

# **Rapport d'observation du Comité technique d'examen des propositions**

Cycle de subvention 7  
Périodes 1 et 2

Octobre 2023

# Table des matières

---

<b>1. Résumé</b>	<b>5</b>
1.1 Objet du rapport et approche du CTEP en matière d'enseignements tirés de l'expérience	5
1.2 Vue d'ensemble de l'examen du CTEP des périodes 1 et 2 du CS7	5
1.3 Évaluations du CTEP relatives à la qualité des demandes de financement	7
1.4 Problèmes et mesures à prendre soulevés par le CTEP	10
1.5 Principales observations transversales du CTEP liées aux demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2	10
1.5.1 Des candidats confrontés pour la plupart à d'importants problèmes d'établissement des priorités .....	12
1.5.3 Progrès inégaux en matière de pérennité et exemples de marchés publics .....	18

---

<b>2. Contribution globale des demandes de financement à l'objectif de mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme</b>	<b>19</b>
2.1 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives au VIH	19
2.1.1 Prévention du VIH .....	19
2.1.2 Diagnostic, traitement et prise en charge .....	22
2.1.3 Défendre et promouvoir des changements législatifs, pratiques, programmatiques et politiques .....	24
2.2 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives à la tuberculose	28
2.2.1 Trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante .....	28
2.2.2 Intensifier la prévention de la tuberculose .....	29
2.2.3 Améliorer la qualité des services de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble de la cascade des soins .....	29
2.2.4 Déployer de nouveaux outils pour combler les lacunes du continuum de soins .....	30
2.2.5 Défendre et promouvoir des changements législatifs, pratiques, programmatiques et politiques .....	31
2.3 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives au paludisme	35

---

2.3.1	Couverture de la lutte antivectorielle .....	35
2.3.2	Accès équitable à des diagnostics précoces et à des traitements de qualité .....	36
2.3.3	Mise en œuvre d'interventions adaptées à l'échelle infranationale .....	37
2.3.4	L'élimination de la maladie en ligne de mire .....	37
2.3.5	Accélération du recul du paludisme dans les zones fortement touchées, et élimination de la maladie à l'échelle infranationale dans certaines zones d'Afrique subsaharienne 38	
2.3.6	Mise en œuvre stratégique d'interventions spécifiques et mise en balance de celles-ci avec les interventions essentielles .....	38
2.3.7	Nouvel examen des critères d'allocation sous-jacents à la lumière de l'évolution de la situation sur le terrain depuis 20 ans .....	38

---

### **3. Contributions globales des demandes de financement aux objectifs qui se renforcent et se complètent mutuellement et aux objectifs évolutifs de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028** **42**

<b>3.1</b>	<b>Maximiser des systèmes de santé intégrés et centrés sur la personne au profit de l'impact, de la résilience et de la pérennité</b>	<b>42</b>
3.1.1	Services de santé intégrés centrés sur la personne .....	42
3.1.2	Systèmes communautaires et programmes dirigés par les communautés .....	45
3.1.3	Renforcer la production et l'utilisation en temps opportun de données numériques de qualité, sûres, transparentes et ventilées à tous les niveaux .....	47
3.1.4	Renforcer l'écosystème des chaînes d'approvisionnement de qualité .....	48
3.1.5	Axer les marchés de prochaine génération sur l'accès équitable à des produits de santé de qualité .....	49
3.1.6	Mieux impliquer et mieux utiliser le secteur privé .....	50
3.1.7	Consolider les partenariats entre les gouvernements et les acteurs du secteur non public en incluant la contractualisation sociale (marchés publics) .....	51
<b>3.2</b>	<b>Maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte</b>	<b>55</b>
<b>3.3</b>	<b>Maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains</b>	<b>59</b>
3.3.1	Intensifier les démarches et les programmes complets visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'ensemble du portefeuille .....	60
3.3.2	Déployer des données quantitatives et qualitatives pour identifier les facteurs d'inégalité en matière de VIH, de tuberculose et de paludisme, et aider au ciblage des ripostes, notamment avec des données ventilées par genre, âge, zone géographique, reven et population clé et vulnérable .....	61
3.3.3	Utiliser les capacités diplomatiques du Fonds mondial pour contester les lois, les politiques et les pratiques qui entravent la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme .....	63

<b>3.4. Mobiliser davantage de ressources</b>	<b>64</b>
3.4.1 Catalyser des ressources nationales pour la santé.....	64
3.4.2 Mettre davantage l'accent sur le rapport coût-efficacité pour réduire les coûts et améliorer l'efficacité, l'équité et la pérennité.....	67
3.4.3 Tirer parti des modèles de financement mixte et des échanges dette-santé .....	68
3.4.4 Soutenir les systèmes nationaux de financement de la santé.....	69

---

# 1. Résumé

Les deux premières réunions d'examen du CTEP du cycle de subvention 7 (CS7) se sont tenues à Genève, avec la période d'examen 1, du 29 avril au 5 mai, et la période d'examen 2, du 3 au 14 juillet 2023. Il s'agissait des premières réunions d'examen en personne depuis 2018. Le leadership du CTEP a invité 48 et 71 membres à participer aux périodes 1 et 2, respectivement, sélectionnés à partir d'un pool nouvellement renouvelé de 162 membres diversifiés couvrant cinq domaines d'expertise du CTEP (1) VIH, (2) Tuberculose, (3) Paludisme, (4) Systèmes efficaces et durables pour la santé (incluant SRPS, Financement de la santé, et Préparation et riposte aux pandémies), et (5) Équité, Droits humains et Genre.

