



## Promouvoir les interventions pour les hépatites virales et la réduction des risques dans la COP 2022

**February 3, 2022 [8 AM EST, 3 PM SAST, 4PM WAT]**

### **Facilitateur**

Hilary McQuie, Treatment Action Group

### **Interventions (50 min)**

- **Priorité au virus de l'hépatite C (VHC) dans la COP 2022 du PEPFAR** – Joelle Dountio Ofimboudem, Treatment Action Group
- **Intégration de l'hépatite B pour le PEPFAR** – Danjuma Adda, World Hepatitis Alliance
- **Consommation de drogues dans les pays africains bénéficiaires du PEPFAR : Que savons-nous ?** – Maria-Goretti Loglo, International Drug Policy Consortium
- **Quelle est la position du PEPFAR sur les personnes qui consomment des drogues ? Recommandations pour et par les personnes qui consomment des drogues** – Aditia Taslim, International Network of People who Use Drugs
- **Défaut de financement** – Colleen Daniels, Harm Reduction International

### **Discussion et questions-réponses (30 min)**

**TAG**

Treatment Action Group

[www.treatmentactiongroup.org](http://www.treatmentactiongroup.org)

**DONNER LA PRIORITÉ AU VIRUS DE  
L'HÉPATITE C (VHC) DANS LA COP  
PEPFAR 2022**

**JOELLE DOUNTIO O.**

**RESPONSABLE DE L'ENGAGEMENT**

**COMMUNAUTAIRE, PROJET HCV**

**GROUPE D'ACTION SUR LE TRAITEMENT (TAG)**

**03 fév. 2022**

# LES OBJECTIFS MONDIAUX D'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE ?



## GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS 2016–2021

### TOWARDS ENDING VIRAL HEPATITIS

#### GLOBAL VISION

A world where viral hepatitis transmission is halted and everyone living with viral hepatitis has access to safe, affordable and effective prevention, care and treatment services.

#### GOAL

Eliminate viral hepatitis as a major public health threat by 2030.<sup>3</sup>

- 90 percent reduction in incidence; \*
- 65 percent reduction in mortality;
- 90 percent of people infected with hepatitis C to be diagnosed; and
- 80 percent of people diagnosed to be treated.<sup>3</sup>

**\* Tous les objectifs par rapport aux niveaux de référence de 2015**

# ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VHC

## OMS (données 2019)

VHC : 58 millions de personnes vivent avec un VHC chronique et 290 000 décès par an.

**Environ 2,3 millions de co-infections VIH/VHC dans le monde.**

**Afrique** : Plus de 10 millions de personnes vivent avec le VHC

## Charge mondiale du VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues :

**Est. 15,6 millions de  
personnes s'injectant des  
drogues**

**Est. 3,2 millions de femmes  
qui s'injectent des drogues**

**Est. 8.2M de personnes qui  
s'injectent des drogues  
sont testées positives aux  
anticorps du VHC (52.3%)**



# NOUVELLES INFECTIONS ET MORTALITÉ PAR RÉGION



**TAG**

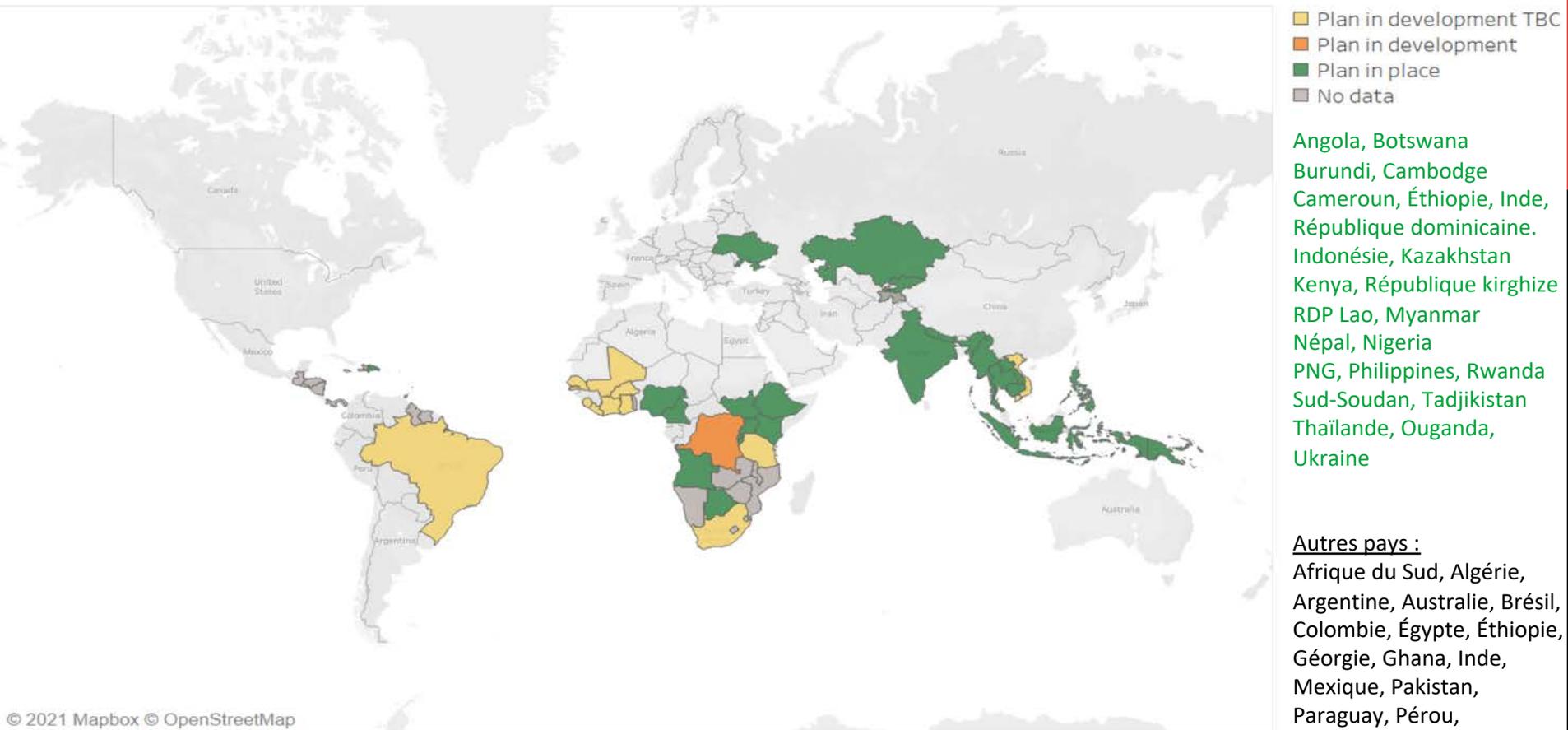
Treatment Action Group

# POURQUOI LE PEPFAR ?

- Le PEPFAR atteint déjà les populations vulnérables et peut utiliser ses programmes pour rencontrer les gens là où ils sont, avec ce dont ils ont besoin, afin de prévenir le VIH avancé, les maladies chroniques et le cancer du foie, ainsi que la mort.
- En utilisant le même échantillon de sang, l'infrastructure de diagnostic du VIH existante dans les programmes PEPFAR peut tester et diagnostiquer le VHB et le VHC.
- Le ténofovir (TDF) qui est couvert par les donateurs mondiaux (y compris le PEPFAR) pour le VIH n'est pas disponible pour le VHB. Les militants peuvent faire pression pour qu'il soit disponible pour le traitement du VHB.



# 24 PAYS PEPFAR DISPOSANT DE PLANS NATIONAUX CONTRE L'HÉPATITE

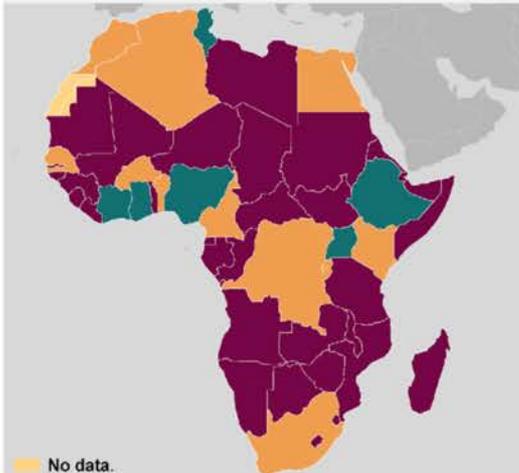


Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated). Color shows details about Plan as an attribute.

Sources : WHO Policy Brief 2019 ; Analyse MSF 2019 ; mapCrowd 2019 ; Harm Reduction International ; OMS : Hepatitis Scorecard for the WHO Africa Region Implementing the hepatitis elimination strategy, 2020.

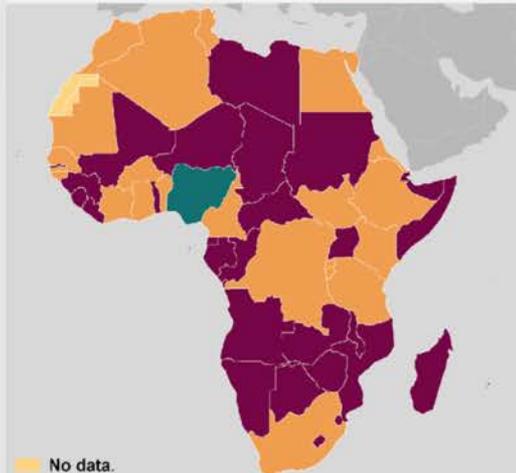
# RESTRICTIONS DE TRAITEMENT EN AFRIQUE

Countries with Fibrosis restrictions



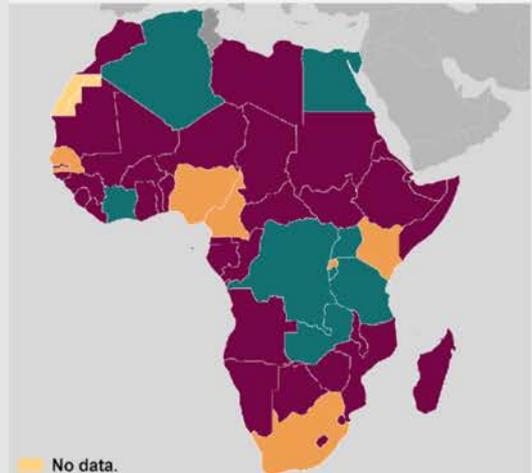
- No data.
- Countries with Fibrosis restrictions: Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Nigeria, Tunisia, Uganda.
- Countries with no fibrosis restrictions: Algeria, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Congo–The Democratic Republic of, Egypt, Kenya, Mauritius, Morocco, Rwanda, Senegal, South Africa.
- Countries with no data on fibrosis restrictions: Angola, Botswana, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Sudan, Sudan, Tanzania, Togo, Zambia, Zimbabwe.

Countries with Sobriety restrictions



- No data.
- Countries with sobriety restrictions: Mauritius\*, Nigeria\*.
- Countries with no sobriety restrictions: Algeria, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Congo–Democratic Republic of The, Côte d'Ivoire, Egypt, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea-Bissau, Kenya, Mauritania, Morocco, Nigeria, Rwanda, Senegal, South Africa, South Sudan, Tanzania, Tunisia.
- Countries with no data on sobriety restrictions: Angola, Botswana, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Countries with Prescriber restrictions



- No data.
- Countries with prescriber restrictions: Algeria, Burundi, Congo–Democratic Republic of The, Côte d'Ivoire, Egypt, Tanzania, Uganda, Zambia.
- Countries with no prescriber restrictions: Cameroon, Kenya, Mauritius, Nigeria, Rwanda, Senegal, South Africa.
- Countries with no data on prescriber restrictions: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Eswatini, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Morocco, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Sudan, Sudan, Togo, Zambia, Zimbabwe.

