaît une transmission pérenne du paludisme, les outils de prévention sont chroniquement sous-financés et dépriorisés. Contrairement aux pays connaissant des pics saisonniers de paludisme, il n'y a pas de réponse d'urgence en RDC puisque le pays a un fardeau de paludisme constant. En conséquence, les investissements dans la CPP, la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) ou la TIPg sont minimes, même si ces interventions pourraient réduire considérablement les infections répétées, l'anémie sévère chez les enfants, les complications pendant la grossesse et les décès évitables. Une récente épidémie d'une maladie "mystérieuse" avec un taux de mortalité élevé dans la province de l'Équateur s'est avérée être le paludisme, non traité, illustrant le nombre élevé de décès de ce qui devrait être une maladie évitable et facilement traitable⁶⁴.

Au **Burundi**, des campagnes de distribution massive de MII sont menées tous les trois ans, la plus récente datant de 2022. Cependant, la distribution reste inégale, en partie à cause d'une crise prolongée du carburant qui a laissé certains districts mal desservis pendant plus de trois ans. La distribution systématique de moustiquaires imprégnées d'insecticide, introduite en 2013 dans deux provinces du nord, a été irrégulière et a encore diminué en 2024, réduisant la couverture pour des groupes clés tels que les femmes enceintes et les jeunes enfants. Les évaluations de MSF dans les districts de **Ryansoro** et de **Kinyinya** ont révélé que la plupart des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action étaient en mauvais état après deux ans, avec des problèmes généralisés d'entretien et d'utilisation. Les trous n'étaient pas réparés et les pratiques de lavage endommageaient souvent les filets, réduisant ainsi leur efficacité. Les efforts de plaidoyer ont encouragé une transition vers des modèles de distribution systématique, qui pourraient être mieux soutenus et assurer une protection plus cohérente, mais l'adoption de ces stratégies reste limitée.

Compte tenu des effets attendus du changement climatique et des épisodes météorologiques extrêmes, on peut s'attendre à ce que davantage de communautés soient exposées à des épidémies de paludisme. Avec l'augmentation des flux de déplacement et les crises de malnutrition à travers l'Afrique, une vulnérabilité supplémentaire au paludisme est à prévoir à cause d'une immunité réduite. En conséquence, une couverture efficace des outils de prévention est à prévoir.

Dans l'ensemble, l'incapacité à donner la priorité à la prévention du paludisme et à la financer, malgré des preuves évidentes de son impact, continue de mettre en danger les plus vulnérables, en particulier les jeunes enfants et les femmes enceintes dans des contextes endémiques et négligés.

⁶³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086272>

⁶⁴ <https://www.aa.com.tr/en/africa/treatment-of-symptoms-of-mysterious-deadly-disease-in-dr-congo-presenting-relief-/3496243>

2.3. FOURNITURES MÉDICALES ESSENTIELLES MANQUANTES

L'efficacité de la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme est intrinsèquement liée à la solidité du système de santé dans lequel elle intervient. Les faiblesses de tout système de santé sont exacerbées dans les contextes humanitaires, où les systèmes sont souvent fragiles ou en voie d'effondrement; d'importantes lacunes persistent, limitant considérablement l'accès de la population aux soins de santé. Il est crucial de reconnaître la complexité de ces contextes afin de prévenir de nouveaux risques pour l'efficacité de la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme.

A. RUPTURES DE STOCK RÉPÉTÉES, PERTURBATIONS DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT ET INTRANTS QUI N'ATTEIGNENT PAS LE DERNIER KILOMÈTRE

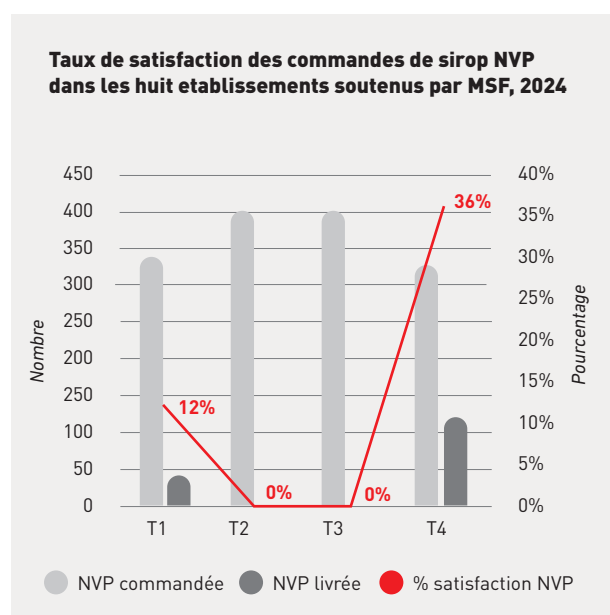
Les problèmes dans la chaîne d'approvisionnement et les ruptures de stock récurrentes ont un impact direct et inquiétant sur les gens: ils sapent la fiabilité des services de santé et rendent les soins inaccessibles à ceux qui en ont le plus besoin. Lorsque des médicaments essentiels ou des outils de diagnostic font défaut, les patients sont contraints de retourner plusieurs fois dans les centres de santé, parcourant souvent de longues distances. Non seulement ces interruptions retardent le traitement et augmentent le risque de maladie grave ou de décès, mais elles érodent également la confiance dans le système de santé et découragent les gens de se faire soigner.