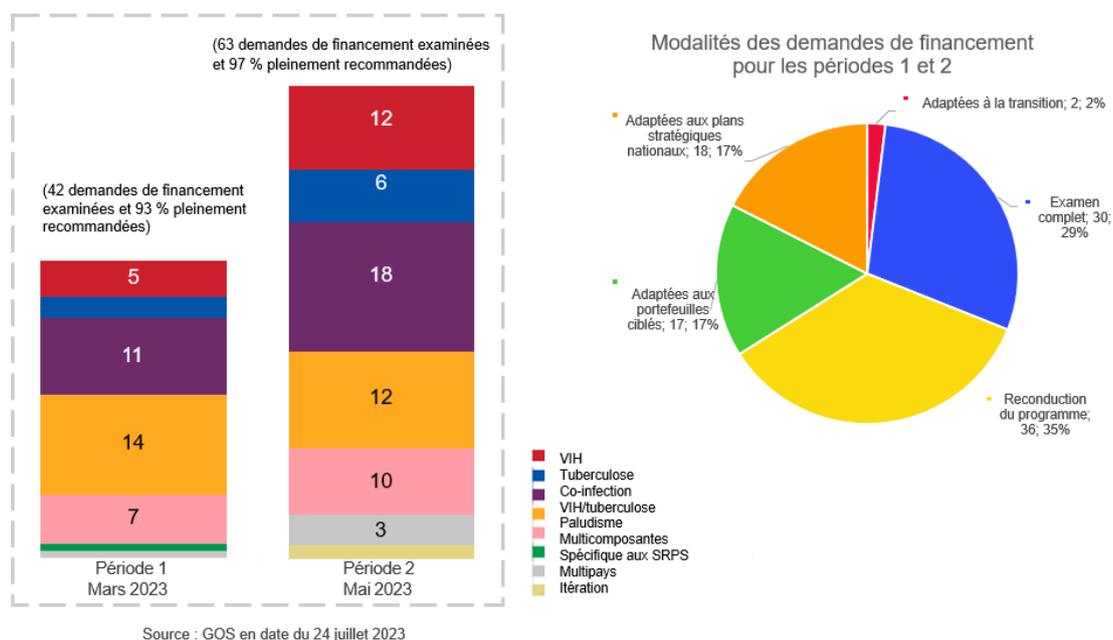
## 1.1 Objet du rapport et approche du CTEP en matière d'enseignements tirés de l'expérience

Le présent rapport répond à la mission du CTEP qui consiste à faire part des enseignements tirés au Conseil d'administration, au Comité de la Stratégie, aux candidats, au Secrétariat du Fonds mondial et aux partenaires techniques afin d'éclairer la stratégie, les politiques et les opérations du Fonds mondial. Il a été élaboré par un groupe de travail composé de neuf membres du CTEP (un représentant de chacun des groupes d'experts VIH, Tuberculose, Paludisme et Équité, Droits humains et Genre, et deux représentants des groupes d'experts Systèmes efficaces et durables pour la santé, ainsi que le président et le vice-président du CTEP), avec le soutien du Secrétariat du CTEP. La principale source de données utilisée pour le présent rapport est constituée par les résultats documentés du CTEP issus des demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2. Le groupe de travail a rassemblé et analysé les observations essentielles et transversales des formulaires d'examen et de recommandation du CTEP, ainsi que les résultats de l'enquête sur la qualité des demandes de financement. Le groupe de travail a également pris en compte des informations supplémentaires issues des examens – par les membres du CTEP – des demandes de subvention de la phase 2 pour l'optimisation du portefeuille du Dispositif de riposte au COVID-19 (C19RM), ainsi que de l'analyse des données secondaires des demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2 fournies par le Secrétariat du Fonds mondial.

## 1.2 Vue d'ensemble de l'examen du CTEP des périodes 1 et 2 du CS7

Environ 200 demandes de financement sont attendues pour examen par le CTEP durant la période d'allocation 2023-2025 (CS7). Au cours des périodes d'examen 1 et 2 du CS7, le Comité a examiné 105 demandes et recommandé un total d'allocations de fonds de 9,68 milliards de dollars US pour l'établissement des subventions, soit 73,8 % des fonds alloués au titre du CS7. Il a été recommandé d'enregistrer un total de cinq milliards de dollars de demandes de financement hiérarchisées au-delà de la somme allouée (PAAR) en tant que demandes de qualité non financées. Trente-neuf (93 %) des 42 demandes de financement de la période 1 ont été entièrement recommandées pour l'établissement de subventions.

Soixante et une (97 %) des 63 demandes de financement de la période 2 ont été entièrement recommandées pour l'établissement de subventions – une demande de financement a été révisée et une demande de financement intégrée a été divisée en deux en raison d'une composante révisée.



Les tableaux suivants résument les scénarios de financement des périodes d'examen 1 et 2 du CTEP, en détaillant notamment les allocations et les fonds de contrepartie à effet catalyseur, ainsi que les montants multipays recommandés pour l'établissement des subventions.

Source de financement	Montant recommandé : période d'examen 1 (\$US)	% du montant total communiqué pour le CS7	Montant recommandé : période d'examen 2 (\$US)	% du montant total communiqué pour le CS7
Allocation	4 906 353 063	37 %	4 776 379 165	36 %
Fonds de contrepartie	98 250 000	36 %	104 700 000	38 %
Fonds multipays à effet catalyseur	50 000 000	44 %	S.O.	S.O.
<b>Total</b>	<b>5 054 603 063</b>		<b>4 881 079 165</b>	

Domaines prioritaires des fonds de contrepartie	Montant recommandé : période d'examen 1 (\$US)	% de domaines prioritaires des Fonds de contrepartie	Montant recommandé : période d'examen 2 (\$US)	% de domaines prioritaires des Fonds de contrepartie
Prévention du VIH	17 800 000	36 %	15 750 000	32 %
Tuberculose : trouver et traiter avec succès les personnes porteuses de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante manquant à l'appel	34 000 000	41 %	32 000 000	39 %
Mesures pour inciter à déployer à grande échelle des SRPS de qualité	24 000 000	34 %	30 200 000	43 %
Systèmes et ripostes communautaires efficaces	12 000 000	28 %	14 600 000	34 %
Intensification des programmes visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre	10 450 000	33 %	12 150 000	39 %
<b>Total</b>	<b>98 250 000</b>		<b>104 700 000</b>	

### 1.3 Évaluations du CTEP relatives à la qualité des demandes de financement

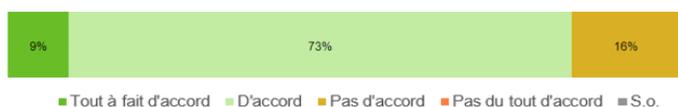
Le CTEP ne s'attend pas à ce que les demandes de financement soient parfaites, mais dans le cadre de son examen indépendant et différencié, il évalue leur qualité. Le CTEP a recommandé 93 % des demandes de financement de la période 1 et 97 % des demandes de la période d'examen 2 pour l'établissement de subventions. Il évalue ces demandes en fonction de leur capacité à donner lieu à des interventions stratégiquement ciblées et techniquement solides, alignées sur le contexte épidémiologique et maximisant le potentiel d'impact. Bien que le CTEP ait constaté une amélioration notable de la qualité des demandes de financement au fil du temps, il est évident que certains candidats éprouvent encore des difficultés, probablement en raison de capacités limitées et/ou d'une assistance technique sous-optimale. Cela concerne non seulement des capacités durables à élaborer des demandes de financement de bonne qualité, mais aussi, et surtout, la qualité de la mise en œuvre des programmes.

