

# AFRAVIH 2018

9<sup>e</sup> Conférence Internationale Francophone

## VIH/HEPATITES

Du **4** au **7 avril 2018**

**Bordeaux** Palais des Congrès



[www.afra vih2018.org](http://www.afra vih2018.org)

# AFRAVIH 2018

9<sup>e</sup> Conférence Internationale Francophone

## VIH/HEPATITES

Du 4 au 7 avril 2018

Bordeaux - Palais des Congrès



# Quels risques pour les PVVIH et les patients des pays en développement?

Dr. Mit Philips, Nathalie Cartier, Kerstin Akerfeldt et Amanda Banda

**Médecins Sans Frontières**, Bruxelles

# Le discours et la situation actuelle

Cibles pour 2030 maintenues mais sans révision des ressources

- Pourtant allocation des fonds stagnante voir diminuée depuis 4 ans
  - Fonds domestiques: augmentation mais diminution de l'augmentation moyenne annuelle en 2015 et 2016, comparé à 2010-2015.
  - Fonds internationaux: continuation critique – très variable par pays
- En dehors du rétrécissement de l'enveloppe totale dédiée à la réponse au VIH, on constate des restrictions supplémentaires sur:
  - Les populations prioritaires
  - Les zones géographiques prioritaires ou non; par exemple approche pays et région focale PEPFAR
  - Le type de dépenses; par exemple rémunération ressources humaines/personnel de santé.
- Favoriser contextes et activités avec retour sur investissement supérieur > défavoriser les plus vulnérables

Le message récurrent:

- Mobilisation de fonds nationaux
- Financements innovateurs et le secteur privé
- Efficacités & synergies entre différents fonds
- Intégration dans les services de santé générales

# Afrique de l'Ouest et du Centre: disponibilité des ressources pour le VIH par source 2006-2016 et besoins en ressources projetés pour 2020 (ONUSIDA).



# Plan d'accélération pour la région de l'AOC: Quid sans ressources adéquates?

## Besoins importants pour accélérer l'accès et la couverture TAR dans la région, mais...

- PEPFAR dans seulement 6 pays sur 25: RDC, Côte d'Ivoire, Ghana, Cameroun, Nigéria et Burundi; 1 sur 6 label 'prioritaire'
- Fonds Mondial (FM) principal bailleur et souvent le seul fournisseur de TAR.
- L'allocation FM 2018-2020 octroyée pour la région **environ 30% inférieure** aux subventions VIH signées pour la période précédente (2015-2017); correspondant environ aux fonds décaissés en 2017.

## République centrafricaine (RCA): un déficit de financement pour le VIH

- En dépit de l'importants défis, rapide augmentation d'accès au traitement depuis 2014. Le nombre de patients sous TAR a **doublé** au cours des trois dernières années, atteignant plus **30 000 en 2016**, ce qui représente une couverture de **24 %**.
- La présente allocation 2018-2020 du Fonds mondial assure seulement la continuité de traitement pour les patients déjà sous TAR et la mise sous TAR d'un nombre très limité de nouveaux patients. **Nombre de personnes sous TAR plafonné à 32 000 jusqu'à fin 2020, donc couverture en TAR en 2020 seulement de 24,6%**

## Guinée: diminution de fonds et limitation des initiations

- FM allocation moyenne annuelle pour VIH de 2018 à 2020 a **diminué de 25%** comparée à l'allocation annuelle moyenne de la période précédente.
- Nombre initiations TAR financement FM prévu d'environ **22 000 (2015 à 2017)** à environ **11 000 (2018 à 2020)**, soit **moins 50%** ç.à.d lorsqu'en 2016 **784** personnes initiés par mois , le nombre mensuel prévu est de **533** en 2018 et **200** en 2019 et 2020
- Gouvernement guinéen doit financer/approvisionner TAR pour **14 000 PVVIH** pour arriver à **49%** couverture TAR en 2020.
- Independent technical review panel: 'cibles trop bas pour obtenir impact significatif sur l'épidémie'