La déjà faible disponibilité des fournitures essentielles est aggravée par les défaillances de la chaîne d'approvisionnement. Malgré la présence de stocks de médicaments et outils de diagnostic vitaux dans le pays, les équipes de MSF ont plusieurs fois constaté que ceux-ci ne sont pas disponibles là où sont les patients en ont besoin: dans leurs communautés et/ou les structures de santé où ils se soignent. Ceci est dû aux faiblesses systémiques dans la logistique (livraison au dernier kilomètre), la décentralisation et la chaîne d'approvisionnement. Les centres de santé sont souvent à court de médicaments, d'outils de diagnostic et d'outils préventifs essentiels en raison d'une mauvaise quantification des besoins, de processus d'approvisionnement fragmentés, de goulets d'étranglement bureaucratiques et de la faiblesse des infrastructures de transport. En conséquence, les produits arrivent souvent en quantités inférieures aux besoins, voire périmés. Les établissements de santé sont approvisionnés passivement sur base d'allocations prédéfinies plutôt que de la consommation réelle, sans tenir compte des changements saisonniers de la consommation ou de l'émergence d'épidémies. L'absence de stocks tampons exacerbe ces problèmes. Le système n'a souvent pas de réponse face à l'épuisement des stocks qui s'épuisent et ne parvient pas à éviter les ruptures de stock anticipées. Dans des systèmes de santé sous-financés et disposant d'une capacité de données limitée, ce manque de flexibilité ne permet pas toujours de répondre aux besoins réels.

Les conséquences de ces écarts sont dramatiques. Entre août et septembre 2024, **l'hôpital MSF d'Aweil, au Soudan du Sud, a enregistré une augmentation de 161% des admissions et de 167% des décès liés au paludisme par**

rapport à la même période en 2023. Les transfusions sanguines pédiatriques ont triplé. Les investigations menées par les équipes MSF dans les centres de santé environnants ont révélé des ruptures généralisées de tests de diagnostic rapide et de médicaments antipaludiques. Des patients, privés de diagnostic ou de traitement précoce, arrivaient dans un état critique. Des discussions avec le Fonds mondial ont révélé que des produits essentiels contre le paludisme se trouvaient dans la capitale, **Juba**, mais n'avaient pas été distribués aux établissements de santé périphériques - un échec que MSF a documenté à maintes reprises dans plusieurs pays.

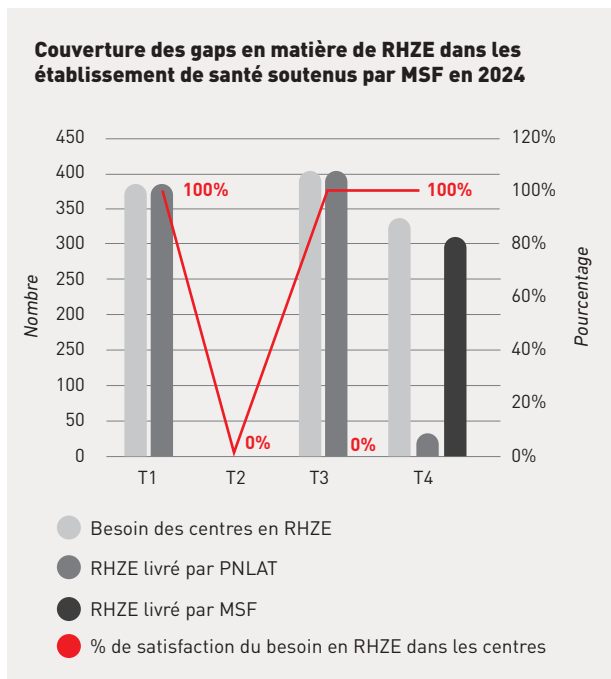
En 2024, les équipes de MSF à **Conakry** ont constaté des ruptures récurrentes de sirop de névirapine, des tests de dépistage rapide, la rifampicine-isoniazide-pyrazinamide-éthambutol (RHZE) et la rifampicine-isoniazide (RH) pour les adultes et la rifampicine-isoniazide-pyrazinamide (RHZ) pour les enfants. Le taux de satisfaction global de la commande d'ARV à la pharmacie centrale de Guinée était de 62,75%. Les articles pédiatriques sont ceux qui sont le plus en rupture de stock, comme le montre le graphique ci-dessous par rapport à la névirapine qui est utilisée pour la prophylaxie des nouveau-nés exposés au VIH



« C'est vraiment déchirant de voir qu'une transmission du VIH d'une mère à son enfant n'a pas pu être évitée à cause du manque de tests pour mère et enfant, ou les pénuries de médicaments pour le nouveau-né... surtout lorsque vous savez bien que ces produits sont en pénurie à cause de problèmes tels que leur expédition tardive, le manque de bon suivi des approvisionnements ou la sous-évaluation des besoins. Il est inacceptable de penser qu'à cause de ce type de manquements, un enfant devra grandir avec le VIH dans un contexte où l'accès et la disponibilité de ces produits sont encore un énorme défi. Si rien ne change, cet enfant et ses parents devront grandir avec cette peur supplémentaire de demain. »