Bien que l'accent reste davantage mis sur le soutien aux systèmes, le CTEP a observé que 85 % des demandes de financement de la période d'examen 2 recommandées pour l'établissement de subventions priorisaient de façon stratégique les SRPS, soit huit points

de plus que pour la période 1 et 14 points de plus que pour la période d'allocation du CS6. Parmi les demandes de financement qui comprenaient des investissements dans la préparation aux pandémies, le CTEP a constaté que des investissements appropriés étaient effectués (77 % d'évaluations positives pour les deux périodes d'examen) et que ces investissements complétaient le C19RM (76 % pour les deux périodes).

## Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement : SRPS

**Ciblage des SRPS** : la demande de financement démontre un ciblage stratégique des systèmes résistants et pérennes pour la santé, visant à améliorer l'efficacité, l'efficience et la pérennité du ou des programmes de lutte contre les maladies.

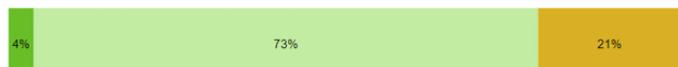


**Ciblage des SRPS** : dans quelle mesure la demande de financement cible-t-elle le renforcement ou le soutien des systèmes ?

Source : Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement. Établissement de subventions pleinement recommandé pour les demandes de financement des périodes 1 et 2, N = 101, valeurs représentées arrondies



**Préparation aux pandémies** : la demande de financement démontre des investissements appropriés pour renforcer la préparation et la riposte aux pandémies.



**Préparation aux pandémies** : les investissements de la demande de financement pour la préparation et la riposte aux pandémies sont complémentaires des investissements au titre du dispositif de riposte au COVID-19.



Source : Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement. Établissement de subventions pleinement recommandé pour les demandes de financement des périodes 1 et 2, en excluant les réponses non applicables, N = 82, valeurs représentées arrondies

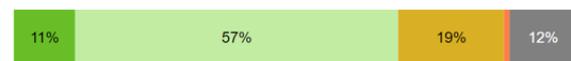
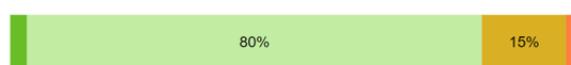
Le CTEP a observé des améliorations importantes dans la manière dont les demandes de financement traitaient de la pérennité (87 % d'évaluations positives dans la période d'examen 2, contre 79 % dans la période 1), de l'optimisation des ressources (89 % d'évaluations positives dans la période d'examen 2, contre 77 % dans la période 1) et du cofinancement (73 % dans la période d'examen 2, contre 64 % dans la période 1). Il s'agit d'un changement significatif par rapport au CS6, où cette question intégrait la pérennité et le cofinancement, et n'avait obtenu que 67 % d'évaluations positives. Le score concernant les systèmes et les ripostes communautaires est plus faible dans la période d'examen 2 que dans la période 1, mais reste largement positif (75 % dans la période d'examen 2, 87 % dans la période 1).

## Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement : pérennité

**Pérennité** : la demande de financement identifie et traite correctement les défis liés à la pérennité (conformément aux critères d'examen du CTEP).

**Rapport coût-efficacité** : la demande de financement prévoit des investissements dans l'amélioration de la qualité des programmes, traite les principaux obstacles entravant l'efficacité du programme, s'efforce de se montrer économe dans les contributions au programme et traite les problèmes d'équité dans le recours aux services de santé.

**Cofinancement** : le ciblage des engagements de cofinancement décrits dans la demande de financement est adapté au profil de revenus et de charge de morbidité du pays et la demande traite les principaux obstacles à la pérennité des résultats du programme.



**Systèmes et ripostes communautaires** : dans quelle mesure les rôles des organisations communautaires et dirigées par la communauté dans la prestation de services sont-ils détaillés dans la demande de financement ?

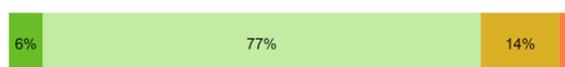
Source : Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement. Établissement de subventions recommandé pour les demandes de financement des périodes 1 et 2, N = 101, valeurs représentées arrondies



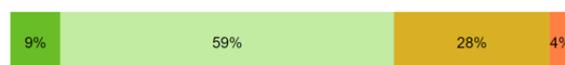
Le CTEP a constaté une solide tendance positive s'agissant des questions d'équité dans les demandes de financement de la période d'examen 2 (87 % d'évaluations positives, contre 77 % pour la période 1). Les scores relatifs à l'égalité des genres (69 % dans les périodes d'examen 1 et 2, 58 % durant le CS6) et aux droits humains (67 % dans la période 2, 64 % dans la période 1 et 66 % durant le CS6) sont relativement stables par rapport à la période 1 – mais se sont cependant améliorés depuis le CS6 concernant l'égalité des genres. Il convient également de noter que le CTEP a commencé à évaluer le marqueur de l'égalité des genres pour toutes les demandes de financement au titre du CS7. L'analyse des évaluations du CTEP est menée par le Secrétariat du Fonds mondial qui dirige le processus relatif à ce marqueur.

## Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement : équité, genre et droits humains

**Ciblage de l'équité** : la demande de financement démontre l'investissement pour l'obtention de résultats de santé équitables avec des propositions visant à éliminer les obstacles structurels et améliorer l'accès.



**Ciblage des questions de genre** : la demande de financement renforce l'égalité des genres en s'attaquant aux inégalités et aux obstacles liés au genre qui se répercutent sur la santé.



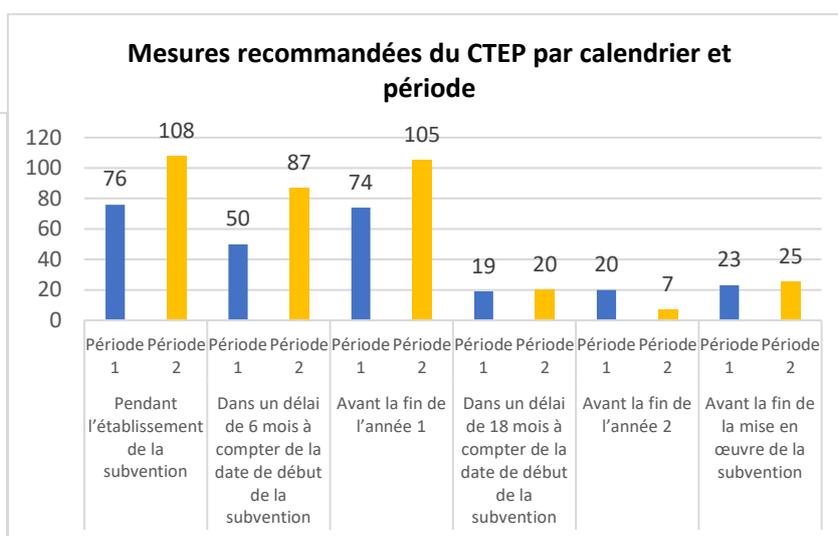
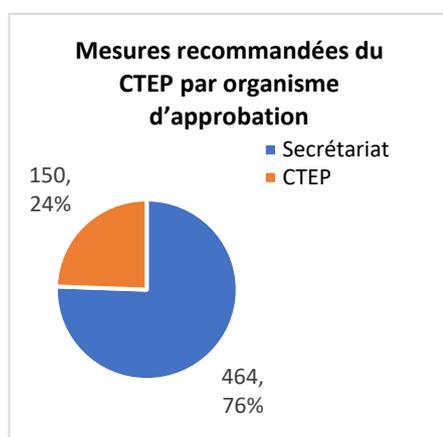
**Ciblage des droits humains** : la demande de financement garantit que les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services sont correctement analysés et pris en compte pour la réalisation des objectifs établis.