# QUE DIT LE RAPPORT FINAL 2022 SUR LE HCV ?

Hépatite virale/hépatite mentionnée **20 fois** ; VHC **6 fois** ; et VHB **8 fois**

- **6.3.1.8 Dépistage communautaire** : "Des études montrent que les stratégies de dépistage communautaire qui intègrent des évaluations de santé et des dépistages multi-maladies peuvent réduire efficacement la stigmatisation au niveau communautaire en normalisant le dépistage du VIH dans le cadre des soins de santé de routine... Parmi les populations clés, le recours au dépistage du VIH est le plus élevé lorsqu'il est associé au dépistage de la tuberculose, des IST, de la PF et/ou de l'hépatite, mais un peu plus faible lorsqu'il est associé au dépistage des maladies chroniques..." Les plans nationaux peuvent également **intégrer l'autodépistage du VHC dans leurs stratégies d'autodépistage du VIH.**
- **6.6.1.4 Diagnostic** : "... diagnostiquer et surveiller de multiples maladies, notamment le VIH et la tuberculose, mais aussi le COVID-19, l'hépatite C...". Fait référence à GeneXpert et à d'autres plateformes de diagnostic multi-maladies. Les pays peuvent **"intégrer les tests de charge virale VHC au point de service lorsqu'il existe des services de dépistage du VIH au point de service."**

# QUE DIT LE RAPPORT FINAL 2022 SUR LE HCV ?

- **2.3.5 Traiter les comorbidités (p. 87) :** " envisager de traiter les comorbidités supplémentaires (...**hépatite virale**, maladie non transmissible, maladie mentale) d'une manière qui soit hiérarchisée en fonction de leur impact sur le traitement du VIH et la santé des clients. La prise en charge des comorbidités supplémentaires à l'aide de fonds provenant de l'enveloppe de la COP ne doit être proposée que si elle s'appuie sur une solide plateforme de prestation de services VIH du PEPFAR et peut être réalisée sans impact négatif sur les services VIH ; elle est déconseillée si le contrôle de l'épidémie n'a pas été réalisé de manière équitable dans les régions et les populations... (Objectif 1). Il doit également être conçu en tenant compte des objectifs 2 et 3 - par exemple, en **tirant parti des laboratoires, de la chaîne d'approvisionnement, des ressources humaines et des systèmes d'information durables, ainsi qu'en garantissant un partenariat et un alignement avec les programmes de santé nationaux....**". Plus spécifiquement, au sein des OU du PEPFAR, les districts (SNU) qui ont démontré une réalisation équitable des objectifs 95/95/95 peuvent offrir, dans le cadre de la stratégie du plan opérationnel, le **financement de services plus complets pour les personnes vivant avec le VIH, tels que le diagnostic et le traitement de l'hépatite B et C** Si ces services supplémentaires sont financés dans le COP en tant que programmation PEPFAR, ils doivent être offerts équitablement et sans discrimination... Les programmes doivent se référer aux recommandations actualisées de l'OMS sur le **dépistage de l'hépatite B et C.**"

# PROPOSITION DE LANGAGE POUR LE COP 2022

- **Nous exigeons une section autonome sur la coinfection par l'hépatite virale !**
- **2.3.5 Prise en charge des comorbidités** : "Tirer parti des laboratoires, de la chaîne d'approvisionnement, des ressources humaines et des systèmes d'information durables, ainsi que garantir le partenariat et l'alignement avec les programmes de santé nationaux pour les comorbidités telles que l'hépatite virale fait partie des soins optimisés du VIH, et les services pour la mono-infection devraient être offerts dans le cadre des stratégies de prévention, de dépistage et de test."
- **6.4 Optimiser les soins et le traitement du VIH** : Grâce à des antiviraux pangénotypiques à action directe très efficaces et sûrs, les personnes atteintes du VHC peuvent effectivement être guéries et ne pas transmettre le virus si une éducation préventive précise et appropriée et un accès à du matériel de réduction des risques sont en place. L'orientation vers un traitement précoce du VHC pour les personnes co-infectées par le VIH et le VHC peut prévenir d'autres dommages au foie et le cancer du foie et améliorer les résultats en matière de VIH et de santé.
- **Le PEPFAR devrait augmenter le financement de la réduction des risques et de l'ensemble des services liés à l'hépatite virale** (y compris la vaccination contre le VHB, le PSN, les médicaments contre les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (MOUD), la naloxone, les DAA comme TasP) pour les personnes vivant avec le VIH ou risquant de le contracter.
- **Activités de prévention et d'éducation**
  - **2.3.3 ART continu centré sur la personne** : inclure " les personnes qui utilisent et s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels ".
  - **6.2 Prévention primaire** : s'aligner sur les directives de l'OMS relatives à l'hépatite "...Les services de prévention doivent promouvoir les connaissances en matière de santé et de traitement sur la transmission et la prévention de l'hépatite virale, offrir un lien vers le dépistage de l'hépatite virale, le traitement DAA et la vaccination contre le VHB pour les personnes les plus à risque, y compris les personnes qui utilisent et s'injectent des drogues. En outre, les services de prévention doivent préconiser et mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions de réduction des risques..."
  - "La prise en charge des coinfections de l'hépatite virale peut prévenir les cancers du foie".
  - "Traiter le VHB peut prévenir l'hépatite D" (pour laquelle il n'existe ni traitement ni vaccin).

# PROPOSITION DE LANGAGE POUR LE COP 2022

- **6.3 Stratégies des services de dépistage du VIH** : PEPFAR peut financer : l'achat de cartouches GeneXpert HCV ; les plateformes de diagnostic et les tests Abbott RealTime ; Roche Cobas Taqman HCV ; le transport des échantillons ; et le renforcement du réseau de laboratoires pour **intégrer le dépistage de l'hépatite virale en utilisant l'infrastructure VIH existante**. Le PEPFAR peut couvrir la formation et le soutien du Programme national de lutte contre le sida et du Programme national de lutte contre l'hépatite virale pour **mettre à jour les directives nationales sur le diagnostic afin de passer à des algorithmes de diagnostic plus simples et décentralisés qui incluent des tests au point de service**.
- **6.3.1.8 Services de dépistage communautaires ciblés** : "Les programmes devraient également envisager d'intégrer le **VIHST [et l'autodiagnostic des anticorps anti-VHC]** dans les stratégies de dépistage communautaires, le cas échéant."
- **6.4 Optimiser les soins et le traitement du VIH** : inclure **l'intégration de l'hépatite virale dans l'algorithme de diagnostic du VIH**.

# EXCUSES ET CONTRE-ARGUMENTS

- **"Ne fait pas partie de la mission/des priorités du PEPFAR".**

*Il s'agit de "toucher les plus vulnérables là où ils se trouvent, avec ce dont ils ont besoin".*

- **"Demandé de faire plus avec moins de \$"**

*Simple changement de politique (utiliser l'infrastructure existante du VIH pour le dépistage du VHC).*

*Le traitement des coinfections VIH et VHC est à la fois rentable et économique.*

*Le diagnostic et le traitement précoces du VHC, ainsi que la réduction globale des risques, améliorent les résultats sanitaires des personnes co-infectées par le VIH, des personnes mono-infectées et des personnes qui consomment et s'injectent des drogues, et évitent les complications à long terme (cirrhose et cancer du foie).*

- **"Les DAA sont trop chers"**

*Grâce au programme "test & treat" de la CHAI = moins de 80 dollars par patient.*

- **"Ne financera pas les aiguilles/seringues (en raison de l'interdiction fédérale)"**

*Les aiguilles et les seringues coûtent quelques centimes. L'interdiction fédérale est sur le point d'être levée aux États-Unis. Les pays ne devraient pas être dissuadés d'inclure les PS et les programmes complets de réduction des risques dans leurs COP.*

# QUESTIONS ?

## Contacts et médias sociaux

**Joelle Dountio O.**

Responsable de l'engagement communautaire,  
projet VHC

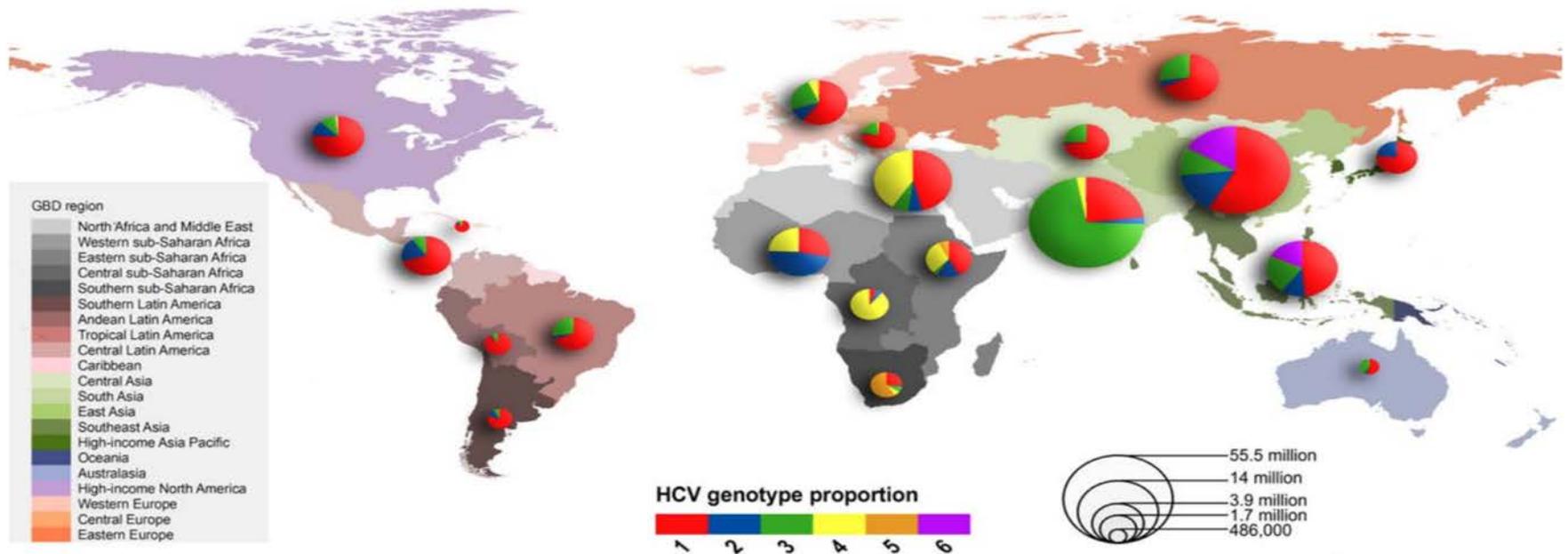
  o@treatmentactiongroup.org  
 @TAGTeam\_Tweets  
@treatmentactiongroup

hepCoalition.org  
  mapCrowd.org  
 @hepCoalition  
@hepcoalition\_mapcrowd

# POURQUOI L'HEPATITE ? POURQUOI MAINTENANT ?

- Hépatite virale = **maladie silencieuse**
- Cause des maladies du foie et du cancer du foie
- **Traiter tôt** : Les **lésions hépatiques** dues au VHC se produisent lentement, mais **progressent** plus rapidement chez les **personnes vivant avec le VIH**.
- La coinfection VIH/VHC **complique le traitement du VIH** (nécessité de vérifier les interactions médicamenteuses) et peut accroître la toxicité hépatique.
- Vérifiez la santé de votre foie. **Tests de la fonction hépatique** = possibilités de dépistage de la coinfection
- 4 % de risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant, mais **il n'existe pas de protocoles clairs pour le dépistage/test des femmes enceintes** ou la sécurité des DAA pendant la grossesse.
- Les personnes vivant avec le VIH et **prenant des ARV peuvent réduire le risque de transmission du VIH et du VHC**.
- **Plan régional africain** = Nous devrions exiger des investissements dans l'hépatite virale !
- Nouvelles orientations mondiales de l'OMS attendues en 2022 ; **il est temps d'aligner les COP sur les stratégies/objectifs de l'OMS, de l'ONUSIDA et du Fonds mondial**.

# SOUS-TYPES DIFFICILES À TRAITER



\*NB : Ne couvre pas les sous-types du génotype du VHC : non-1a/1b ; 4a, 4k, 4p, 4q, 4r, 4s.

Les sous-types **GT1I** et **GT4r**, largement répandus en Afrique de l'Ouest, du Centre et de l'Est, répondent mal au SOF/LED et **doivent être traités par SOF/DAC** ou, si possible, par **SOF/VEL** ou **SOF/VEL/VOX**.