Lara de Jacquier, coordinatrice de projet MSF, et Isabela Salim, responsable du plaidoyer MSF, toutes deux en RDC

Pour la tuberculose également, le faible taux de satisfaction des commandes a poussé MSF à combler les lacunes :



croissante au dolutégravir est une menace imminente, des études récentes montrant des taux de résistance allant jusqu'à **89,5%** à Maputo et **34,7%** à Beira. Pourtant, le pays ne dispose pas de systèmes robustes de surveillance de la résistance, en particulier aux niveaux décentralisés, ce qui compromet sa capacité à détecter les échecs thérapeutiques et y répondre en temps réel. De même, dans les sites soutenus par MSF dans les régions touchées par les conflits, notamment à **Macomia, Palma et Mocimboa da Praia**, il y a des ruptures récurrentes de produits essentiels, qu'il s'agisse de traitements antirétroviraux pédiatriques, de médicaments antituberculeux de deuxième intention ou de tests TB-LAM et CrAg pour les malades à VIH avancé. La faible quantification, la fragmentation de la chaîne d'approvisionnement et les retards dans la livraison au dernier kilomètre continuent de créer des lacunes chroniques dans les soins.

En **Guinée**, l'inefficacité des stratégies d'approvisionnement aggrave le problème. Au lieu d'utiliser Wambo.org, la plateforme d'approvisionnement groupé du Fonds mondial qui propose des prix négociés et donc plus bas, le gouvernement achète sa part de fournitures médicales pour les trois maladies auprès de distributeurs locaux à des prix parfois plus élevés. Cela réduit la quantité de médicaments pouvant être achetés et retarde leur livraison, car les procédures d'acquisition sont très lourdes et impliquent différents ministères. Le résultat est une augmentation de la fréquence et de la gravité des ruptures de stock.

Les antimicrobiens essentiels nécessaires au traitement de la tuberculose et des co-infections bactériennes sont également confrontés à des pénuries dans divers contextes, ce qui a un impact sur les patients vivant avec le VIH et la tuberculose. Le Fonds mondial joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la fiabilité et de la qualité de l'approvisionnement en antibiotiques pour les infections opportunistes⁶⁵, comme en témoigne la fourniture de métronidazole en **RDC**.⁶⁶ L'augmentation des taux de résistance et des ruptures de stock d'antimicrobiens pour les infections opportunistes nécessite d'élargir le portefeuille d'antimicrobiens couverts par le Fonds Mondial (approvisionnement groupé et gestion des approvisionnements).

Les zones périphériques, rurales et touchées par les conflits sont celles qui souffrent le plus de cet état de fait. MSF a souvent dû intervenir pour assurer la livraison du dernier kilomètre en couvrant les frais de transport d'urgence dans des contextes où les systèmes nationaux sont déficients, **comme dans le Haut-Nil (Soudan du Sud), le Maniema (RDC) et Cabo Delgado (Mozambique)**. Même lorsque des outils de diagnostic sont techniquement disponibles, les soins sont souvent défectueux. Au Mozambique, la résistance

⁶⁵ <https://globalfundadvocatesnetwork.org/resource/technical-and-advocacy-brief-on-amr-and-hiv-tb-and-malaria/>

⁶⁶ https://www.theglobalfund.org/media/2663/oig_gf-oig-16-022_report_en.pdf



©Paula Casado Aguirregabiria/MSF/Sud Soudan

2.4. PRIX DES OUTILS MÉDICAUX TROP CHERS ET INABORDABLES: UNE APPROCHE AMBITIEUSE DE LA CONCEPTION DU MARCHÉ EST ESSENTIELLE – Y COMPRIS DE NOUVEAUX PRODUITS.

Le Fonds mondial a joué un rôle central dans l'orientation des marchés en matière d'intrants pour ces trois maladies. Ceci a contribué à réduire les coûts et à améliorer l'accès aux médicaments, aux diagnostics et aux outils préventifs qui sauvent des vies. En tirant parti de l'approvisionnement groupé et des négociations de prix basées sur le volume, il a contribué à rendre les produits de santé essentiels plus abordables et plus accessibles, en particulier dans les pays à faible revenu où les chaînes d'approvisionnement fragmentées, la petite taille de la population et les prix élevés des médicaments ont toujours été des obstacles majeurs

Ces succès du Fonds mondial sont une opportunité sur laquelle se baser pour s'attaquer aux lacunes urgentes en matière d'accès aux produits essentiels, qui restent d'un coût prohibitif, voire inabordable, pour de nombreux ministères de la Santé. Dans de trop nombreux cas, le coût reste un facteur décisif pour déterminer si les traitements et les outils de prévention vitaux sont inclus dans les directives nationales ou mis à disposition à grande échelle.