Source : Étude du CTEP sur la qualité des demandes de financement. Établissement de subventions recommandé pour les demandes de financement des périodes 1 et 2, N = 101

## 1.4 Problèmes et mesures à prendre soulevés par le CTEP

Bien que, conformément à son Guide des approches d'examen ([Review Approaches Manual](#)), le CTEP appréhende de façon différenciée le nombre maximum recommandé de problèmes principaux à traiter par les candidats pour chacune des modalités de financement, le nombre de ces problèmes fournit une approximation de la qualité des demandes de financement. Notant que l'examen du CTEP n'est qu'une partie du processus permettant aux candidats d'accéder à des financements, l'attention et le traitement des problèmes, mesures et recommandations du Comité constituent un levier important pour s'assurer que les investissements des subventions génèrent un impact. Au cours du CS6, le Secrétariat du CTEP a apporté des améliorations significatives à ses processus de suivi des recommandations du Comité. Au fil du temps, le CTEP confie de plus en plus de problèmes et de mesures à prendre au Secrétariat au lieu de les soumettre à sa propre validation. Le calendrier de validation des problèmes peut également permettre de rectifier le tir pendant l'établissement des subventions ou au début de leur mise en œuvre. Pour les demandes de financement de la période d'examen 1, 29 % des mesures devraient être validées pendant l'établissement des subventions, 19 % au cours des six premiers mois de la mise en œuvre et 28 % avant la fin de la première année (76 % au total), ce qui permet de rectifier le tir si nécessaire. Ces chiffres se présentent bien pour la période d'examen 2, où 31 % des mesures devraient être validées pendant l'établissement des subventions, 25 % dans les six premiers mois de la mise en œuvre et 30 % avant la fin de la première année de mise en œuvre (soit un total de 86 %).



## 1.5 Principales observations transversales du CTEP liées aux demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2

Le CTEP félicite les candidats pour la solidité de leurs demandes de financement qui ont démontré une utilisation délibérée d'une série de données nationales pour guider la

sélection des interventions ainsi qu'une différenciation améliorée, en particulier au sein des portefeuilles ciblés.

- En ce qui concerne le VIH en particulier, il y a eu une reconnaissance accrue d'un plus grand nombre de populations clés et d'une plus grande intersectionnalité avec, par exemple, l'inclusion des personnes transgenres et non binaires, des femmes incarcérées qui consomment des drogues injectables, etc. De plus, la priorité et la budgétisation des maladies à VIH à un stade avancé ont été améliorées dans la période d'examen 2, après que l'on ait constaté une priorisation limitée dans les demandes de financement de la période 1.
- S'agissant de la tuberculose, le CTEP a constaté l'optimisation de nouveaux outils de diagnostic, notamment les tests de diagnostic moléculaires rapides recommandés par l'OMS, les radiographies pulmonaires et la détection assistée par ordinateur, ainsi que l'utilisation de données de routine, complétées par la recherche, afin d'optimiser la programmation.
- En période d'examen 2, les demandes de financement axées sur le paludisme ont de plus en plus démontré l'utilisation des données relatives à la stratification des risques, à l'établissement des priorités et au ciblage des interventions. En outre, le CTEP a constaté une augmentation du nombre d'évaluations de l'égalité des genres et de l'outil Malaria Matchbox utilisées dans certaines demandes de financement pour orienter les interventions. Il a également noté une plus grande reconnaissance de l'impact sur l'accès aux services des environnements juridiques punitifs.
- Par rapport au CS6, davantage de demandes de financement ont montré une augmentation de la quantité et de la qualité des investissements en faveur de SRPS. En outre, ces investissements ont toujours été synergiques et complémentaires avec les investissements au titre du C19RM, même lorsqu'il ne s'agissait pas d'un pays « prioritaire » en matière de SRPS pour le Fonds mondial.
- Les demandes de financement ont mis de plus en plus l'accent sur l'intégration. Notamment, la nouvelle Annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS promet d'être un outil efficace pour promouvoir des services intégrés centrés sur les personnes si elle est utilisée de manière judicieuse dans tous les programmes de lutte contre les maladies (plutôt que verticalement) et avec une gestion unifiée du ministère de la Santé.
- De plus, les demandes de financement intégrées ou les demandes de financement multiples d'un même pays transmises à la même période d'examen du CTEP favorisent l'intégration et améliorent la visibilité que le Comité a des lacunes du système de santé et des occasions manquées d'intégration.
- Le CTEP a observé des exemples louables d'intégration dans des domaines tels que l'optimisation des laboratoires, la participation des agents de santé communautaires, le suivi régi par les communautés, les systèmes d'information sur la santé et de gestion des produits de santé, y compris l'intersection des considérations relatives aux droits humains et au genre au niveau des trois maladies.
- Malgré ces améliorations, il est nécessaire d'intégrer davantage les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, de santé sexuelle et reproductive, et de soins de santé primaires.

- Le CTEP a également relevé des occasions manquées d'assimiler les agents de santé communautaires dans les politiques et les budgets plus généraux des ressources humaines pour la santé, car ces agents continuent d'être considérés comme un moyen de combler les carences au niveau des soins de santé primaires.