# Au-delà du traitement TAR

## Manque de fonds

- **Limitation de l'investissement** dans les activités pour renforcer la prévention, l'intégration TB/VIH, la qualité et l'observance aux TAR, les interventions communautaires, l'approvisionnement ainsi que les compétences et la motivation des ressources humaines.
- **Compétition malsaine** entre différents piliers de la réponse au VIH/SIDA.
  - Prévention versus traitement; initiation versus rétention; ...
  - Organisations de la société civile (OSC) et associations de PVVIH: rôle primordial dans la prestation des services VIH (dépistage, conseil et soutien à l'observance), distribution des TAR dans des centres de santé ainsi que dans la communauté, acteurs de sensibilisation, lutte contre la stigmatisation, agents indépendants pour veiller à l'accès et la qualité des services (e.g. observatoires communautaires en RDC, Burkina Faso, Niger, Guinée, RCA et Cameroun).
- **Augmentation des frais médicaux imputés aux PVVIH**
  - Déjà la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et barrière importante à l'accès aux soins.
  - En RDC, en 2013 et 2014, ménages contribuaient à hauteur de 44 % de toutes les dépenses liées au VIH – la population est le premier contributeur au VIH devant le Fonds Mondial, PEPFAR et l'Etat .

# Mobilisation des financements supplémentaires ?

- Nationaux
  - Réalisme de la croissance économique attendue: baisse de prix des matières premières, crises financières...
  - Réalisme du potentiel – pas uniquement volonté politique- barrières fiscales et budgétaires
  - Augmentation devrait apporter expansion et accélération, pas remplacer fonds internationaux
- Financements innovateurs – souvent secteur privé
  - Fonds des Initiatives de Santé Globale utilisés pour payer les Banques?
  - Emprunt? Pays très endettées déjà
- Efficacités et synergies des fonds existants
  - Etudes démontrent pas compensation suffisante du déclin des fonds internationaux
  - Chaises musicales des origines des fonds - volume total en réduction
- L'enveloppe de santé générale - aussi en déclin
  - Liens à l'agenda de sécurité des pays riches (militaire, pandémies, réfugiés et migrants)
  - Equité vers le bas?
  - Agenda UHC – que par le RSS?

# Risques et la réalité déjà

- **Compétition** pour les fonds **entre interventions efficaces**
- Fonds nationaux réticents de payer **interventions par société civile et approches communautaires** –bien que très efficace
- Réticence **paiement personnel de santé**
- Pression sur la mobilisation ressources domestiques inclut augmentation des **paiements directs par les patients**
  - Exclusion, délais d'initiations, rétention réduite; Qualité moindre des soins
  - Appauvrissement et abus
  - Moindre efficiences (personnel sous-utilisé et péremption médicaments)
- **Approvisionnement** médicaments non garanti jusqu'aux structures de santé > plus de ruptures de stock et/ou à payer par le patient
- Pression **d'achat des TAR** par fonds nationaux
  - Catégorisation comme pays à moyen revenu – pas accès aux **prix** préférentiels
  - Manque de possibilité de pooling des achats – **prix** moins favorables
  - **Qualité** des produits médicaux en péril : Achat médicaments moins chers mais sans garantie de qualité



# Risques et la réalité déjà (2)

- Reprise des épidémies
- Aggravation des problèmes et des gaps en soins de santé
- Ambitions réduites en cibles ou en vitesse: quid des 90-90-90 en 2020?
- Traiter les PVVIH 'comme tout le monde' – à la vitesse des déficiences des systèmes de santé
  
- Rationnement et délais des initiations
- Rationnement du paquet complet de base de soins
- Découragement de la rétention
  
- Plus de malades, plus de complications et de morts : le retour du SIDA
- Résultats moins performants et plus chers

# Conclusions

- Résultats bénéfiques programmatiques et pour les patients à risque – premiers signes déjà maintenant:
  - Moins de fonds
  - Moins d’initiations et plafonnement/rationnement
  - Achat TAR par fonds nationaux: risque de prix et de qualité
  - Tendance à augmentation des contributions des patients et ménages
  - Compétition malsaine entre interventions efficaces
  - Ambitions et cibles réduites
- Lecture de la réalité ou terminologie embellissante?
- « Comment articuler les ressources nationaux et internationaux? »
  - Un ‘équilibre’ présume un engagement réel maintenu dans la lutte par les acteurs internationaux
  - Les besoins des PVVIH devraient au centre de cette balance
- Comment protéger les patients et les résultats bénéfiques de programmes?
  - Réalisme en proportionnalité et en vitesse des shifts vers les fonds nationaux
  - Etre conscient des effets pervers – besoin d’atténuation et anticipation systémique
  - Balance des fonds ‘politique’ met à risque les résultats en terme de santé des PVVIH et les patients
    - Eviter la négociation entre gouvernements sur le dos des patients et PVVIH
    - Remettre ‘saving lives’ en haut des priorités pour le FM et d’autres initiatives de santé