Les traitements antipaludiques de deuxième intention, tels que la dihydroartémisinine-pipéraquline (DHA-PPQ), restent inabordables dans de nombreux pays et n'ont pas encore été intégrés dans les protocoles nationaux de traitement malgré leur rôle essentiel dans la gestion des souches résistantes aux médicaments. Il en va de même pour **les nouvelles technologies de prévention du VIH**. La PrEP injectable à longue durée d'action

pourrait améliorer considérablement l'acceptation et l'observance du traitement, en particulier chez les populations clés qui ont du mal à prendre des pilules quotidiennes. Cependant, son prix élevé la maintient hors de portée de la plupart des systèmes de santé. Les ministères de la Santé n'ont tout simplement pas la capacité d'absorber ces coûts, et sans une intervention active du Fonds mondial, l'accès restera limité aux pays les plus riches et aux programmes pilotes financés par les donateurs. La mise à l'échelle d'outils hautement efficaces restera donc hors de portée pour la plupart des patients, notamment ceux qui en ont le plus besoin.

Vu les défis posés par le contexte actuel de réduction des financements, **le Fonds mondial doit saisir l'occasion de consolider les succès passés et d'adopter une approche ambitieuse et systématique de la négociation des prix afin que le coût ne reste pas un obstacle à un accès équitable**. Il s'agit notamment de négocier des prix plus bas pour les traitements antipaludiques de deuxième intention, de faire pression pour l'introduction rapide de nouveaux outils de prévention du VIH dans les programmes nationaux et de s'efforcer activement d'empêcher la monopolisation de la commercialisation des produits de santé essentiels par une poignée de sociétés pharmaceutiques. En l'absence d'interventions plus fortes pour façonner le marché, le Fonds mondial rate une occasion évidente de réduire les inégalités et d'obtenir un meilleur rapport qualité-prix en donnant accès à des outils essentiels à un groupe plus large de personnes dans le besoin.

LE RÔLE DU FONDS MONDIAL POUR GARANTIR DES PRIX ÉQUITABLES ET TRANSPARENTS DES CARTOUCHES GENEXPERT ET POUR STIMULER LA CONCURRENCE

Les tests de diagnostic GeneXpert, produits par Cepheid (une filiale du conglomérat américain Danaher), jouent un rôle crucial dans le diagnostic de la tuberculose, du VIH, de l'hépatite, des infections sexuellement transmissibles (IST), d'Ebola et d'autres maladies dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourtant, le coût prohibitif de ces tests en a considérablement restreint l'accès, laissant des millions de personnes sans diagnostic et traitement en temps opportun.

En 2019, une étude de MSF a estimé que chaque test GeneXpert pourrait être vendu avec un bénéfice durable pour seulement 5 dollars, compte tenu des grands volumes de vente réalisés par Cepheid et Danaher. Cependant, **bien qu'elle ait reçu un financement public de 252 millions de dollars pour développer la technologie, Cepheid a continué à facturer 10 dollars par test de dépistage de la tuberculose** (jusqu'en septembre 2023), et entre 15 et 20 dollars pour les tests de diagnostic de la tuberculose résistante aux médicaments, le VIH, l'hépatite et d'autres maladies, soit des majorations de 200 à 400% au-dessus des coûts de production estimés.

Le Fonds mondial, en tant que l'un des principaux bailleurs de fonds pour l'achat de cartouches GeneXpert, joue un rôle essentiel dans l'orientation du marché du diagnostic. Il peut utiliser son poids en tant que gros acheteur pour obtenir des concessions de prix avec Cepheid, ou en travaillant avec des partenaires pour prendre les mesures juridiques et réglementaires nécessaires afin de trouver de nouveaux fabricants. En réponse au plaidoyer soutenu de la coalition "Time for \$5" et des militants de la lutte contre la tuberculose,

Danaher a annoncé en septembre 2023 qu'elle réduirait le prix du test de dépistage de la tuberculose de 10 à 8 dollars. Selon le Fonds mondial, cette réduction de prix devrait générer des économies annuelles de 32 millions de dollars, soit suffisamment pour acheter 3,6 millions de tests de dépistage de la tuberculose supplémentaires par an.

Cependant, cette réduction de prix reste incomplète, car le coût d'autres tests de diagnostic critiques reste excessivement élevé. Le Fonds mondial a le pouvoir de faire pression pour de nouvelles réductions. Il doit pouvoir peser de tout son poids pour exiger des prix équitables pour tous les tests GeneXpert, en veillant à ce que les diagnostics essentiels soient abordables et accessibles. Danaher s'est également engagé en 2023 à réaliser un audit indépendant de ses coûts de production. Toutefois, un an plus tard, il n'a fourni aucune transparence sur le processus d'audit ni sur la question de savoir si les conclusions seront rendues publiques.

De même, le Fonds mondial doit jouer un rôle important dans l'introduction de la concurrence dans un système d'approvisionnement monopolistique, en encourageant l'achat de produits concurrents nouveaux et innovants, ce qui permettra à terme d'obtenir un prix durable et équitable sur le marché mondial.