### **Recommandations à l'intention des candidats sur les questions transversales**

1. Dans la recherche de services centrés sur les personnes, il est impératif d'allouer des ressources aux éléments de renforcement des systèmes communautaires (tels que le suivi régi par les communautés), sous l'impulsion des communautés locales elles-mêmes.
2. Continuer de présenter des demandes de financement intégrées. Dans les cas où un candidat élabore plusieurs demandes de financement, il est recommandé de les soumettre dans la même période de présentation.
3. L'intégration visée dans la demande de financement devrait se traduire au niveau de la mise en œuvre, qui sera supervisée par les instances de coordination nationales (ICN). Une collaboration étroite entre les ICN et le ministère de la Santé, les autres ministères concernés et les parties prenantes, y compris les communautés locales, est essentielle pour développer et maintenir les possibilités d'intégration.
4. Adapter la programmation des agents de santé communautaires conformément au [Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires de l'OMS](#), et à d'autres orientations normatives, donner la priorité à la formation intégrée et à la supervision formative le cas échéant, fournir les produits nécessaires et garantir une meilleure prise en compte de la dimension de genre et des conditions de travail plus sûres.
5. Réaliser une cartographie de l'ensemble des agents de santé communautaires dans tous les programmes et sources de financement, y compris le C19RM, harmoniser leur rémunération, les assimiler progressivement dans les systèmes de soins de santé primaires et faire prendre en charge leurs salaires par les pouvoirs publics.
6. Une programmation plus sûre devrait prendre en compte les risques de violences fondées sur le genre et l'insécurité pour les agentes de santé communautaires.

### **Recommandations à l'intention du Secrétariat et des partenaires sur les questions transversales**

1. Pour encourager l'intégration au sein des programmes de pays, une harmonisation et une coordination significatives sont nécessaires. En outre, les candidats ont besoin d'orientations supplémentaires sur (i) ce qu'il convient d'intégrer, (ii) où l'intégrer et (iii) pourquoi l'intégrer (en mettant l'accent sur les résultats, l'intégration n'étant pas une fin en soi).

#### **1.5.1 Des candidats confrontés pour la plupart à d'importants problèmes d'établissement des priorités**

Au début du CS7, il était clair que les pays seraient confrontés à certaines des décisions les plus difficiles et les plus délicates dans un contexte où la marge budgétaire est extrêmement limitée. Ce problème est apparu dans les examens du CTEP des périodes 1 et 2.

- Le CTEP reconnaît les efforts considérables déployés par les candidats pour gérer les arbitrages ainsi que par le Secrétariat et les partenaires techniques pour les nombreux outils introduits durant le CS7 afin d'aider les pays à établir des priorités. Toutefois, le CTEP a constaté la nécessité de revoir et de rationaliser certains outils, de fournir une vision plus claire aux candidats et de gérer les attentes des demandes de financement dans la mesure où les allocations du Fonds mondial ne peuvent pas couvrir tous les besoins des pays.
- Le CTEP a observé que les budgets d'allocation ont tendance à être disséminés ou, dans certains cas, que les produits vitaux essentiels étaient concentrés en début de période au cours des deux premières années, laissant d'énormes manques non financés au cours de la troisième année de mise en œuvre de la subvention. Il a également constaté une tendance alarmante à reléguer des interventions essentielles à des demandes de qualité non financées, certains montants de la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée dépassant le double ou plus de l'ampleur de la somme allouée.
- Le CTEP a également observé des lacunes persistantes au niveau de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données pour éclairer les décisions de hiérarchisation des priorités. Les données ventilées selon le genre, l'âge, les sous-populations, la géographie et les populations clés sont souvent absentes ou sous-exploitées. Dans certains cas, les évaluations en matière de droits humains et d'égalité des genres ont été peu prises en compte dans les demandes de financement, ou n'ont pas été utilisées du tout. Les investissements en faveur de l'équité, des droits humains et de l'égalité des genres sont généralement placés dans les demandes de financement hiérarchisées au-delà de la somme allouée.
- Le CTEP demeure préoccupé par les coûts de gestion élevés qui cachent parfois des dépenses dans d'autres budgets d'intervention – même dans les demandes ayant des sommes allouées sérieusement restreintes.
- À mesure que les demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2 passent au stade de l'établissement des subventions, le défi consistera à combler les insuffisances au niveau des sommes allouées, qui sont aggravées par l'augmentation des coûts d'exécution et de gestion des programmes et par d'énormes demandes de qualité non financées. Le CTEP a mis au défi de nombreux candidats et le Secrétariat, non seulement de trouver des gains d'efficacité dans les subventions, mais aussi d'intensifier les efforts de mobilisation des ressources nationales, d'honorer les engagements de cofinancement et de tirer parti de tous les investissements au sein des pays dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.
- Bien que certaines demandes de financement des périodes d'examen 1 et 2 mentionnent l'augmentation des catastrophes naturelles et des évolutions du climat, le CTEP reconnaît que les demandes de financement doivent mieux refléter et traiter la façon dont les programmes de pays aborderont l'impact du changement climatique sur la santé.

Outre les pressions exercées par la hiérarchisation des priorités sur les sommes allouées, le CTEP a observé que de nombreux candidats étaient trop ou pas assez ambitieux dans leur programmation.

*Exemples d'ambition insuffisante :*

- L'extension de la prophylaxie préexposition (PrEP) a souvent été limitée à des groupes démographiques spécifiques ou à des zones urbaines, et a restreint l'introduction d'outils innovants tels que l'anneau vaginal de dapivirine et le cabotégravir d'action prolongée. La cascade de soins du VIH pour les enfants présente des performances sous-optimales, ce qui justifie une plus grande attention.
- Les objectifs fixés en matière de tuberculose pour la couverture du traitement, la détection de la tuberculose pharmacorésistante, la détection des cas de tuberculose chez l'enfant, le traitement préventif de la tuberculose et la mise en place de services décentralisés de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et de la tuberculose pharmacorésistante ne sont souvent pas assez ambitieux.

*Exemples d'ambition irréaliste :*

- L'établissement de priorités et de séquences inappropriées pour les nouveaux outils avant de s'attaquer à des aspects essentiels tels que la gestion de la maladie à VIH à un stade avancé, le maintien des personnes sous traitement dans des environnements où l'on continue, par exemple, à éprouver des difficultés en raison d'une cascade de soins de VIH insuffisante. Certains pays proposent de déployer à grande échelle le cabotégravir d'action prolongée, mais ces efforts sont engagés en l'absence de programmes de prévention du VIH solidement structurés.
- Tout en adoptant des approches ambitieuses en matière de stratégies de laboratoire, le CTEP a constaté un manque de financement national ou d'attention aux infrastructures de laboratoire, à l'acquisition d'équipements essentiels et au renforcement des capacités des ressources humaines au-delà de la durée des subventions.
- Dans certaines demandes de financement relatives au paludisme, des objectifs ambitieux ont été fixés pour le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes (IPTp-3) sans qu'une attention suffisante soit accordée à la faiblesse de la couverture des soins prénatals.
- Une décorrélation a été observée entre l'ambition des pays d'adopter de nouveaux outils et leur degré de préparation à les utiliser (par exemple, une proposition prévoit le déploiement de radiographies numériques avec détection assistée par ordinateur dans des camionnettes mobiles, mais pas d'Internet pour l'intelligence artificielle).
- Les candidats ont eu tendance à intégrer le langage/le vocabulaire/la terminologie de la stratégie du Fonds mondial (en particulier en ce qui concerne le genre, les droits humains et les communautés) dans les demandes de financement, mais il y avait des lacunes importantes au niveau de l'établissement des priorités dans les budgets d'allocation et des capacités à réaliser efficacement ces objectifs.