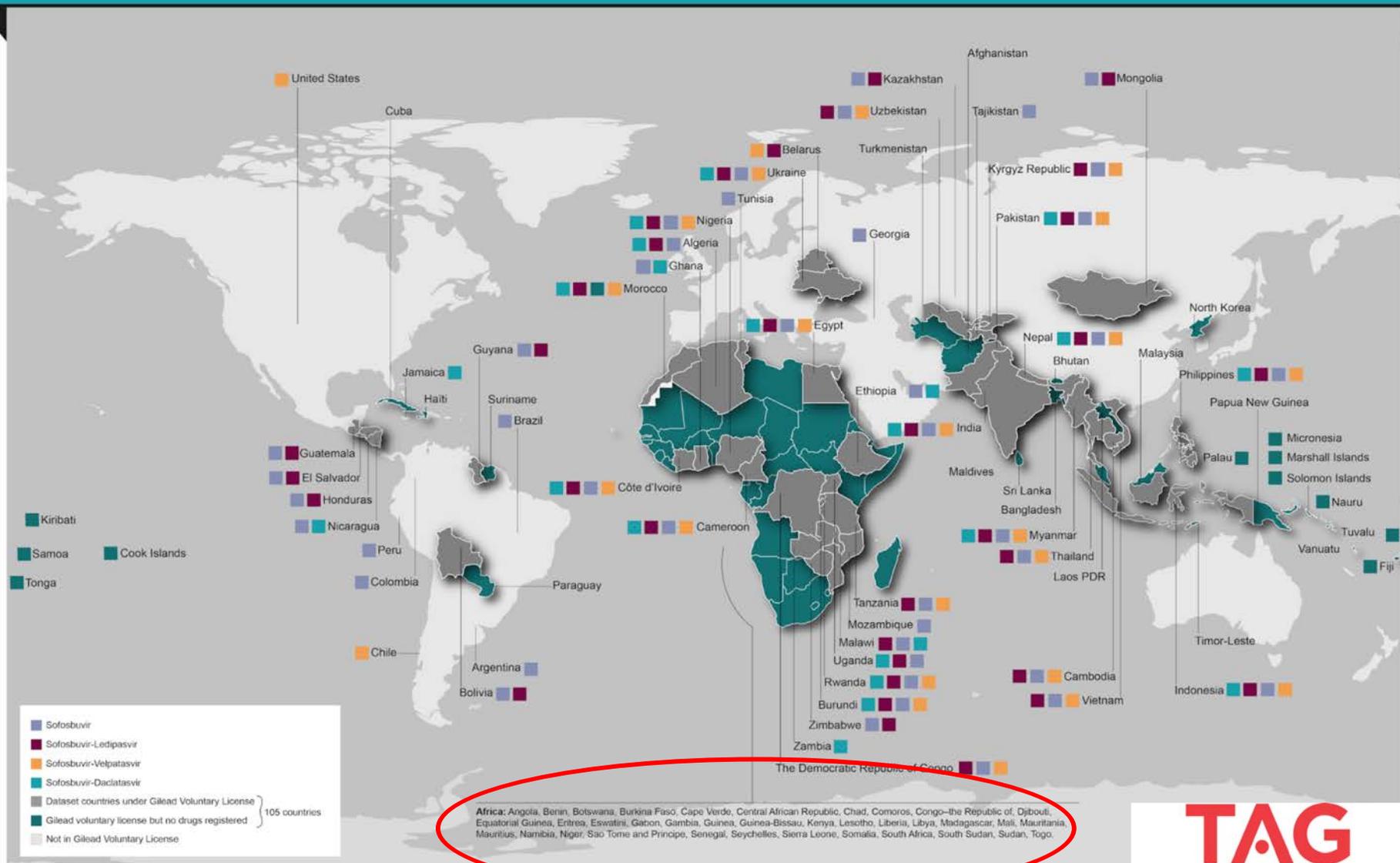
Sources :

Messina et al. Hepatol. 2015 ; Aranday-Cortes et al. J. of Inf. D. 2021 ; Gupta N et Al. Lancet Gastroenterology & Hepatology 2019



# ENREGISTREMENT D'UN ANTIVIRAL À ACTION DIRECTE (DAA) DANS LES PAYS DU PE PEPFAR / L'AFRIQUE

Registration of Generic Sofosbuvir-based DAAs Under Gilead's Voluntary Licenses



There are 41 countries where generic sofosbuvir-based DAAs are registered out of 105 countries in the Gilead voluntary licenses.

# Intégration de l'hépatite B pour le PEPFAR

---

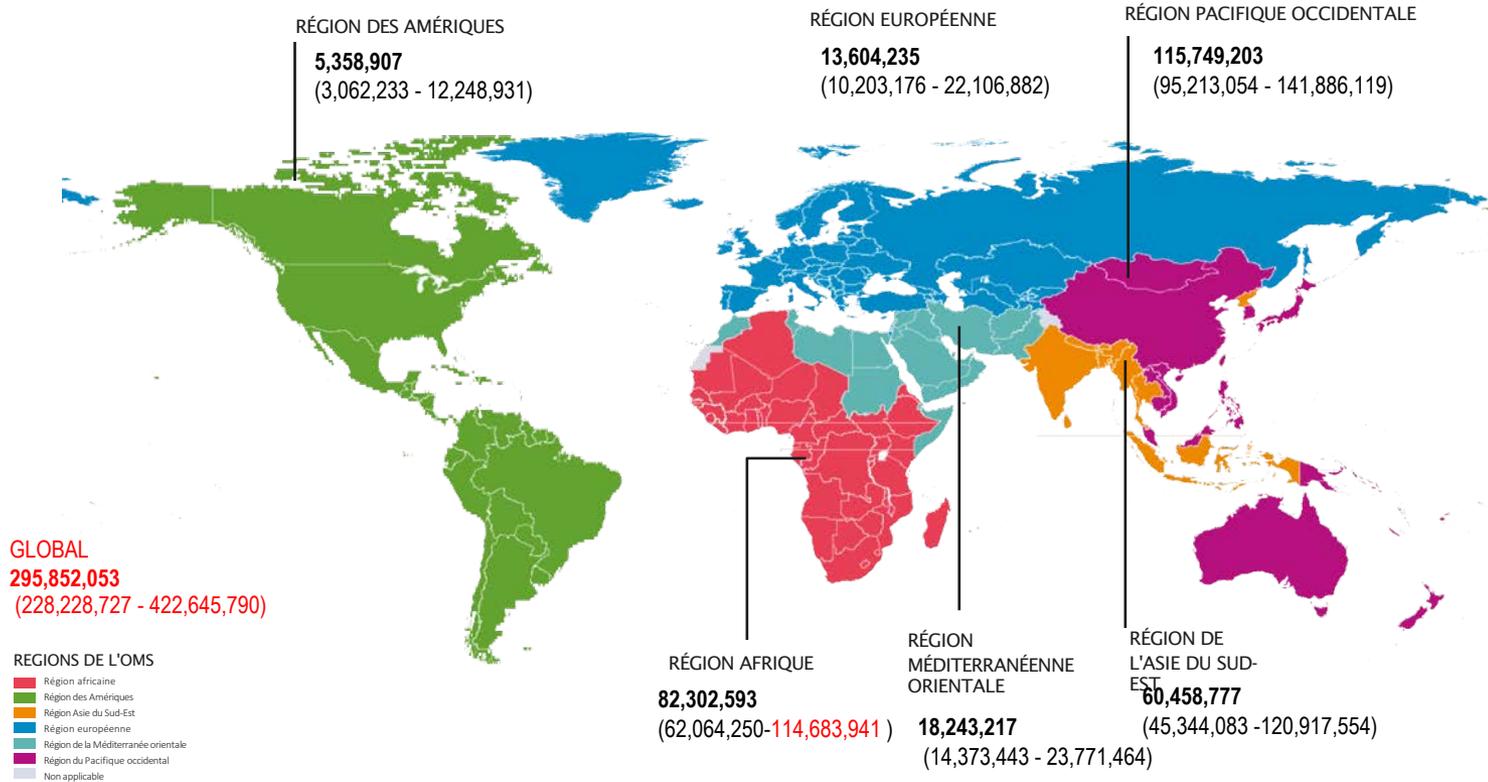
**Danjuma Adda**

**Président, World Hepatitis Alliance**

03/02/2022

# Charge de l'infection par le VHB (AgHBs) dans la population générale par région de l'OMS, 2019 :

296 millions



# Épidémiologie mondiale de l'hépatite B

La charge de l'infection par l'hépatite B dans les régions de l'OMS :

Région OMS du Pacifique occidental : 116 millions

Région africaine de l'OMS : 81 millions de personnes.

Région de la Méditerranée orientale de l'OMS : 60 millions

Région OMS de l'Asie du Sud-Est ; 18 millions

Région européenne de l'OMS : 14 millions

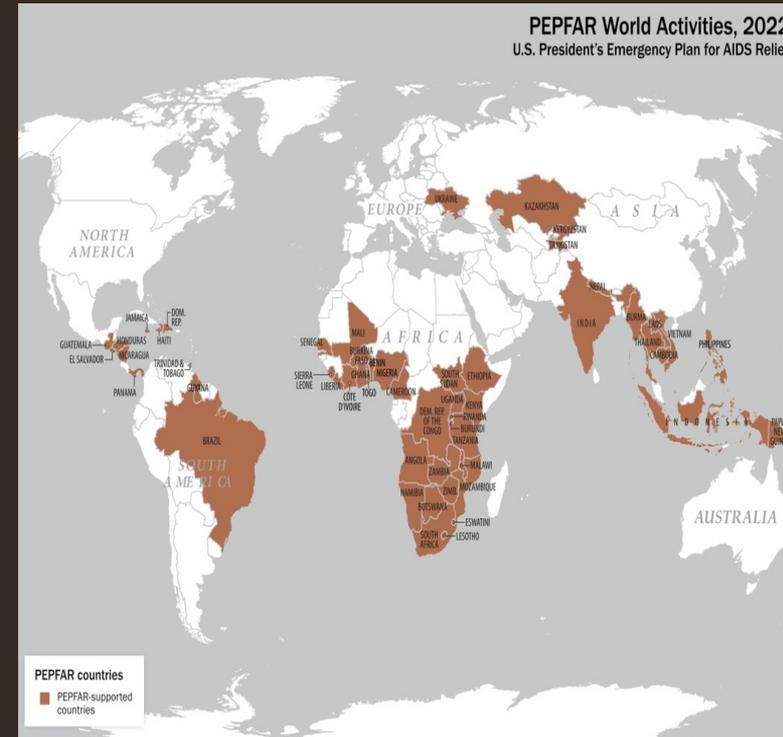
Région OMS des Amériques : 5 millions



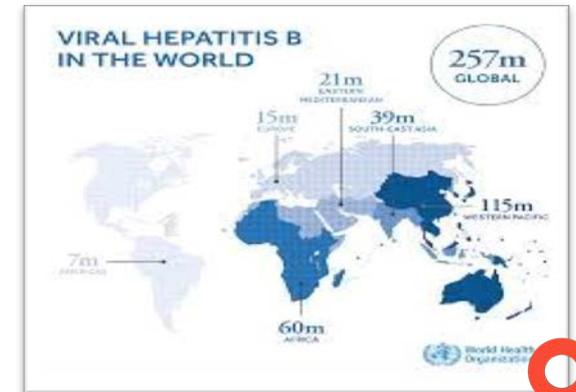
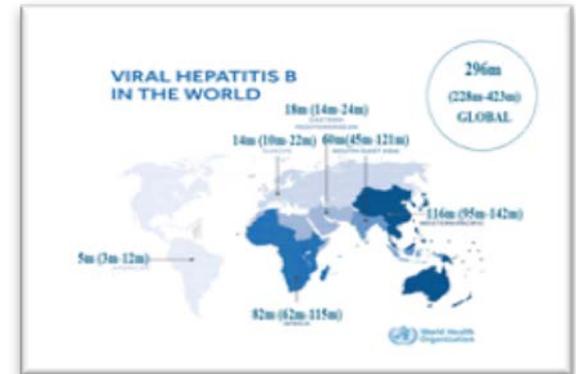
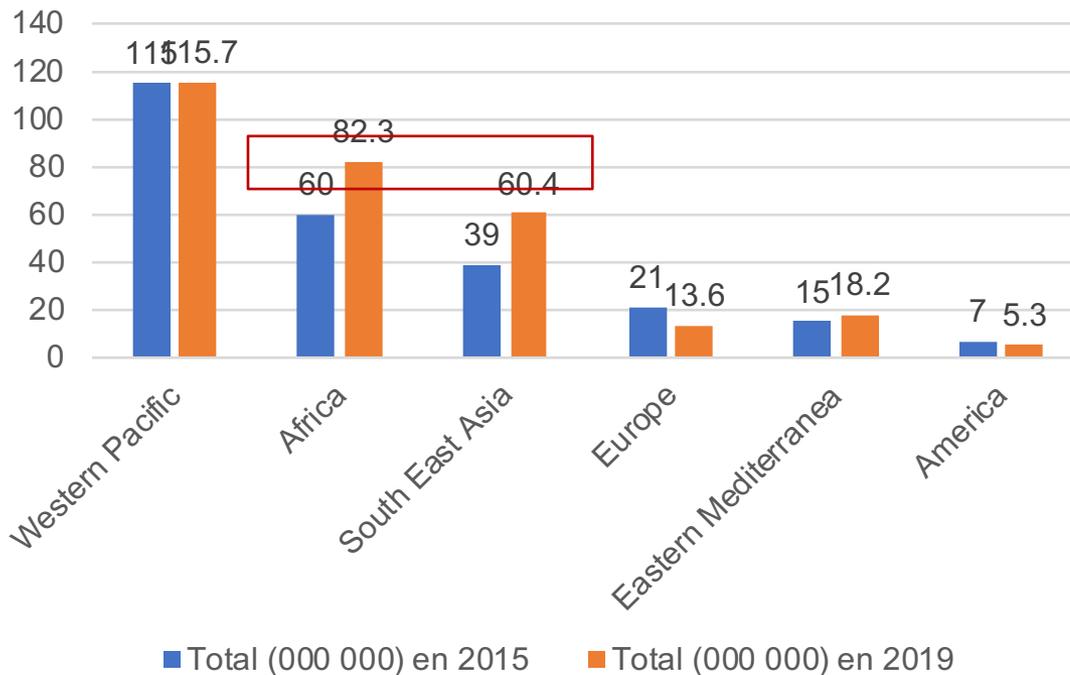
Sources : Site web de la World Hepatitis Alliance 2022