Le rôle du Fonds mondial dans l'orientation du marché doit aller au-delà des baisses de prix progressives: une pression soutenue est nécessaire pour faire baisser les coûts tout en encourageant les fabricants à proposer des prix équitables et transparents.⁶⁷

⁶⁷ MSF (2019). Il est temps pour 5 \$: tests de diagnostic GeneXpert <https://msfaccess.org/time-for-5-brief>



©Paula Casado Aguirregabiria/MSF/ Sud Soudan

3. CONCLUSION

Ce rapport met en évidence le décalage croissant entre les ambitions en matière de santé mondiale et les réalités sur le terrain dans de nombreux pays touchés par le VIH, la tuberculose et le paludisme. Malgré des avancées notables au cours des dernières décennies, les progrès stagnent voire s'inversent dans de nombreux contextes, en raison de l'incohérence des financements, des changements d'orientation des donateurs, de l'aggravation des situations d'urgence et des faiblesses persistantes des systèmes de santé.

Certaines interventions essentielles manquent toujours cruellement de soutien, notamment pour les populations clés, les personnes atteintes d'une maladie à VIH avancée, les enfants et les personnes vivant dans des situations de conflit. Les organisations communautaires et de la société civile continuent d'opérer en marge des structures de financement, malgré leur rôle essentiel pour atteindre les populations exclues des systèmes formels. L'imposition croissante de paiements directs à la charge des patients, les ruptures de stock de produits de base et la décentralisation limitée des services de diagnostic et de traitement continuent de restreindre l'accès aux soins, en particulier pour les personnes vivant dans des zones reculées ou précaires.

Les coupes actuelles dans le financement international sont de mauvais augure quant à la capacité à contenir et à éradiquer les trois grandes pandémies de VIH, de tuberculose et de paludisme. Aujourd'hui déjà, d'importants déficits de financement compromettent l'impact d'interventions pouvant sauver des vies. Sans les engagements financiers nécessaires, ces écarts vont se creuser encore plus, ce qui entraînera une augmentation de la mortalité, des problèmes de santé et de la propagation des épidémies.

Les équipes de MSF en constatent quotidiennement les conséquences pour les individus et les populations. Ce rapport met en évidence les lacunes dans les services et les interventions essentiels créés par les déficits de financement dans de nombreux pays et communautés, y compris les plus pauvres et les plus vulnérables.

Sans d'urgentes mesures d'atténuation, nous assisterons à une augmentation de la mortalité, de la morbidité, des complications médicales, du nombre de nouvelles infections et des épidémies, ce qui déraillera encore plus la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Les systèmes de santé seront une fois de plus submergés par les patients gravement malades, et les communautés seront paralysées et appauvries par la mauvaise santé et la mort. Les progrès passés se transformeront en régression. Les victoires dues

aux efforts, investissements et réalisations passées seront effacées.

Le Fonds mondial reste l'un des rares mécanismes capables de soutenir des ripostes inclusives à grande échelle contre ces trois maladies. La reconstitution complète de ses ressources est essentielle pour protéger et préserver les réalisations passées et éviter un recul de la réponse mondiale.

Il y a peu d'alternatives, quoi qu'on en dise. Les déficits de financement existants, combinés à des attentes irréalistes en matière de mobilisation des ressources domestiques, compromettront l'efficacité des réponses. Les limites de la flexibilité des subventions – en particulier dans les contextes fragiles ou en évolution rapide – risquent de compromettre l'impact potentiel des subventions du Fonds mondial.

Le renversement catastrophique des progrès extraordinaires des 20 dernières années est une menace réelle. Si l'on réduit les stratégies très efficaces que le Fonds mondial a consolidées et élargies au cours des 20 dernières années (et qui, souvent, peuvent changer la donne), il y aura une régression des résultats contre les pandémies de VIH, de tuberculose et de paludisme. L'insuffisance des financements est une menace contre les fondations même de la lutte contre ces trois pandémies. Le soutien du Fonds mondial est essentiel pour protéger les éléments de base de la lutte contre ces maladies qui ont été décrites dans ce rapport et identifiées dans les projets de MSF, parmi lesquelles les approches communautaires et les stratégies de prestation différenciées, l'implication des OSC dans la planification, la mise en œuvre et le suivi, l'accent mis sur les personnes et les communautés vulnérables, la protection des droits des patients et de l'homme, l'adoption d'outils et de stratégies innovants, la flexibilité des mécanismes d'allocation et de risque dans les contextes d'intervention difficile et les réactions rapides aux épidémies et autres crises dont le nombre est en augmentation.

La reconstitution des ressources à venir offre une occasion unique de préserver la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans une époque d'incertitude mondiale croissante. L'utilisation optimale des ressources disponibles devrait permettre de s'assurer que les personnes et les communautés les plus nécessiteuses sont atteintes en priorité. Il sera essentiel de se concentrer sur les lacunes existantes en matière d'offre et de services, tout en hiérarchisant les stratégies les plus efficaces, afin d'éviter une nouvelle érosion des progrès et de favoriser un accès équitable aux soins.