## **Recommandations à l'intention des candidats sur l'établissement des priorités**

1. Privilégier les interventions visant les populations prioritaires et mal desservies en tenant compte du ciblage géographique et des données ventilées, y compris, mais sans s'y limiter, les populations clés, l'âge et le genre. En cas de manque de données, les informations qualitatives issues des évaluations des thématiques Équité, Droits humains et Genre peuvent fournir un contexte précieux.
2. Utiliser la stratification du risque de paludisme et/ou les données disponibles pour guider l'établissement des priorités et l'adaptation infranationale des interventions afin de maximiser la couverture et l'impact.
3. Dans les épidémies généralisées de VIH, même en l'absence de données précises sur les populations clés, des modèles éclairés et les données existantes peuvent orienter efficacement la riposte nationale au VIH.
4. Les demandes de financement devraient inclure des évaluations des besoins et des obstacles rencontrés par les populations clés et vulnérables, ainsi que des recommandations correspondantes pour planifier des services de lutte contre la tuberculose intégrés et centrés sur les personnes.
5. Les demandes de financement doivent être ancrées dans les priorités et les besoins de chaque pays, plutôt que de « cocher toutes les cases » et de « parsemer » les demandes de financement d'activités pour mettre en œuvre TOUS les éléments essentiels du programme du Fonds mondial, au détriment d'une hiérarchisation stratégique des priorités dans le cadre de la somme allouée. Les candidats doivent expliquer le bien-fondé de leurs décisions afin de maximiser l'optimisation des ressources.
6. L'accès au traitement est un droit humain et un engagement éthique qui doit faire l'objet d'une hiérarchisation dans le cadre des sommes allouées et, de plus en plus, des fonds publics, plutôt que de s'appuyer sur une demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée.
7. Éviter les coûts excessifs de gestion des programmes et réorienter les ressources pour accroître leur efficacité afin d'obtenir des résultats tangibles.
8. Le CTEP encourage l'ambition, mais recommande aux candidats de se montrer réalistes et de s'appuyer davantage sur des données pour établir les objectifs de leurs demandes de financement, notamment en (i) assurant une analyse précise des carences, (ii) fixant les bonnes attentes quant à ce que les allocations du Fonds mondial peuvent réaliser, (iii) faisant correspondre les cibles du cadre de performance à ce qui est réalisable.
9. Donner la priorité aux services de base et les promouvoir lors de la planification de nouvelles interventions (maintenir la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), les préservatifs, le lien vers le traitement et les soins après la recherche active de cas au niveau communautaire, etc.)
10. Planifier la préparation à l'adoption de nouveaux outils en tenant compte du contexte national et des capacités du système de santé.

## **Recommandations à l'intention des partenaires techniques sur l'établissement des priorités**

1. Renforcer les compétences de consultants qui aident les candidats à élaborer des demandes de financement en veillant à ce que les éléments fondamentaux soient correctement hiérarchisés, chiffrés et planifiés.
2. Aider les candidats à gérer les arbitrages et à concentrer plus rigoureusement les ressources sur des interventions correctement adaptées au contexte du pays et aux orientations normatives. Cela nécessitera une approche de partenariat avec l'ensemble du Fonds mondial, en collaboration avec d'autres institutions de santé mondiale, de manière transparente et significative.
3. Mettre à jour les lignes directrices sur ce qu'il convient de faire lorsque la charge et les besoins augmentent dans un contexte de diminution des ressources, et partager des outils utiles pour aider les candidats à éviter que les financements soient répartis de façon trop générale (ne pas se contenter de les inciter à « établir des priorités »).

## **Recommandations à l'intention du Secrétariat sur l'établissement des priorités**

4. Examiner le rôle prévu et réel des éléments essentiels du programme dans les dialogues au niveau du pays sur les demandes de financement et fournir des orientations aux candidats sur la manière dont ces éléments essentiels devraient être utilisés dans le contexte du pays. En outre, compléter – sans les remplacer – les orientations normatives mondiales, les plans stratégiques nationaux, les programmes et la nécessité d'établir des priorités.
5. Le CTEP apprécie l'outil Aide à la prise de décision pour investir dans la prévention du VIH auprès des adolescentes et des jeunes femmes ([Decision-Making Aide for Investments into HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women](#)) (Coalition mondiale pour la prévention du VIH et ONUSIDA, avril 2023), qui constitue un outil efficace pour l'établissement des priorités, et recommande de le communiquer aux futurs candidats.

### **1.5.2 Nécessité de mettre davantage l'accent sur la collaboration entre les partenaires à l'échelle du pays**

Le CTEP a observé des demandes de financement présentant des carences en matière de partenariat et de collaboration au niveau du pays, entraînant un impact potentiellement sous-optimal des programmes.

- Dans certains pays, le leadership national (par exemple, le ministère de la Santé) ne coordonne pas efficacement les partenaires dans le pays. Il en résulte, par exemple, un soutien fragmenté à la mise en œuvre du programme national, des niveaux de salaire incohérents pour les agents de santé, des systèmes d'approvisionnement non coordonnés, et certaines zones du pays couvertes alors que d'autres ne le sont pas.
- En outre, alors que le Fonds mondial reconnaît l'importance d'un partenariat inclusif, englobant l'ensemble des donateurs, la société civile et le secteur privé, des données

probantes des demandes de financement suggèrent que des améliorations supplémentaires dans les dialogues au niveau du pays et les ICN sont nécessaires pour placer les organisations communautaires et les organisations de populations clés au centre de la conception, de la planification et de la mise en œuvre des programmes.

- De plus, l'examen par le CTEP de l'impact des investissements du Fonds mondial a souvent été limité par une description inadéquate ou insuffisante des activités et des investissements provenant de ressources externes et nationales, comme indiqué dans les tableaux du paysage de financement, les tableaux des lacunes programmatiques et l'Annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS.
- Enfin, l'engagement du secteur privé vis-à-vis de plusieurs demandes de financement a été considéré comme demeurant sous-optimal, avec une cartographie incohérente des activités de ce secteur (généralement axées sur les maladies). Le CTEP a constaté l'ambition de s'appuyer sur le secteur privé pour mobiliser des ressources nationales afin d'assurer la pérennité à long terme, mais il a aussi observé un manque de plans/de mesures concrets.