# Épidémie de VHB dans les pays PEPFAR

Botswana : 0	Angola : 10% (2,9 millions)
Côte d'Ivoire : 9% (2,9 millions)	Cameroun : 7% 1,6m
Éthiopie : 8% (7,8 millions)	Eswatini : 10% (107000)
Kenya : 1% (558,677)	Haïti : 3% (312000)
Mozambique : 8% (2,1 millions)	Lesotho : 12% (246000)
Namibie : 0	Malawi : 3% (585474)
Nigeria : 8% (20.7m)	Ukraine : 1% (531000)
Rwanda : 3% (399987)	Vietnam : 8% (7,7 millions)
Afrique du Sud : 5% (3,2 millions)	Mali : 5% 935
Tanzanie : 4% (2,2 millions)	Ghana : 10 % 2,8 millions
Ouganda : 6% (2,2 millions)	Liberia : 10% (465000)
Zambie : 3% (539975)	



## Augmentation de la charge mondiale estimée de 257 millions (2015) à 296 millions (2019).



## VIH et hépatite B et C



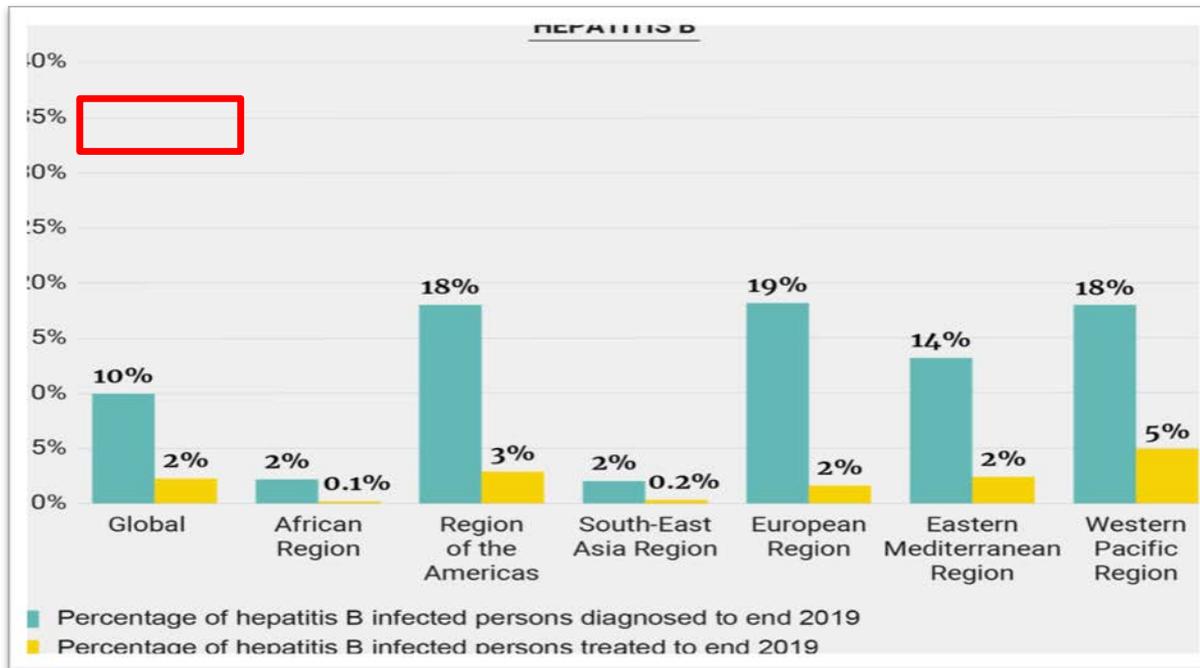
- 34 millions de personnes dans le monde sont **séropositives**
  - 1-3 millions de PWID
- 240 millions de personnes dans le monde souffrent d'une infection chronique par le **VHB**
  - 6-26% de toutes les personnes séropositives co-infectées par le VHB.
- 170 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'une infection chronique par le **VHC**
  - 25-30% chez toutes les personnes séropositives co-infectées par le VHC
  - 72-95% des PWID avec le VIH co-infectés par le HCV
- ~10 millions de PWID ont le VHC (77 pays)

*OMS (2011), ONUSIDA (2011), Ott JJ (2012), Alter MJ 2006, Hoffman CJ (2007), Uneke CJ (2005).*

# Financement et coûts de l'élimination de l'hépatite

- Les plans d'élimination nationaux ne sont souvent pas bien financés
- Le coût des diagnostics et des soins n'est pas abordable pour tous (ex : diagnostics de l'ARN du VHC et de l'ADN du VHB, coût variable du traitement).
- Absence d'organisme de financement international
- Le Forum économique mondial lance l'initiative pour l'élimination de l'hépatite - un échec

# Principales lacunes en matière de dépistage et de traitement en vue d'une élimination de santé publique



Seulement 10 % des 296 millions de personnes estimées atteintes d'une infection chronique par le VHB ont été diagnostiquées en 2019, avec des variations selon les régions (seulement 2 % sont sous traitement).

#### Intervention Coverage



30.4 million people (10%) know their HBV status (2019)



6.6 million people (2.2%) received treatment for HBV infection (2019)

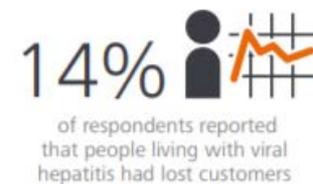
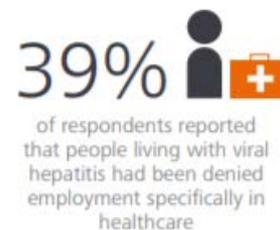
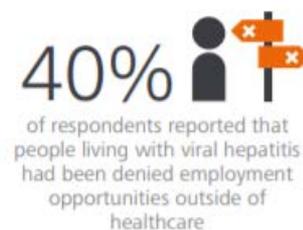
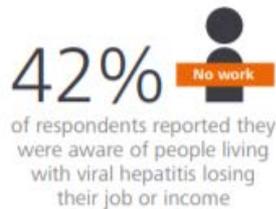
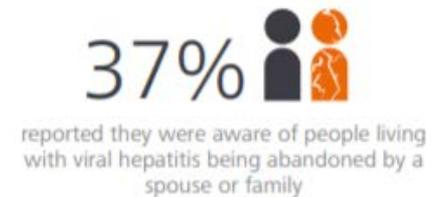
# Besoins non satisfaits concernant le VHB

- Les patients mono-infectés par le VHB n'ont pas accès au Tenofovir (TDF/TAF)
- Les frais de dépistage et de traitement du VHB font sombrer de nombreuses personnes dans la pauvreté.
- Algorithmes difficiles de dépistage et de traitement du VHB
- Faible participation des patients d'Afrique aux essais cliniques pour le traitement du VHB
- Faible couverture de l'hépatite B par les doses de naissance : GAVI retarde l'octroi de son soutien aux pays en raison des difficultés liées à COVID-19
- Faible accès aux systèmes de diagnostic du VHB de PoC

**Faible volonté politique et action des gouvernements et des bailleurs de fonds**

# Stigmatisation et discrimination

## World Hepatitis Alliance Civil Society Survey Global Findings Report

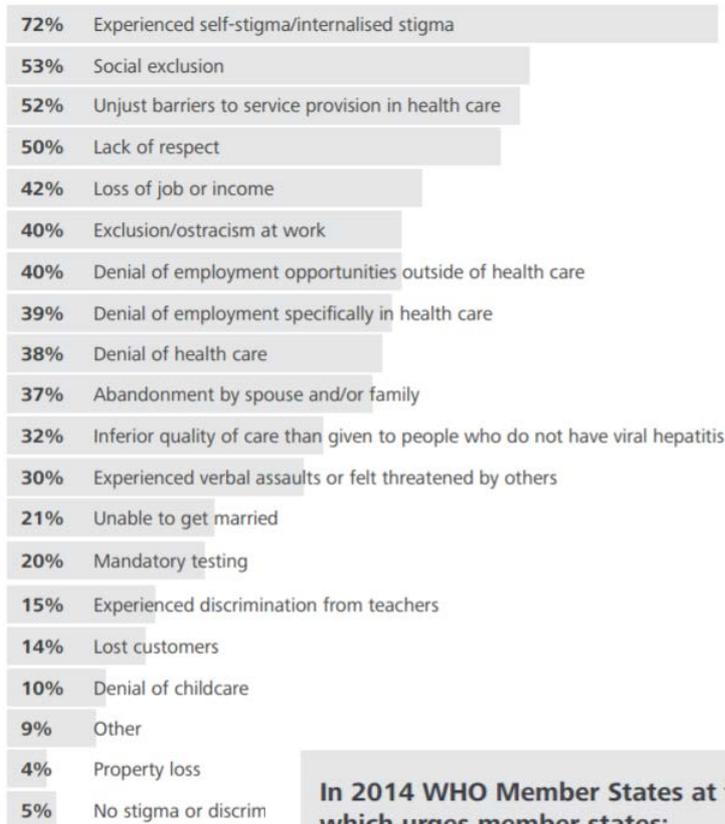


Tenir les gouvernements responsables : Rapport des résultats mondiaux de l'enquête de la société civile de la World Hepatitis Alliance.

World Hepatitis Alliance, Londres ; 2017

[http://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/holding\\_governments\\_accountable\\_-\\_civil\\_society\\_survey\\_report.pdf](http://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/holding_governments_accountable_-_civil_society_survey_report.pdf)

**Form of stigma/discrimination** (Percentage of respondents who gave this answer)



Tenir les gouvernements responsables  
: Rapport des résultats mondiaux de  
l'enquête de la société civile de la  
World Hepatitis Alliance.

**In 2014 WHO Member States at the World Health Assembly adopted resolution 67.6 which urges member states:**

*(16) to review, as appropriate, policies, procedures and practices associated with stigmatisation and discrimination, including the denial of employment, training and education, as well as travel restrictions, against people living with and affected by viral hepatitis, or impairing their full enjoyment of the highest attainable standard of health;*



Nous ne parviendrons pas à éliminer l'hépatite virale sans aborder la question de l'équité en matière de santé



**Nous avons les outils.  
Nous pouvons dépister, vacciner et traiter l'hépatite avec des médicaments et des traitements.  
Mais les personnes les plus à risque n'y ont pas accès.**

# Pourquoi le PEPFAR ?

- Le PEPFAR est l'engagement le plus important pris par une nation pour lutter contre une seule maladie dans le monde ; à ce jour, son financement s'élève à plus de 100 milliards de dollars, y compris le financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Le PEPFAR a sauvé des millions de vies et a contribué à modifier la trajectoire de l'épidémie mondiale de VIH.
- Le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ont des modes de transmission et des déterminants communs, et bon nombre des populations touchées par ces maladies peuvent se recouper.