RECOMMANDATIONS

Recommandations de MSF pour atténuer et éviter de nouvelles lacunes mortelles dans les interventions essentielles visant à contenir les coûts humains du VIH, de la tuberculose et du paludisme:

1. Reconstitution intégrale du Fonds mondial

Le dossier d'investissement proposé pour la 8e reconstitution des ressources, de l'aveu même du Fonds mondial, demande moins que le minimum pour répondre à tous les besoins en matière de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Les niveaux potentiels de ressources mobilisées au niveau domestique étant considérablement surestimés, les attentes sont irréalistes et les déficits de financement potentiellement encore plus importants. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire sont confrontés à des contraintes économiques, à des assiettes fiscales faibles, à un endettement élevé et à une marge de manœuvre budgétaire limitée, ce qui entrave leur capacité à mobiliser adéquatement les ressources domestiques pour la santé. Dans le même temps, les coupes dans le financement des donateurs bilatéraux amplifient la pression sur les ressources nationales, mettant davantage en péril la viabilité des systèmes de santé.

Les zones fragiles et touchées par des conflits sont les plus exposées aux risques: comme leurs systèmes de santé dépendent fortement de l'aide extérieure, le retrait des donateurs pourrait entraîner l'effondrement des services essentiels. Dans de tels contextes, les transitions rapides vers l'autofinancement peuvent avoir de graves conséquences, notamment des interruptions de service, une augmentation des taux de mortalité et des obstacles financiers accrus pour les patients. Les solutions de financement innovantes, bien que prometteuses, n'ont pas encore fait leurs preuves et restent insuffisantes pour compenser les coupes internationales.

Le maintien du financement extérieur reste le pilier essentiel de la riposte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les ambitions en matière de financement domestique doivent être mises en balance avec le besoin urgent de prévenir interruptions de traitement et inégalités en matière de santé, tout en mettant l'accent sur la protection des populations vulnérables. Les stratégies de viabilité financière doivent être prudentes, souples et élaborées en collaboration avec la société civile et les organisations de patients afin d'assurer des résultats de santé équitables et efficaces. Pour minimiser les conséquences dévastatrices des déficits de financement, il est essentiel de donner la priorité aux interventions sanitaires immédiates et tangibles plutôt qu'aux aspirations théoriques à long terme.

Il faut éviter d'exercer des pressions supplémentaires sur le Fonds mondial afin de ne pas alourdir le fardeau financier pour les pays incapables d'augmenter leurs budgets de santé publique, et encore moins que ces coûts ne soient transférés aux patients par le biais de paiements directs ou de frais d'utilisation.

2. Priorité en matière de financement: partir de la réalité, des lacunes existantes qui affectent les personnes aujourd'hui

L'analyse des principales lacunes et des besoins non couverts dans les subventions actuelles du Fonds mondial devrait commencer par un examen des registres actualisés de l'UQD et du PAAR. En reflétant les interventions de haute qualité non financées qui ont été abandonnées lors de l'octroi des subventions ceux-ci permettent de donner de la visibilité aux lacunes de la programmation. D'autres déficits qui restent sous le radar devraient être mis en évidence au cours du processus d'octroi des subventions, afin d'éviter que les pays ne limitent leurs ambitions et leurs interventions importantes parce qu'elles dépassent les limites de l'enveloppe d'allocation prévue.

Une implication significative de la société civile dans l'octroi des subventions doit être garantie, évitant ainsi la disparition d'interventions importantes des OSC et des organisations communautaires qui risquent de ne pas être incluses dans les plans et les demandes de financement, et d'être rejetées par les gouvernements.

Il convient de prioriser le financement nécessaire à l'approvisionnement en diagnostics et traitements au niveau des établissements de santé et des patients. Parmi les conséquences directes des pénuries de fournitures médicales essentielles, on peut citer l'interruption du traitement, les retards dans la mise en place de soins adéquats ou la qualité inférieure des soins. Ceci entraîne davantage de complications, d'échecs thérapeutiques ou d'augmentation de la résistance médicamenteuse, la réduction de la couverture des mesures préventives, voire la mort du patient. Les ruptures de stock dans les services publics obligent également les gens à renoncer à des traitements ou à payer de leur poche le prix fort dans des points de vente privés pour des médicaments de qualité souvent douteuse.

3. Focus sur les interventions en faveur des personnes les plus vulnérables

Les personnes les plus vulnérables sont aussi les plus exposées aux lacunes de services et à l'interruption des interventions. Il s'agit notamment des populations clés, des personnes en situation de crise (y compris les réfugiés et les personnes déplacées), des personnes les plus exposées au risque de mourir rapidement d'une maladie grave, et des enfants. Le financement devrait être axé sur un soutien concret et efficace visant à réduire les risques de mortalité et de morbidité, afin de les protéger contre l'exclusion des soins, la négligence et la maltraitance.

Le soutien aux modèles de soins dirigés par les populations clés et dispensés par les pairs devrait être étendu, en particulier dans les contextes où les populations clés sont criminalisées. En raison du risque élevé d'infection et de transmission, une protection efficace dépend également de la disponibilité suffisante d'outils et d'interventions de prévention. Le soutien du Fonds mondial aux approches de protection des patients et des droits de l'homme doit être renforcé.