### **Recommandations à l'intention des candidats sur la collaboration entre partenaires**

1. Dans le contexte des investissements du Fonds mondial, les ICN doivent soutenir le ministère de la Santé pour qu'il joue un rôle plus important dans la coordination de l'ensemble des partenaires et qu'il assure la gestion des programmes nationaux. Pour accomplir ce rôle de coordination, il est conseillé aux ICN et au ministère de la Santé d'actualiser la cartographie des donateurs et des activités soutenues.
2. Les ICN doivent maintenir une participation significative auprès de toutes les communautés et les organisations que celles-ci régissent. Elles doivent également veiller à ce que des investissements soient réalisés dans des interventions de suivi régies par les communautés et de renforcement des systèmes communautaires, et à ce que ces interventions soient dûment mises en œuvre.
3. Il est demandé aux futurs candidats au titre du CS7 de fournir une vue d'ensemble des investissements et des activités des partenaires dans le pays, dans les annexes existantes des demandes de financement.

### **Recommandations à l'intention du Secrétariat et des partenaires sur la collaboration entre partenaires**

1. Les partenaires dans le pays doivent aider à renforcer les capacités de gouvernance et de gestion du ministère de la Santé et d'autres institutions nationales pour soutenir, guider et collaborer avec le secteur privé, les donateurs, la société civile et d'autres acteurs. Ils doivent aussi organiser et soutenir des plateformes favorisant cette collaboration.

### **1.5.3 Progrès inégaux en matière de pérennité et exemples de marchés publics**

Le CTEP a salué un ciblage accru de la pérennité programmatique et financière dans les demandes de financement. Ces dernières attestent d'une réflexion approfondie sur le rôle des communautés par le biais d'une introduction délibérée des marchés publics. Toutefois, dans certains cas, il reste des défis à relever pour mettre en place la structure juridique nécessaire à la passation des marchés publics. En outre, malgré les difficultés globales liées aux financements, le CTEP considère comme encourageants un certain nombre d'exemples d'augmentation des financements nationaux (p. ex. prise en charge d'une plus grande part des coûts des produits) dans des pays à différents stades du continuum de développement, y compris dans des contextes d'intervention difficiles. Enfin, le CTEP a constaté des exemples prometteurs d'accords de financement innovants en complément du financement du Fonds mondial, notamment des synergies avec des investissements multilatéraux et le regroupement virtuel (« virtual pooling »).

À l'inverse, le CTEP a observé des problèmes de pérennité, par exemple lorsque la rémunération des agents du secteur public et des agents de santé communautaires était incluse dans les demandes de financement sans plan de transition vers un financement national. De plus, dans certaines demandes de financement, il y avait un manque d'informations fiables sur les dépenses de santé nationales (c.-à-d. le suivi des ressources) et une planification inadéquate de la pérennité financière. Le CTEP a également constaté des preuves d'investissements dans le renforcement des systèmes communautaires, alors que des obstacles structurels et juridiques, liés aux droits humains et aux réglementations n'ont pas encore été levés.

#### **Recommandations à l'intention des candidats et du Secrétariat sur la pérennité**

1. Les candidats doivent améliorer la visibilité de la pérennité financière grâce à une meilleure coordination au niveau du pays et à un suivi plus étroit des dépenses de santé et du financement national des ripostes au VIH, à la tuberculose et au paludisme.
2. Le CTEP conseille au Secrétariat d'être de plus en plus strict dans l'approbation des salaires et des compléments de salaire au niveau des subventions. Tout en veillant à l'adéquation de la rémunération des agents de santé communautaires, le Secrétariat devrait exiger un accord assorti d'un calendrier sur la manière dont ces salaires seront transférés aux budgets nationaux (directement par le gouvernement ou par le biais d'un marché public).
3. Il conviendrait que le Conseil d'administration et le Secrétariat du Fonds mondial continuent de faire usage de leur voix diplomatique pour engager le dialogue avec les gouvernements lorsque des environnements hostiles constituent un obstacle à une programmation efficace de la santé, dans le respect des droits humains et de la place de la société civile.

## **2. Contribution globale des demandes de financement à l'objectif de mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme**

### **2.1 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives au VIH**

Globalement, le CTEP constate une amélioration significative de la programmation proposée pour le VIH dans les pays adoptant les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA. De nombreux pays où l'épidémie est généralisée ont amélioré toutes les étapes de la prise en charge et, face aux épidémies concentrées, le ciblage des populations clés est de plus en plus marqué. Dans l'allocation, le CTEP a observé l'attention accrue accordée à la prévention ainsi qu'une précision et un centrage renforcés sur les programmes visant les adolescentes et les jeunes femmes et les populations clés et prioritaires.

La plupart des demandes de financement relatives au VIH présentaient de solides programmes de dépistage et de traitement, conformes aux orientations de l'OMS/des Nations Unies, et plusieurs comprenaient des innovations comme l'autodépistage, les consultations virtuelles (tirant souvent parti des occasions créées par la pandémie de COVID-19), l'intensification des composantes de la prévention combinée et des approches de prestation de services différenciés. Toutefois, le CTEP s'inquiétait d'une utilisation sous-optimale des données et des informations disponibles dans la justification des investissements des demandes de financement. L'établissement des priorités par les candidats s'est révélé difficile dans un contexte d'allocations limitées pour le VIH et de marges de manœuvre budgétaires réduites des pays. Cela explique que les demandes de financement ne répondent pas suffisamment aux besoins croissants liés au traitement antirétroviral et aux comorbidités, imputables à une longévité accrue.

#### **2.1.1 Prévention du VIH**

Le centrage accru sur la prévention constitue la première évolution clé de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028. Le CTEP a observé une hausse des investissements demandés pour la prévention du VIH, par rapport au précédent cycle d'allocation. Les modules de prévention du VIH représentent environ 730 millions de dollars US, soit 20 % des 3,6 milliards de dollars US alloués aux modules VIH durant les périodes 1 et 2 du CS7. Pourtant, des éléments importants de la prévention du VIH, notamment pour l'intensification de la prophylaxie préexposition et la prévention au sein des populations clés, figuraient dans la PAAR, y compris dans des pays essentiels et à fort impact. Le CTEP ne dispose pas d'informations suffisantes sur les investissements nationaux dans la prévention pour évaluer si les investissements accrus du Fonds mondial

dans la prévention sont accompagnés d'une augmentation des ressources nationales, car les tableaux des lacunes en matière de prévention sont incomplets et l'analyse du paysage de financement est limitée.