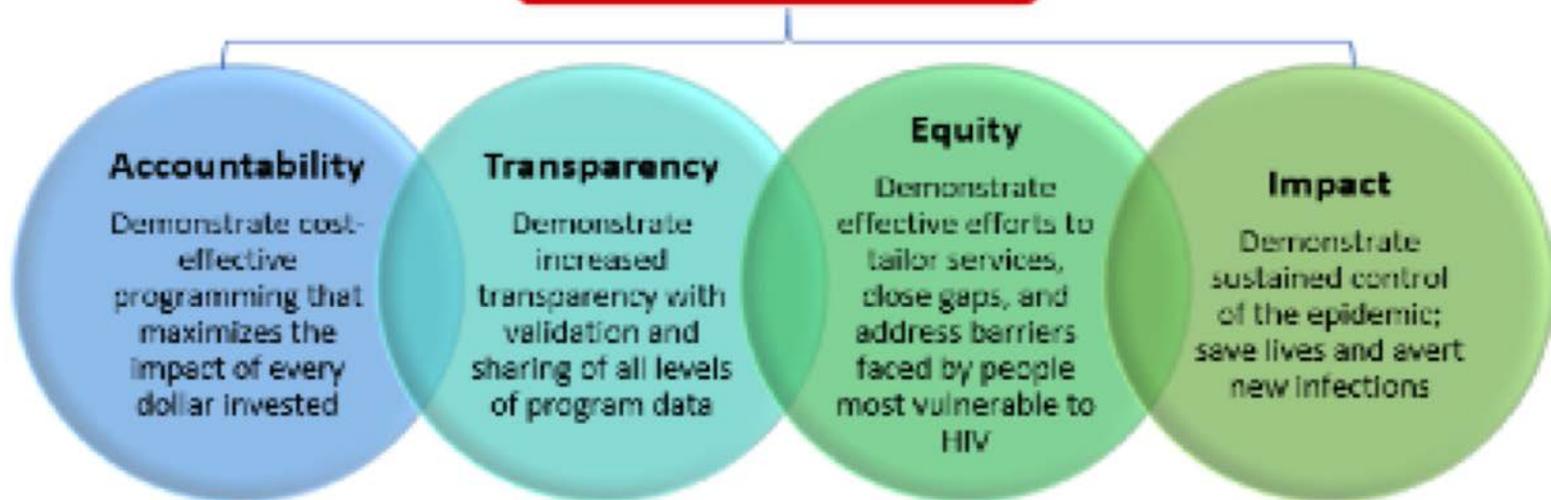
Le PEPFAR présente peut-être l'une des plus grandes opportunités pour étendre l'élimination de l'hépatite dans le monde.

Malgré la charge de la maladie et l'existence d'interventions rentables, rien n'indique actuellement qu'un nouveau mécanisme mondial de financement de l'hépatite virale sera mis en œuvre pour soutenir l'expansion du dépistage et du traitement.



## PEPFAR's 4 Guiding Pillars

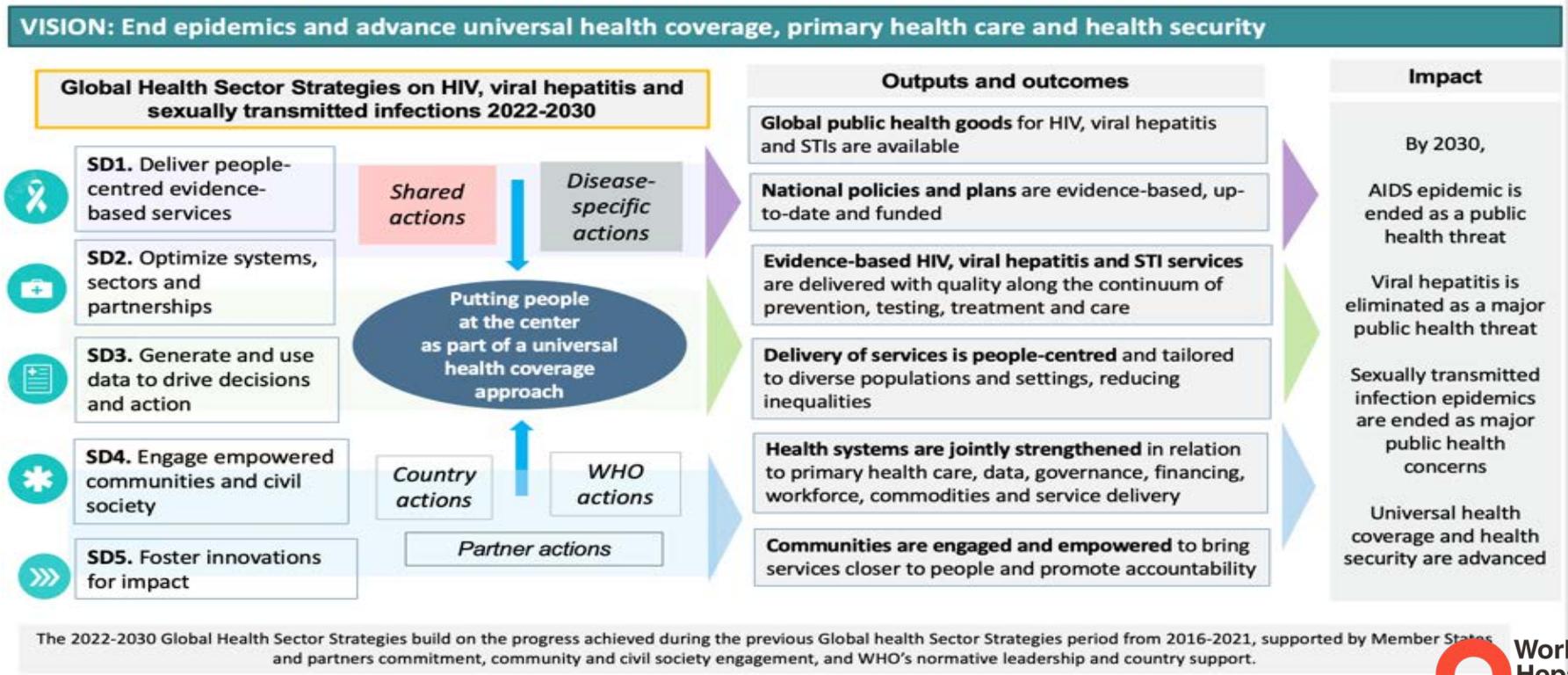
Controlling the HIV  
Pandemic



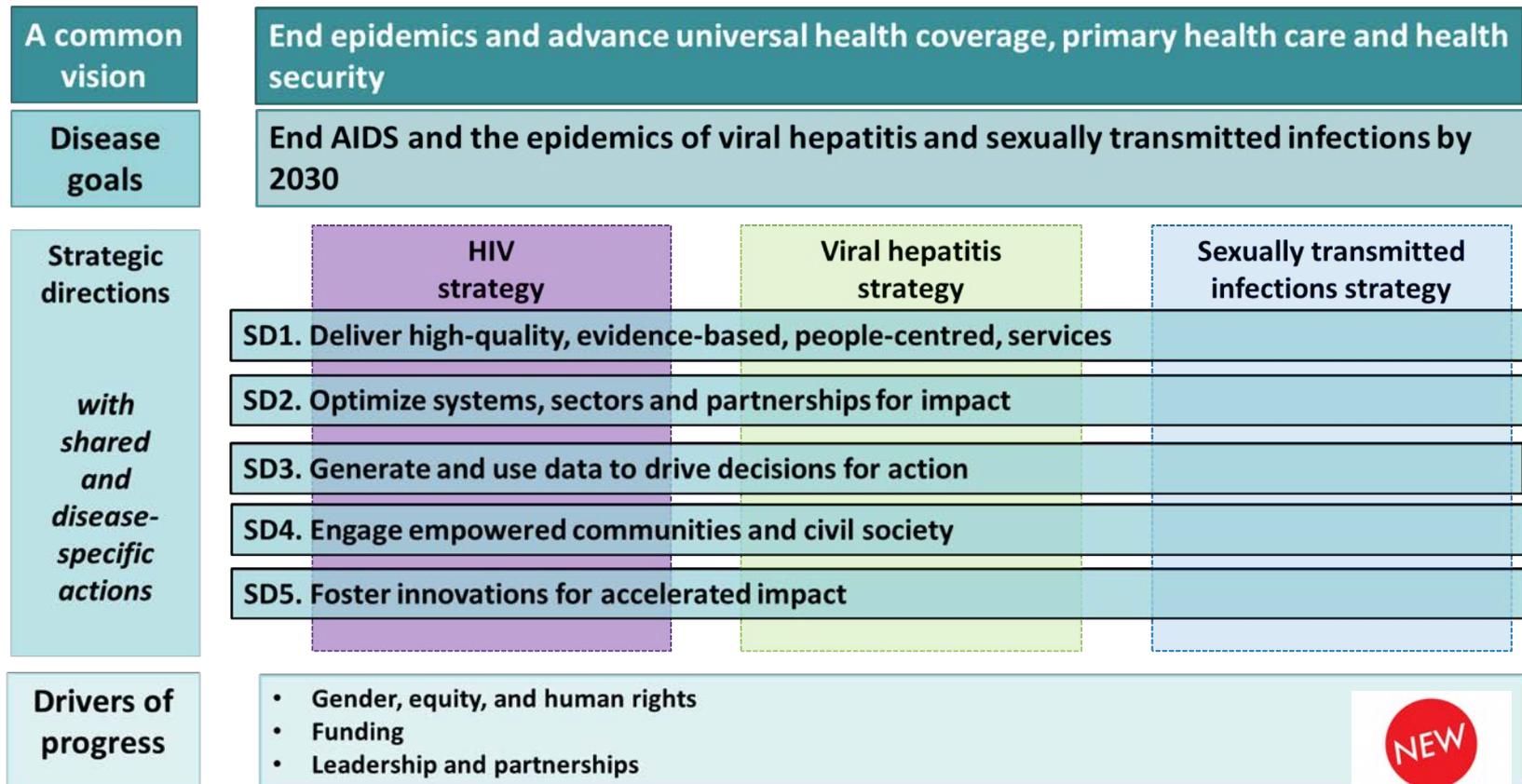
Active Program and Partner Management

# Intégrer les plans du PEPFAR pour le VHB dans le GHSS 2022-2030 de l'OMS

## Theory of change



# Vision, objectifs et orientations stratégiques (SMH 2022-2030)



(Projet actuel)

Principes directeurs du PEPFAR : Les domaines clés sur lesquels les parties prenantes doivent se concentrer alors qu'elles abordent la planification des orientations de la COP22 pour la mise en œuvre dans l'exercice 2023 sont les suivants :

Les plans doivent garantir que les actions du PEPFAR soutiennent des systèmes et des capacités de santé publique durables..... qui **peuvent être adaptés pour répondre à d'autres menaces et urgences de santé publique.**

**Lien et intégration : Lorsque cela est bénéfique et approprié, établir un lien et intégrer les services de lutte contre le VIH avec d'autres investissements connexes du gouvernement américain dans le domaine de la santé et les priorités de développement afin de soutenir les progrès vers la réalisation de l'Objectif de développement durable (ODD) 3 des Nations Unies tout en faisant progresser d'autres ODD interdépendants.**

Chapitre 3. Des approches partagées pour une réponse centrée sur les personnes

**Populations prioritaires à travers le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.**

Un grand nombre des populations les plus touchées par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles et les plus exposées à ces maladies se recoupent dans ces domaines.

**Des approches partagées pour une réponse centrée sur les personnes**

**Le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles ont des modes de transmission et des déterminants communs, et bon nombre des populations touchées par ces maladies peuvent se chevaucher.**

**Les approches centrées sur les personnes et organisées autour des besoins des populations concernées peuvent améliorer la prestation des soins de santé, faire progresser la couverture sanitaire universelle, accroître la qualité et la durabilité des services et maximiser l'impact des ressources sanitaires disponibles.**

**ACTION 15 : Couverture sanitaire universelle. Adopter une approche axée sur les systèmes de santé pour fournir des services essentiels en matière de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, notamment en alignant les efforts déployés en fonction des maladies et des systèmes de santé au niveau des politiques, des programmes et des services.**

# Priorités de la défense du VHB

1. Une plus grande sensibilisation du public à l'importance de la prévention, du dépistage et du traitement de l'hépatite virale B et C.
2. Augmentation des ressources financières allouées
3. Généralisation de l'accès universel au vaccin contre l'hépatite B à la naissance et amélioration des services de prévention de la transmission verticale.
4. Investissement continu dans la prévention primaire
5. Un accès considérablement accru au dépistage et au traitement des virus de l'hépatite B et C.
6. Un service simplifié et décentralisé ainsi qu'une prestation de services intégrée
7. Renforcement de la communauté et de la société civile
8. Innovations pour accélérer l'action (y compris la guérison du VHB)

# Il est temps de sensibiliser le public au fait que "Hep Can't Wait".

**30s**  
Every 30 seconds someone loses their life to a hepatitis related illness.

**7%**  
of people living with TB also live with hepatitis C.

**INDIGENOUS PEOPLE CAN'T WAIT**

**2.7m**  
2.7 million people live with HIV and hepatitis B.

**43%**  
Only 43% of children receive the hepatitis B birth dose vaccine.

**NEWBORN BABIES CAN'T WAIT**

**1.1m**  
more than 1.1 million lives are lost each year to hepatitis B and hepatitis C.

**People in prison can't wait**

**MEN WHO HAVE SEX WITH MEN CAN'T WAIT**

**Pregnant mothers can't wait**

**Policy makers can't wait to act**

**2.3m**  
2.3 million people live with HIV and hepatitis C.

**People who inject drugs can't wait**

**REFUGEES CAN'T WAIT**



**Dans le contexte des  
droits à la santé : Les  
patients mono infectés  
par le VHB doivent  
s'asseoir à la table des  
négociations**

# Remerciements

Dr Funmi Lesi : OMS Genève :  
Dr. Su Wang ; ancien président de l'AMS  
Centre de ressources de l'AMS  
EHRAAI  
CDA

**MERCI**

**CONSOMMATION DE DROGUES DANS LES  
PAYS AFRICAINS BÉNÉFICIAIRES DU  
PEPFAR : QUE SAVONS-NOUS ?**



- L'IDPC est un réseau mondial de près de 200 ONG.
- Promouvoir les débats sur la politique en matière de drogues et la participation des ONG
- Des politiques fondées sur les faits, la santé, les droits et le développement

# NATURE DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES EN AFRIQUE

- Les traités ont été interprétés comme approuvant une "**guerre contre la drogue**" - une construction occidentale qui a été importée sur ce continent.
- La plupart des gouvernements occidentaux ont commencé à s'orienter vers des politiques plus humaines, ce qui montre clairement qu'ils ont fait fausse route.