Les personnes touchées par des crises, telles que les conflits, les déplacements, les épidémies ou les catastrophes naturelles, sont confrontées à des risques importants et immédiats mettant leur vie en danger en raison de l'interruption du traitement, de l'augmentation des obstacles à l'accès aux soins en temps opportun, des conditions de vie et des besoins supplémentaires en matière de santé. Il n'existe pas de mesures d'atténuation telles que des stocks régulateurs, l'autonomie des patients et des mécanismes de réponse rapide en cas de rupture de stock imminente. Actuellement, l'aide lors de ces crises est lente et souvent inadaptée. La politique du Fonds mondial en matière de CID inclut la volonté d'introduire une plus grande adaptabilité, mais sa mise en œuvre devrait être appliquée plus largement et dans davantage de contextes. Il faut plus de souplesse et les obstacles administratifs doivent être rapidement levés. Compte tenu de l'instabilité dans de nombreux pays, la planification des subventions devrait inclure des plans d'urgence clairs pour répondre aux besoins sanitaires accrus et aux circonstances difficiles, y compris une redéfinition des priorités pour les interventions directes qui sauvent des vies et éventuellement un élargissement du nombre de bénéficiaires de subventions. Les subventions existantes du Fonds mondial devraient pouvoir être orientées vers une mobilisation de ressources supplémentaires et vers des réponses plus adaptées en situations de crise, y compris le financement d'OSC, d'ONG et d'autres acteurs non étatiques ayant une expertise dans les situations d'urgence.

Il est urgent de déployer le programme de détection et de traitement, prévention pour les patients atteints de dermatite atopique, car ils sont confrontés à de graves complications médicales et à un risque élevé de décès imminent. Dans les soins de santé primaires, la détection précoce et les références de patients vers des structures adaptées dépendent de l'accès aux outils de diagnostic de la numération des CD4, de la LAM et du CrAg. Le traitement des principales infections opportunistes, notamment la méningite cryptococcique, le sarcome de Kaposi et d'autres, est désormais limité à un nombre insuffisant d'hôpitaux, entravés par un financement insuffisant des fournitures médicales essentielles.

Les enfants sont particulièrement exposés au risque de mourir du VIH, de la tuberculose et du paludisme. C'est d'autant plus le cas que diagnostic et traitement adaptés aux enfants font défaut dans de nombreux endroits en raison de pénuries de financement. Le déploiement de modèles de soins décentralisés et innovants (tels que l'autogestion, les approches communautaires, etc.) devrait s'accélérer. Il est également nécessaire d'améliorer la surveillance de l'échec thérapeutique et de la résistance aux médicaments chez les enfants. Pour le VIH, il est urgent d'intensifier le diagnostic précoce du nourrisson et d'améliorer la prophylaxie postnatale. Le financement de formulations de traitements contre le VIH et la tuberculose adaptées aux enfants peut améliorer la couverture de soins et les résultats thérapeutiques. En raison du manque de financement dans la riposte au paludisme, on observe des lacunes dans le traitement par la thérapie combinée à base d'artémisinine, la disponibilité et la chimioprophylaxie préventive. Ceci constitue un risque élevé de mortalité pour les enfants dans les régions fortement endémiques et les zones touchées par les épidémies et la malnutrition.



4. Protéger les stratégies dont la valeur a été prouvée

Vu la réduction des financements, certaines stratégies clés risquent de ne plus être financées, ce qui serait une grave erreur qui en compromettrait l'efficacité, limiterait la couverture en matière de soins et saperait les résultats escomptés. Il faut à tout prix éviter de ne plus financer ces stratégies qui constituent l'utilisation la plus efficace des fonds disponibles, car le risque serait de faire dérailler les réalisations et les progrès de la riposte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les enseignements tirés des études et de l'expérience des années précédentes devraient inspirer la priorisation de la protection et de la promotion des stratégies qui ont fait leurs preuves pour rendre la réponse plus efficace afin de sauver des vies et atteindre ceux qui en ont le plus besoin.

Soutien à la société civile et aux organisations communautaires - Au cœur d'interventions sanitaires efficaces, les OSC et les organisations communautaires jouent un rôle crucial pour assurer des soins rapides et vitaux aux personnes touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme. Ces réseaux forment la colonne vertébrale de la prestation de services pour les communautés les plus négligées ou marginalisées. Sans surveillance communautaire, il n'y aura pas de données indépendantes en temps réel sur les déficits d'approvisionnement, les obstacles à l'accès et les interruptions de service, comme c'est souvent le cas dans les rapports officiels. Leur inclusion dans les processus de planification et d'octroi de subventions garantit que la réponse reflète la réalité nationale des besoins non satisfaits et pas seulement les préférences gouvernementales. Malgré leur rôle essentiel, les OSC et les CBO sont souvent sous-financés et mis à l'écart. Rarement soutenus par leurs gouvernements nationaux et relégués au second plan dans les demandes des donateurs, beaucoup ont du mal à obtenir des financements. Étant donné que la plupart d'entre eux dépendent du Fonds mondial pour remplir leur rôle dans la prestation de services, la défense des patients et la responsabilisation des systèmes de santé, la priorité doit rester accordée à la protection et à l'amélioration de ces sources de financement directes. Les processus de demande de subvention et de rapport devraient être simplifiés et facilités afin de les rendre plus accessibles aux OSC et aux organisations communautaires et ainsi les soutenir dans ce rôle essentiel.