# La "guerre contre la drogue" en Afrique a créé...

- La consommation de drogues injectables signalée dans 36 pays
- On estime que 645 000 à 3 millions de personnes s'injectent des drogues.
- La prévalence du VIH peut atteindre 46,3 % dans certains pays.
- Prévalence du VHC aussi élevée que 97,1% !
- Crises de santé publique et violence généralisée
- Violations systémiques des droits de l'homme
- Des prisons surchargées
- Démonisation / marginalisation des personnes qui consomment des drogues



# LA CONSOMMATION DE DROGUES EN AFRIQUE

- L'ONUDC estime que d'ici 2030, le nombre de personnes qui consomment des drogues sur le continent augmentera de 40 %.
- On estime que 30 % des personnes qui s'injectent des drogues dans la région vivent avec le VIH.

## **CONSOMMATION DE DROGUES EN AFRIQUE (SUITE)**

- Les personnes qui consomment des drogues en Afrique restent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination
- Manque de disponibilité et d'accessibilité du dépistage et du traitement de l'hépatite C
- En raison de leur coût élevé et de leur disponibilité limitée, les antiviraux à action directe restent hors de portée pour beaucoup.

Country/territory with reported injecting drug use <sup>a</sup>	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs(%)	Hepatitis C (anti-HCV) prevalence among people who inject drugs(%)	Hepatitis B (anti-HBsAg) prevalence among people who inject drugs(%)	Harm reduction response		
					NSP <sup>b</sup>	OST <sup>c</sup>	Peer-distribution of naloxone
Benin	nk	5.1 <sup>(1)</sup>	nk	nk	x	x	x
Burkina Faso	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Burundi	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Côte d'Ivoire	500 <sup>(13d)</sup>	5.3 <sup>(1)</sup>	1.8 <sup>(1)</sup>	10.5 <sup>(1)</sup>	x	✓ <sup>(12)</sup>	x
Democratic Republic of the Congo	3,500 <sup>(1)</sup>	13.3 <sup>(1)e</sup>	nk	nk	x	x	x
Ghana	6,314 <sup>(2)</sup>	nk	40.1% <sup>(1)</sup>	nk	x	x	x
Kenya	30,500 <sup>(1)</sup>	42 <sup>(1)</sup>	16.4 <sup>(1)</sup>	5.4 <sup>(1)</sup>	✓19 <sup>(12)</sup>	✓7 <sup>(14)</sup>	x <sup>d</sup>
Lesotho	2,600 <sup>(6)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Liberia	457 <sup>(7)e</sup>	3.9 <sup>(8)h</sup>	nk	nk	x	x	x
Madagascar	15,500 <sup>(1)</sup>	4.8 <sup>(1)</sup>	5.5 <sup>(1)</sup>	5% <sup>(1)</sup>	x	x	x
Malawi	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Mali	nk	5.1 <sup>(9)</sup>	nk	nk	✓ <sup>(1)</sup>	x	x
Mauritius	11,667 <sup>(10)</sup>	45.5 <sup>(1)</sup>	97.1 <sup>(1)</sup>	6.1 <sup>(1)</sup>	✓46 <sup>(11)</sup>	✓42 <sup>(11)</sup> (B, M)	x
Mozambique	29,000 <sup>(1)</sup>	46.3 <sup>(1)</sup>	67.1 <sup>(1)</sup>	nk	✓1 <sup>(13)</sup>	x	x
Nigeria	44,515 <sup>(9)</sup>	3.4 <sup>(13)</sup>	5.8 <sup>(13)</sup>	6.7 <sup>(1)</sup>	x	x	x
Rwanda	2,000 <sup>(1)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Senegal	1,324 <sup>(14)</sup>	9.4 <sup>(1)</sup>	38.9 <sup>(1)</sup>	nk	✓5 <sup>(15,16)</sup>	✓1 <sup>(16)</sup>	x
Seychelles	2,560 <sup>(17)m</sup>	12.7 <sup>(17)</sup>	76 <sup>(17)</sup>	1 <sup>(17)</sup>	x	✓ <sup>o</sup>	x
Sierra Leone	1,500 <sup>(1)</sup>	8.5 <sup>(1)</sup>	nk	nk	x	x	x
South Africa	76,000 <sup>(1)</sup>	14.2 <sup>(1)</sup>	54.7 <sup>(18)n</sup>	5 <sup>(19)k</sup>	✓4 <sup>(20)</sup>	✓<1 <sup>(20)</sup> (M, B, B-N)	x <sup>d</sup>
Tanzania	30,000 <sup>(21)p</sup>	35 <sup>(22)</sup>	57 <sup>(22)</sup>	1.1 <sup>(1)</sup>	✓	✓6 <sup>(24)</sup>	x
Tanzania (Zanzibar)	3,000 <sup>(23)</sup>	11.3 <sup>(24)</sup>	25.4 <sup>(24)</sup>	5.9 <sup>(24)</sup>	x <sup>(1)</sup>	✓ <sup>(1)</sup>	x <sup>d</sup>
Togo	2,500 <sup>(25)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Uganda	nk	17-20 <sup>(26)</sup>	nk	nk	✓2 <sup>(26)</sup>	x	x
Zambia	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Zimbabwe	nk	nk	nk	nk	x	x	x

nk – not known

# QUELS SONT LES DÉFIS ?

- Obstacles politiques et institutionnels
- Obstacles à l'information
- Obstacles techniques
- Obstacles financiers
- Barrières idéologiques

# QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER ?

1. Encourager un plaidoyer fort pour obtenir plus d'argent pour les PWUD dans les pays du PEPFAR.
2. Fournir un espace et des services aux personnes qui consomment des drogues - Cela leur donne l'occasion de sortir de l'ombre, ce qui constitue le meilleur moyen d'obtenir de meilleures données sur les personnes qui consomment des drogues.
3. Développer une politique de soutien forte
4. Renforcer la société civile pour mieux s'engager

1. La nécessité de plaider en faveur d'un financement accru malgré la rareté des données dans ces régions.
2. La nécessité de créer des plateformes représentatives pour un engagement direct avec les décideurs politiques aux niveaux national, régional et international.

•

3. Envisager des "audits" de la société civile sur la mise en œuvre nationale des différents engagements et obligations.

4. Soutenir ou aider à mettre en place des réseaux nationaux et régionaux de personnes utilisant des drogues.

**MERCI**

**QUESTIONS ?**

Quelle est la position du PEPFAR sur les personnes qui consomment des drogues ? Recommandations pour et par les personnes qui consomment des drogues

## ARGUANT DES SERVICES ET DU PROGRAMME DE RÉDUCTION DES RISQUES

- Le PEPFAR est le deuxième plus grand donateur pour la réduction des risques, mais il ne consacre que 1 % de son budget à la lutte contre le VIH/SIDA.
- Le financement de la réduction des risques reste stagnant, malgré des engagements renouvelés (Coalition mondiale pour la prévention en 2018).
- Avec seulement moins de 16 % alloués annuellement à la prévention au cours des cinq dernières années, 1 % est allé aux MST et moins de la moitié de ce 1 % a été dirigé par des ONG/OSC.
- Nouveaux objectifs et engagements (stratégie mondiale de lutte contre le sida et déclaration politique) sur 10-10-10 et 30-60-80
- Le manque de disponibilité des données a également conduit à la réduction des financements et à l'ignorance.

# COP22 : QU'EST-CE QUI EST ET N'EST PAS LÀ ?

La COP22 ne spécifie que l'OAT, bien qu'elle inclue également des **domaines spécifiques de la réduction des risques sur lesquels il faut se concentrer**



Plaider en faveur d'un **large éventail de services** : buprénorphine, accès aux aiguilles et aux seringues, préservatifs, prévention des surdoses, doses à emporter, centres d'accueil communautaires, services liés au VHC.

Concentration, stratégie et approche plus claires sur le PK, mais manque de clarté quant à l'**engagement envers l'investissement dans le PK** (par rapport au PK compétent).



Un engagement plus fort et une reconnaissance des rôles importants du processus de Kimberley, y compris une **définition claire** du processus de Kimberley.

Le **suivi par la communauté** est au cœur du PEPFAR.



Le PEPFAR reconnaît **le défi que représente la disponibilité des données sur le KP**.



La COP22 insiste davantage sur la **nécessité de s'attaquer aux obstacles structurels, notamment par la réforme des politiques**. Cependant, aucun budget n'est prévu pour les interventions structurelles.



Le PEPFAR reconnaît que si l'on ne s'attaque pas aux **facteurs sous-jacents des barrières structurelles**, on ne parviendra pas à contrôler les épidémies.

**La participation significative du PK** tout au long de la conception, de la mise en œuvre et du suivi est essentielle dans les processus de la COP22.

Il faut veiller à **ce que le PK soit représenté** tout au long des processus.

# COP22 : NOS RECOMMANDATIONS

- Plaider en faveur de **services complets de réduction des risques**, alignés sur les lignes directrices de l'OMS.

- Plaider en faveur de processus de COP22 **transparents et inclusifs**. Travailler avec l'équipe de pays du PEPFAR pour donner la possibilité aux organisations compétentes dirigées par le PK de recevoir des fonds, et/ou élaborer un calendrier et des étapes clairs pour **renforcer la capacité des organisations dirigées par le PK** à recevoir des fonds du PEPFAR.

- Continuer à plaider en faveur d'un **flux de financement dédié au PK** (à la fois au niveau mondial et local).

- Utiliser les **données communautaires** pour compléter le manque de données sur les estimations, les services et les programmes concernant les personnes dépendantes de la drogue.

- Plaider en faveur d'une **allocation minimale de fonds pour les interventions structurelles** et établir un lien avec les objectifs 10-10-10 sur la dépénalisation du KP, en particulier sur la possession de petites quantités de drogues.

- Garantir l'**allocation adéquate** d'une petite subvention dans le cadre de la COP22 qui puisse soutenir les interventions structurelles.

S'assurer que l'équipe de pays PEPFAR utilise l'**IDUIT** (et d'autres outils tels que MSMIT, SWIT et TRANSIT) dans la **planification et la conception** de leurs programmes, y compris chez tous les partenaires d'exécution.

Explorer la possibilité d'utiliser les **exigences du budget discrétionnaire** pour couvrir les services liés au VHC et pour promouvoir le VHC comme partie intégrante des services destinés aux MST.

# PEPFAR VISION 2025 : NOS DEMANDES

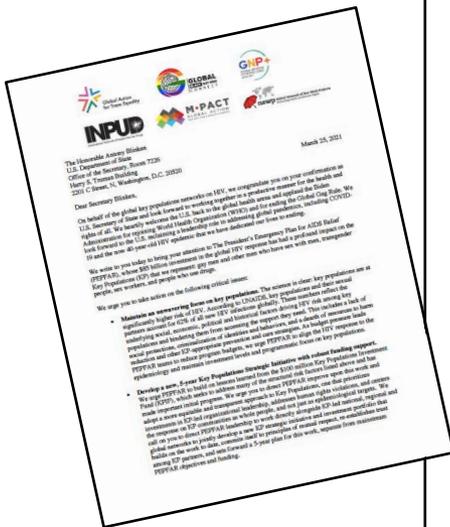
- Introduire et intensifier des programmes complets de réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues, en veillant à ce qu'ils soient disponibles, accessibles et abordables, et atteindre l'objectif de 9,8 milliards de dollars pour la prévention du VIH d'ici 2025.

○ Définir et promouvoir les réponses et les organisations dirigées par les communautés, ainsi que les réponses et les organisations dirigées par les populations clés, y compris celles dirigées par les femmes et les jeunes, conformément à la définition de l'ONUSIDA.

○ Garantir le financement pour atteindre les objectifs des catalyseurs sociétaux (10-10-10)

● Garantir le financement pour atteindre les objectifs relatifs aux réponses et aux organisations dirigées par la communauté (80-60-30), y compris le CLM.

En s'appuyant sur l'expérience du KPIF, créer un flux de financement dédié aux populations clés qui soit plus accessible, transparent et inclusif.



- Maintain an unwavering focus on key populations.** The science is clear: key populations are at significantly higher risk of HIV. According to UNAIDS, key populations and their sexual partners account for 62% of all new HIV infections globally. These numbers reflect the underlying social, economic, political and historical factors driving HIV risk among key populations and hindering them from accessing the support they need. This includes a lack of social protections, criminalization of identities and behaviors, and a dearth of resources to harm reduction and other KP-appropriate prevention and care strategies. As budget pressure leads PEPFAR teams to reduce program budgets, we urge PEPFAR to align the HIV response to the epidemiology and maintain investment levels and programmatic focus on key populations.
- Develop a new, 5-year Key Populations Strategic Initiative with robust funding support.** We urge PEPFAR to build on lessons learned from the \$100 million Key Populations Investment Fund (KPIF), which seeks to address many of the structural risk factors listed above and has made important initial progress. We urge you to direct PEPFAR improve upon this work and adopt a more equitable and transparent approach to Key Populations, one that prioritizes investments in KP-led organizational leadership, addresses human rights violations, and centers the response on KP communities as whole people, and not just as epidemiological targets. We call on you to direct PEPFAR leadership to work directly alongside KP-led national, regional and global networks to jointly develop a new KP strategic initiative and investment portfolio that builds on the work to date, commits itself to principles of mutual respect, re-establishes trust among KP partners, and sets forward a 5-year plan for this work, separate from mainstream PEPFAR objectives and funding.

# Défaut de financement

Colleen Daniels

Directeur adjoint

Harm Reduction International

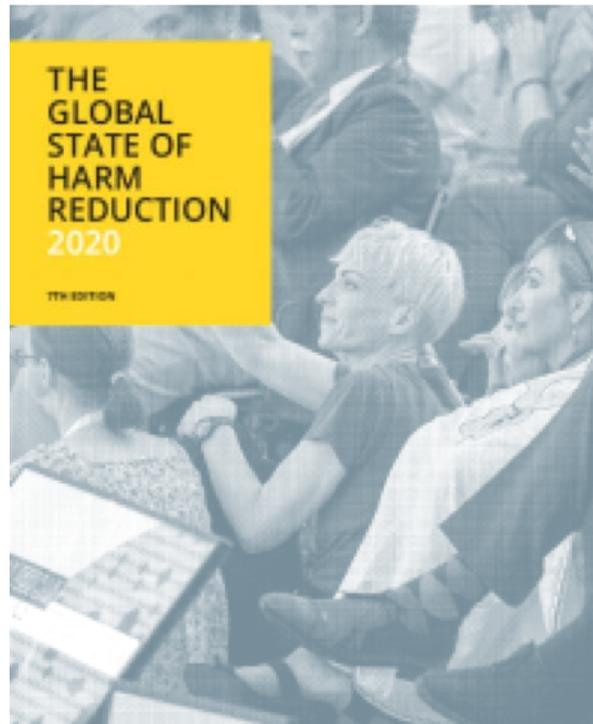
# Situation mondiale de la réduction des risques 2021



AN ESTIMATED

**11.3**  
**MILLION**

PEOPLE INJECT DRUGS GLOBALLY



- Le nombre de pays fournissant des services de réduction des risques est effectivement au point mort depuis 2014, et il existe des lacunes majeures dans la réponse sanitaire mondiale aux crises liées aux overdoses, au VIH et à l'hépatite C.
- Environ la moitié des pays où l'on consomme des drogues injectables ne proposent aucun programme d'échange d'aiguilles et de seringues stériles ni de traitement par agonistes opioïdes tels que la méthadone et la buprénorphine. Le nombre de pays mettant en œuvre ces services de réduction des risques vitaux a diminué, après avoir stagné pendant des années.

# Situation mondiale de la réduction des risques 2021

HARM REDUCTION IMPLEMENTATION HAS WORSENEO SINCE OUR LAST REPORT IN 2018, AFTER HAVING STALLED SINCE 2014.



IN 2021, THE TOTAL NUMBER OF COUNTRIES IMPLEMENTING NEEDLE AND SYRINGE PROGRAMS (NSP) HAS INCREASED BY JUST ONE, FROM 86 TO 87.

THE TOTAL NUMBER OF COUNTRIES IMPLEMENTING OAT IN 2021 IS 86 (UP FROM 84 IN 2020).

# Situation mondiale de la réduction des risques 2021

- En 2021, le nombre total de pays mettant en œuvre des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) n'a augmenté que d'un seul, passant de 86 à **87**. Le nouveau pays est l'Ouganda, ainsi que l'Algérie, le Bénin, le Nigeria et la Sierra Leone qui ont ouvert de nouveaux programmes d'échange de seringues en 2019-2020, tandis que la Palestine, la Jordanie, la Mongolie et l'Ouganda ont fermé leurs programmes).
- Deux nouveaux pays (Ouganda et Mozambique) ont commencé à mettre en œuvre des programmes de thérapie par agonistes opioïdes (OAT) depuis 2020. Le nombre total de pays mettant en œuvre l'OAT en 2021 est de (**86** contre 84 en 2020). (Le Burkina Faso a introduit le traitement tandis que le Costa Rica, Bahreïn et le Koweït ont suspendu l'offre de traitement).
- Aucun pays n'a signalé l'arrêt de la mise en œuvre du NSP, de l'OAT, de la distribution de naloxone par les pairs ou la fermeture de salles de consommation de drogues en 2021.
- De nouvelles stratégies de recherche ont permis d'identifier 11 pays supplémentaires faisant explicitement référence à la réduction des risques dans les documents de politique nationale. Le nombre total en 2021 est de **98**.

# Situation mondiale de la réduction des risques 2021

- La consommation de drogues stimulantes telles que les amphétamines et la cocaïne est en hausse dans le monde entier.
- Les politiques punitives en matière de drogue mettent en péril les progrès réalisés dans le domaine des réponses sanitaires à la consommation de drogue
- Les services de réduction des risques sont des interventions de santé publique innovantes, essentielles pour atteindre les populations marginalisées et pour faire face aux crises liées aux surdoses, au VIH, à l'hépatite et à la tuberculose.

# Situation mondiale de la réduction des risques 2021

## Hepatitis C

PEOPLE WHO INJECT DRUGS

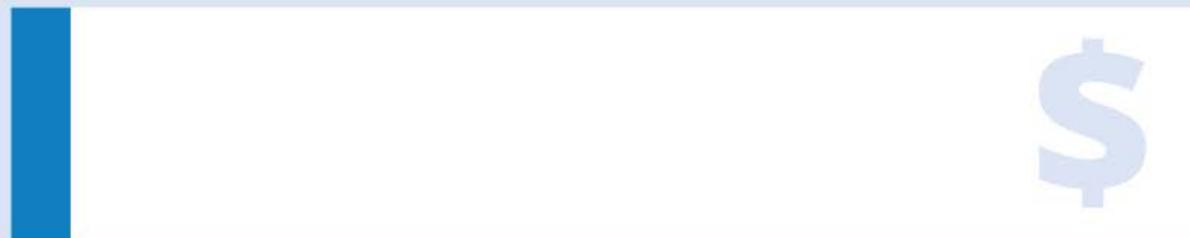
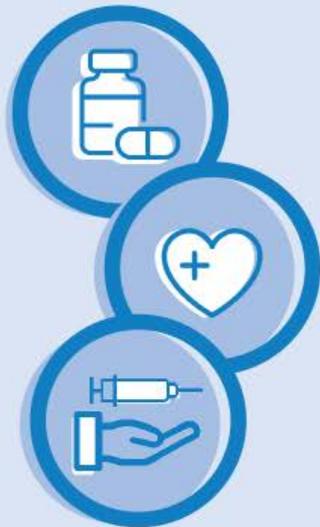


1/2

MORE THAN HALF OF ALL PEOPLE WHO INJECT DRUGS ARE ESTIMATED TO **CARRY HEPATITIS C ANTIBODIES**, MEANING THAT THEY HAVE BEEN INFECTED WITH THE HEPATITIS C VIRUS AT SOME POINT IN THEIR LIFETIMES.



Funding for harm reduction is only **5%** of the level required in low- and middle-income countries



## The funding gap for harm reduction in low- and middle-income countries **is widening**

**13%**  
of what  
is required



\$



**5%**  
of what  
is required

# Global Drug Policy Index - Réduction des risques



The Global  
Drug Policy  
Index



Mesure composite de la réduction des risques

:

- La réduction des risques dans les documents de politique nationale
- Disponibilité et couverture des interventions de réduction des risques
- Perception de l'équité dans l'accès aux services de réduction des risques
- **Financement durable de la réduction des risques**
  - Besoins en ressources (non) satisfaits
  - Un financement sûr et fiable

# PIBI - Besoins en ressources pour la réduction des risques satisfaits (%)

Adéquat (plus de 70%)	Modéré (50-69%)	Modérément faible (30-49%)	Faible (10-29%)	Très faible (moins de 10 %)
Canada Nouvelle-Zélande Norvège Portugal ROYAUME-UNI	Australie	Géorgie Hongrie Kenya Maroc Macédoine du Nord Sénégal Thaïlande	Indonésie Kirghizistan Népal Afrique du Sud	Afghanistan Argentine Brésil Colombie Costa Rica Ghana Inde Jamaïque Liban Mexique Mozambique Russie Ouganda



# GDPI - Score du financement de la réduction des risques (0-100)

Plus de 70 ans	50-69	30-49	10-29	Moins de 10 ans
Nouvelle-Zélande	Australie	Géorgie	Népal	Indonésie
Norvège	Canada	Maroc	Hongrie	Afghanistan
Portugal		Macédoine du Nord	Kenya	Argentine
ROYAUME-UNI			Sénégal	Brésil
			Thaïlande	Colombie
				Costa Rica
				Ghana
				Inde
				Jamaïque
				Kirghizistan
				Liban
				Mexique
				Mozambique
				Russie
				Ouganda
				Afrique du Sud



# Financement de la réduction des risques

- Les besoins en ressources ne sont pas satisfaits dans la majorité des pays
  - Seuls 5 pays sur 30 ont atteint un niveau d'investissement "adéquat".
- **Absence de financement durable** de la réduction des risques dans la majorité des pays.
  - Les investissements actuels sont considérés comme "plutôt sûrs" dans un seul pays.
  - Incertain ou quelque peu instable dans 14 pays
  - Les coupes budgétaires sont considérées comme probables dans 11 pays
  - Des réductions sévères sont prévues dans 4 pays

# Dépenses de réduction des risques du PEPFAR

- 2019 - 8,4 millions USD.
- 12% du financement des donateurs internationaux pour la réduction des risques en 2019, ce qui fait du PEPFAR le deuxième plus grand donateur pour la réduction des risques.
- Ce montant ne représente que 1% du financement du PEPFAR pour la prévention du VIH et 0,15% du financement global du PEPFAR pour le VIH en 2019.
- Les données suggèrent que le PEPFAR a réduit son financement de la réduction des risques depuis 2016, avec des réductions notées pour les pays d'Asie centrale et pour le Kenya. En 2019, ce niveau de financement avait diminué de 17% par rapport à l'année précédente, et de 6% supplémentaires en 2020.
- 2020 - 7,8 millions USD.
- Les dépenses de réduction des risques les plus importantes du PEPFAR en 2019 et 2020 ont été effectuées en **Ukraine, au Kenya, en Tanzanie** et dans le cadre du programme **régional d'Asie centrale**. Une augmentation des dépenses a été enregistrée au **Nigeria** et en **Afrique du Sud** de 2019 à 2020.