Déployer des approches communautaires, des soins décentralisés et des modèles de prestation de services différenciés - Rapprocher les fournitures et les services médicaux des personnes qui en ont besoin demeure un défi considérable. Le financement de modèles de

soins décentralisés, y compris les services dirigés par la communauté ou les services axés sur les patients, s'est avéré essentiel pour améliorer la couverture des soins adéquats, leur accès en temps opportun et leur continuité. Il s'agit notamment de garantir une disponibilité suffisante d'outils de diagnostic et de détection précoces au niveau des soins de santé primaires (GeneXpert, tests de diagnostic rapide contre le paludisme, PIMA, CrAg, etc.). Il faut également soutenir davantage les modèles de prestation de services différenciés existants et innovants afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes. Il s'agit, par exemple, des groupes communautaires de traitement antirétroviral, de la distribution d'ARV pour plusieurs mois, des soins familiaux de la tuberculose et des interventions communautaires intégrées contre le paludisme.

Préserver et déployer un accès effectif aux outils de prévention - Des outils de prévention du paludisme tels que la CPS, la CPP, les MII et la pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent (PID), doivent être déployés, y compris de nouveaux outils tels que la vaccination antipaludique et les méthodes innovantes de lutte antivectorielle, en accordant une attention particulière aux zones à forte charge de morbidité et aux zones touchées par des crises, aux épidémies de paludisme et aux zones où les populations sont plus exposées à ces risques comme pendant les périodes de malnutrition, de déplacement ou d'effets du changement climatique. Pour changer la donne dans la prévention du VIH, les pays doivent être pleinement en mesure d'étendre la PrEP et la PEP orales et injectables, y compris dans le cadre des services de routine et communautaires pour les adolescents et les populations clés. Lorsque la couverture de la PTME reste limitée, des efforts supplémentaires sont nécessaires. Assurer un meilleur accès au TPT est un élément clé de la lutte contre la tuberculose.





©Giuseppe La Rosa/Chad

5. Un financement suffisant axé sur les patients et protégeant le fonctionnement des services de santé

Le financement des systèmes de santé devrait donner la priorité aux interventions qui ont un impact direct sur la santé et protègent les patients contre les interruptions de traitement, de soins et de prévention. On peut citer la disponibilité suffisante de médicaments et consommables essentiels, fournies gratuitement à la population; et la garantie que les agents de santé de première ligne (y compris les travailleurs communautaires et non professionnels) soient correctement formés, motivés et rémunérés, afin d'éviter que des médicaments essentiels ne disparaissent ou ne deviennent inabordables pour les gens.

Disponibilité ininterrompue et suffisante des fournitures médicales essentielles - Compte tenu des risques accrus de pénurie de financement et d'affaiblissement des chaînes d'approvisionnement, il est important d'investir systématiquement dans une meilleure prévision et un meilleur suivi des commandes de médicaments en fonction des tendances de consommation, de soutenir davantage les moyens et les mécanismes permettant une livraison efficace au dernier kilomètre, de financer des stocks tampons plus importants et de renforcer les capacités d'achat d'urgence et de réponse précoce aux ruptures de stock. Une surveillance indépendante par le biais d'initiatives communautaires peut permettre de prévenir et d'atténuer les menaces de rupture de stock.

Tout soutien aux systèmes de santé devrait viser à mobiliser davantage de ressources pour rémunérer, motiver et soutenir les agents de santé de première

ligne, à garantir des soins gratuits aux populations et réduire la charge financière pesant sur les ménages, et à soutenir les approches communautaires et centrées sur le patient. Les interventions soutenues dans le cadre général du "renforcement des systèmes de santé" devraient être réexaminées - et éventuellement suspendues - sur la base de leur contribution directe à l'amélioration des résultats au niveau des patients et des communautés.

6. Réductions de prix des médicaments par la négociation et l'orientation du marchés

Les budgets de la santé étant sous pression, il sera essentiel d'obtenir des prix plus bas pour les produits essentiels, et le Fonds mondial devrait renforcer son rôle dans les négociations et l'organisation du marché.

Pour que les fonds disponibles soient utilisés au mieux dans l'achat de fournitures médicales, il faut donner la priorité aux négociations sur les prix et aux efforts de façonnement du marché. En plus d'obtenir un meilleur rapport qualité-prix en termes de médicaments essentiels et donc de fournir un traitement à un plus grand nombre de personnes, une attention particulière devrait être accordée à la réduction du prix des produits actuellement inabordables, tels que les tests GeneXpert, les ARV pédiatriques, la PrEP à action prolongée et les médicaments antipaludiques de deuxième intention. Plus le Fonds mondial achète les médicaments contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, plus il gagne du poids dans la négociation de prix plus abordables, les achats groupés et l'obtention de fournitures de qualité. Il faut combiner des efforts accrus pour façonner le marché afin d'accroître l'accès aux outils vitaux pour un plus grand nombre de personnes dans le besoin.



**FAILLES FATALES : IL EST IMPERATIF
DE SAUVER DES VIES**
Avril 2025

Pour plus d'informations, contactez:

Departement Analyse, Centre Operationnel Bruxelles, MSF
info-analysis@msf.org

www.msf.org