**Répartition des dépenses de réduction des risques entre les programmes nationaux et régionaux 2016-2020.**

Liste des pays	2016	2017	2018	2019	2020	Total sur la période
Programme régional pour l'Asie		7,625				\$7,625.00
Birmanie			290,782	-	192,322	\$483,104.00
Cambodge	144,277	165,205				\$309,482.00
Région Amérique centrale		162				\$162.00
Région Asie centrale	889,248	810,009	1,686,263	1,205,273	-	\$4,590,793.00
Éthiopie		50,119				\$50,119.00
Inde	610,400	998,636	254,681	474,469	112,868	\$2,451,054.00
Indonésie	168,516	210,475	16,620	73,525	-	\$469,136.00
Kazakhstan			-	-	38,119	\$38,119.00
Kenya	2,315,852	1,675,583	2,392,835	1,785,294	735,605	\$8,905,169.20
Kirghizistan			-	-	191,390	\$191,390.00
Mozambique	7,375	73,353	213,927	143,079	226,812	\$664,546.00
Nigeria	3,103,908	1,674,027	511,903	252,998	910,365	\$6,453,201.00
Afrique du Sud	522,516	101,935	65,056	369,037	768,802	\$1,827,346.00
Tadjikistan			-	-	223,012	\$223,012.00
Tanzanie	1,200,347	1,393,964	1,315,805	1,140,512	838,940	\$5,889,568.00
Ouganda		45,911	0	0	0	\$45,911.00
Ukraine	141,467	119,403	2,668,476	2,769,102	3,584,098	\$9,282,546.00
Vietnam	3,149,115	1,461,383	618,874	152,459	0	\$5,381,831.00
Zambie		362,359				\$362,359.00
<b>Total</b>	<b>\$12,253,021.00</b>	<b>\$9,150,149.00</b>	<b>\$10,035,222.20</b>	<b>\$8,365,748.00</b>	<b>\$7,822,333.00</b>	

# Quelles interventions pour les personnes qui s'injectent des drogues le PEPFAR soutient-il ?

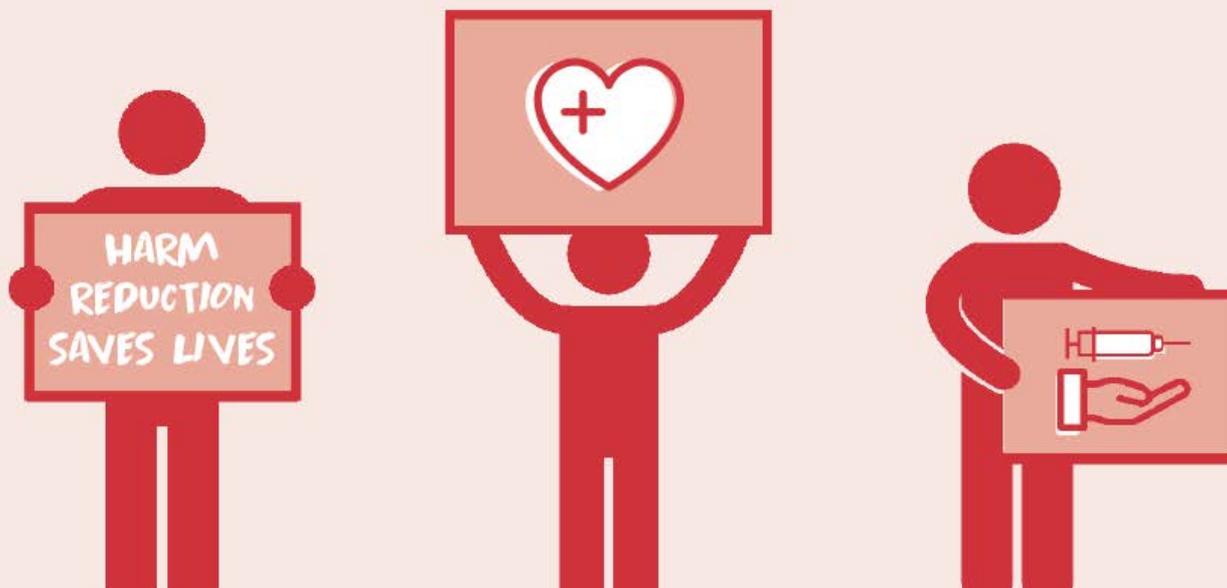
- En 2019, les domaines de dépenses les plus importants étaient l'OAT (environ la moitié des dépenses du PEPFAR ont été consacrées à l'OAT - 4,3 millions de dollars), et le dépistage du VIH et le conseil aux personnes qui s'injectent des drogues (33% - 2,8 millions de dollars).
- En 2019, le PEPFAR a soutenu des programmes OAT touchant environ 17 000 personnes dans huit pays (Afrique du Sud, Inde, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Tadjikistan, Tanzanie et Ukraine), ce qui représente environ 2 % du total estimé des personnes qui s'injectent des drogues dans ces pays.
- Entre 2018 et 2020, le PEPFAR a porté à 31 le nombre de pays où les personnes qui s'injectent des drogues ont bénéficié de services.
- Si cela inclut le financement du dépistage du VIH au Vietnam et en Ukraine, qui disposent de programmes de réduction des risques bien établis, cela inclut également le soutien à de nombreux pays disposant de programmes à petite échelle.
  - Par exemple, le PEPFAR a apporté son soutien à des programmes de PrEP destinés aux personnes qui s'injectent des drogues au Brésil, en eSwatini, au Kenya, au Nigeria, en Afrique du Sud, en Tanzanie, en Ouganda, en Ukraine, au Vietnam, en Zambie, au Zimbabwe et à une personne au Lesotho.

# Opportunités

- Le PEPFAR continuera d'être un donateur crucial pour la réduction des risques dans ses pays cibles, dont plusieurs n'ont que des réponses naissantes en matière de réduction des risques. Le PEPFAR peut jouer un rôle essentiel en aidant les pays à introduire et à intensifier leurs programmes de réduction des risques, ainsi qu'en soutenant le plaidoyer et la réforme des politiques. Globalement, si l'on veut atteindre les objectifs de l'ONUSIDA, la contribution du PEPFAR à la réduction des risques doit devenir une composante beaucoup plus importante de son financement et une priorité dans sa prochaine stratégie.
- L'impact du PEPFAR sur l'épidémie doit être maximisé, notamment par des investissements stratégiques dans des programmes rentables et fondés sur des données probantes destinés aux personnes qui consomment des drogues, ainsi que dans l'achat et la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles.
- La note d'orientation du PEPFAR de 2010 reconnaît l'importance des programmes de prévention des overdoses, et dans son guide opérationnel national de 2021, elle indique qu'il est essentiel d'inclure la distribution de naloxone pour la gestion des overdoses de médicaments. Cependant, les informations sur la mise en œuvre de la distribution de naloxone par les pairs ne sont pas disponibles.

**We cannot end AIDS without communities.**

Yet funding for community-led organisations is **less than 7%** of total harm reduction funding from international donors.

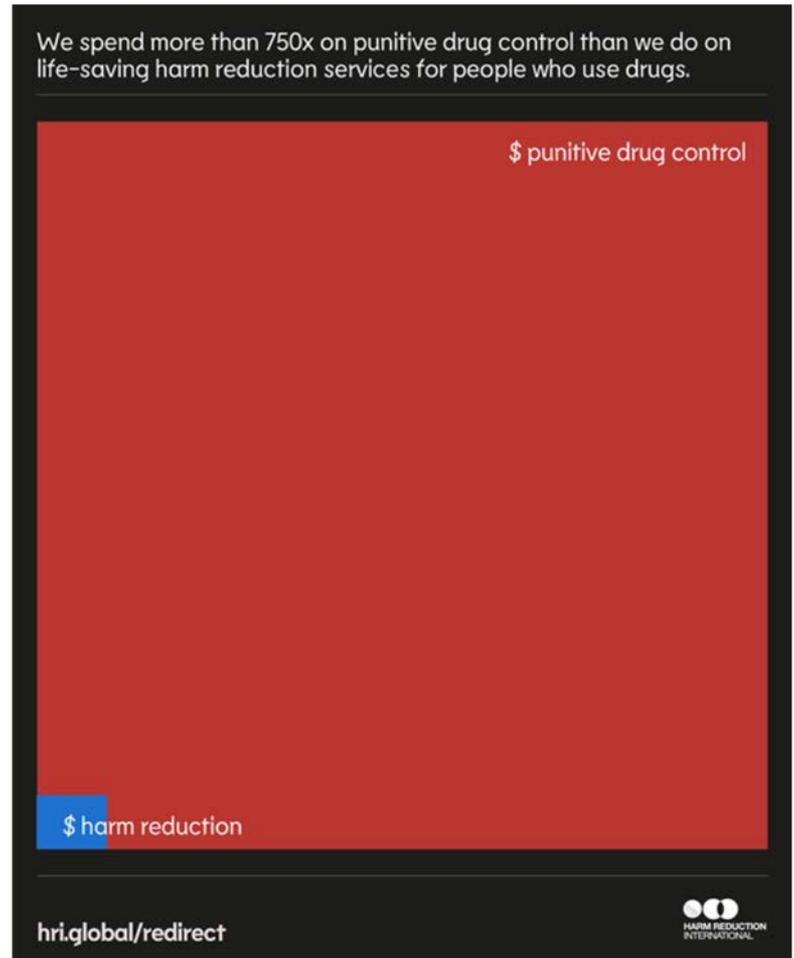


# Opportunités

- Le PEPFAR est transparent en matière d'allocation et de dépenses grâce à des tableaux de bord en ligne. Cependant, il a été difficile de ventiler les dépenses dans certains domaines, par exemple les services communautaires ou le soutien au plaidoyer communautaire (bien qu'il ait été noté que des fonds avaient été alloués à des organisations communautaires en Ukraine, cela n'est pas systématiquement indiqué dans les rapports de données).
  - Nous nous félicitons de l'inclusion des approches communautaires pour surveiller et traiter les nouvelles infections au VIH et de l'objectif de renforcer la capacité et le leadership des communautés dans la stratégie du PEPFAR en cours d'élaboration.
  - Dans notre retour d'information, nous avons recommandé que la stratégie du PEPFAR définisse son rôle en veillant à ce que les organisations communautaires soient financées pour effectuer ce travail nécessaire.
  - Nous avons également proposé que la définition de l'ONUSIDA des réponses dirigées par la communauté et par les populations clés soit incluse de manière proactive dans la stratégie du PEPFAR.
  - Le financement de la société civile et du plaidoyer communautaire reste extrêmement limité, alors que les objectifs 10-10-10 dépendent fortement de ce travail.
  - La stratégie du PEPFAR doit clairement définir son rôle dans le financement de la société civile et du plaidoyer communautaire, notamment en faveur de la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues et de la suppression des lois et des politiques qui entravent la prestation de services de réduction des risques et l'accès des personnes qui consomment des drogues. (plus d'informations dans notre retour d'information sur la stratégie [https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm\\_Reduction\\_International\\_inputs\\_on\\_PEPFAR\\_Strategy\\_Draft\\_Overview\\_Version\\_2\\_0.pdf](https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm_Reduction_International_inputs_on_PEPFAR_Strategy_Draft_Overview_Version_2_0.pdf))

# Désinvestir. Réorientez. Investir

- Évaluer de manière critique les dépenses liées à la politique en matière de drogues
- Se désengager de l'application de la loi punitive sur les drogues
- Réorienter ce financement vers des interventions de réduction des risques qui sauvent des vies, sont rentables et fondées sur les droits,
- Investir dans des programmes qui donnent la priorité à la santé, à la communauté et à la justice.



# Recommandations

- Le PEPFAR est transparent en matière d'allocation et de dépenses grâce à des tableaux de bord en ligne. Cependant, il a été difficile de ventiler les dépenses dans certains domaines, par exemple les services communautaires ou le soutien au plaidoyer communautaire (bien qu'il ait été noté que des fonds avaient été alloués à des organisations communautaires en Ukraine, cela n'est pas systématiquement indiqué dans les rapports de données).
  - Nous nous félicitons de l'inclusion des approches communautaires pour surveiller et traiter les nouvelles infections au VIH et de l'objectif de renforcer la capacité et le leadership des communautés dans la stratégie du PEPFAR en cours d'élaboration.
  - Dans notre retour d'information, nous avons recommandé que la stratégie du PEPFAR définisse son rôle en veillant à ce que les organisations communautaires soient financées pour effectuer ce travail nécessaire.
  - Nous avons également proposé que la définition de l'ONUSIDA des réponses dirigées par la communauté et par les populations clés soit incluse de manière proactive dans la stratégie du PEPFAR.
  - Le financement de la société civile et du plaidoyer communautaire reste extrêmement limité, alors que les objectifs 10-10-10 dépendent fortement de ce travail.
  - La stratégie du PEPFAR doit clairement articuler son rôle dans le financement de la société civile et du plaidoyer communautaire, y compris pour la dépénalisation de l'usage et de la possession personnelle de drogues et la suppression des lois et politiques qui entravent la prestation de services de réduction des risques et l'accès des personnes qui utilisent des drogues. (plus d'informations dans notre retour d'information sur la stratégie [https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm\\_Reduction\\_International\\_inputs\\_on\\_PEPFAR\\_Strategy\\_Draft\\_Overview\\_Version\\_2\\_0.pdf](https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm_Reduction_International_inputs_on_PEPFAR_Strategy_Draft_Overview_Version_2_0.pdf))