**Prophylaxie préexposition** : le CTEP a observé que l'accent était mis davantage sur la prophylaxie préexposition, dans des proportions plus ou moins ambitieuses. Le CS7 est le deuxième cycle de subvention qui offre des possibilités de prophylaxie préexposition plus solides aux candidats, mais l'échelle et le rythme de mise en œuvre sont souvent insuffisants pour produire un impact. Parmi les 60 demandes de financement comportant une composante VIH, 43 candidats mentionnaient spécifiquement des médicaments pour la prophylaxie préexposition ; six demandes seulement prévoyaient l'achat de cabotégravir à action prolongée, et six autres prévoyaient l'achat d'anneaux à base de dapivirine avec le soutien du Fonds mondial. Même parmi les demandes intégrant de nouvelles options pour la prophylaxie préexposition, le nombre d'unités et les budgets étaient très modestes. Le CTEP n'avait pas de visibilité sur les plans de prophylaxie préexposition dans les budgets nationaux. Il a observé également d'importantes lacunes dans la planification des programmes de prophylaxie préexposition, notamment une justification fondée sur des données insuffisante pour les cibles, une création de la demande inexistante auprès des populations clés, une offre destinée à certaines populations clés et zones géographiques, mais pas à d'autres, une éligibilité à certains services fixée à 18 ans dans des pays où l'incidence est élevée parmi les adolescents et les jeunes, et l'absence de stratégies pour atteindre les femmes enceintes et allaitantes au sein des populations clés et vulnérables.

**Populations clés et adolescentes et jeunes femmes** : le CTEP a constaté une meilleure utilisation des données et des orientations normatives afin d'établir les priorités de la prévention du VIH pour les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, en particulier dans les pays définis comme prioritaires par le Fonds mondial pour les adolescentes et jeunes femmes. Les personnes qui consomment des drogues forment un groupe à haut risque émergent et sont de plus en plus souvent incluses dans les demandes de financement de 22 pays (40 % de pays africains et 22 % de pays asiatiques à fort impact). Le CTEP a observé que certains pays prévoyaient pour la première fois de proposer des interventions de prévention aux personnes privées de liberté (répertoriées depuis 2022 comme une population clé distincte par l'OMS<sup>1</sup>) et que d'autres pays les avaient réintroduites afin que le Fonds mondial puisse combler les déficits de financement. En outre, les personnes transgenres et de diverses identités de genre étaient mentionnées dans les demandes de financement de 28 pays (44 % de pays africains, 16 % de pays asiatiques à fort impact et 16 % de pays d'Amérique latine et des Caraïbes, entre autres). Certains candidats mettront en place de nouveaux programmes pour les populations clés, par exemple le démarrage d'un traitement de substitution aux opiacés ou de la prestation

---

<sup>1</sup> OMS (2022). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.*

de services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans des pays qui criminalisent de tels rapports entre adultes consentants.

Malgré ces améliorations, le CTEP a observé que les populations clés identifiées dans les orientations normatives (personnes privées de liberté, consommateurs de drogues injectables, personnes transgenres et de diverses identités de genre et autres populations vulnérables comme les personnes déplacées de force) ne bénéficiaient pas toutes d'une attention suffisante. En outre, dans plusieurs demandes de financement, les programmes destinés aux populations clés (même s'ils sont planifiés) restent limités par des lacunes en matière de données, des estimations de taille de population trop basses entraînant la planification d'investissements insuffisants et des interventions retardées. Certains groupes de populations clés ont été exclus d'enquêtes ou de services auparavant disponibles dans certains pays, en raison de législations répressives. L'attention portée aux sous-populations, à l'intersectionnalité et aux connexions entre les diverses populations clés et vulnérables est insuffisante. Si le CTEP a salué l'utilisation de la version mise à jour en 2023 du document Aide à la prise de décision pour les investissements dans les programmes de prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes ([\*Decision-making Aide for Investments into HIV Prevention Programmes among Adolescent Girls and Young Women\*](#)) de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, des lacunes subsistent concernant la différenciation et le ciblage de précision, en particulier dans les contextes où l'incidence du VIH est faible à modérée.

Le CTEP a observé de bons exemples d'utilisation des fonds de contrepartie pour les populations clés : bonne couverture de la prophylaxie préexposition et promotion d'ensembles de services de prévention intégrés pour élargir la sensibilisation là où cela est pertinent et mobiliser de nouvelles technologies de l'information ou proposer un soutien en vue de surmonter les difficultés d'ordre juridique, social, économique et liées au genre qui limitent l'accès aux services et leur adoption. Il est établi que pour augmenter l'impact, certaines demandes de financement pour la reconduction de programmes s'appuient sur des enseignements tirés ou sur des plans visant à intensifier des approches novatrices expérimentées pendant le CS6.

Le CTEP constate encore que des occasions n'ont pas été saisies pour renforcer le centrage sur la personne et la sensibilisation des différentes populations mal desservies, dans certains cas en raison d'allocations limitées et d'un établissement des priorités difficile. Comme dans de précédents cycles de subvention, les importantes lacunes en matière de services concernent les infections sexuellement transmissibles, le dépistage de la tuberculose et la mise en relation, l'hépatite virale, la santé mentale et le soutien psychosocial, la violence fondée sur le genre, l'hormonothérapie pour mise en conformité avec le genre, les consommations émergentes d'alcool et de drogues (substances non opiacées notamment) et le « chemsex ». Le CTEP a constaté le faible nombre d'ensembles de services et d'approches adaptés et prioritaires pour les personnes présentant des

vulnérabilités et des risques concomitants. Le budget alloué à la prophylaxie postexposition était très variable d'une demande de financement à l'autre.

**Programmation relative aux préservatifs** : le CTEP a observé une redynamisation de la programmation relative aux préservatifs dans certains pays, mais malgré une charge de morbidité du VIH élevée, plusieurs demandes de financement ne prévoyaient pas des quantités et des variétés suffisantes de préservatifs et de lubrifiants pour répondre aux besoins et à la demande, en particulier parmi les populations clés.

### **2.1.2 Diagnostic, traitement et prise en charge**

Les résultats en matière de diagnostic, de traitement et de prise en charge du VIH sont en cours d'évaluation dans le cadre de l'analyse des cascades du continuum de soins. Si, dans de nombreux pays où l'épidémie est généralisée, les cascades s'améliorent et davantage de demandes de financement ont amélioré le ciblage des adolescentes et des jeunes femmes, le CTEP continue d'observer des lacunes en matière de données (ventilation par genre, âge, sous-population et zone géographique manquante, incohérente ou sous-utilisée) et des estimations incomplètes des tailles des populations clés), ces informations étant pourtant essentielles pour assurer une prévention de précision et se rapprocher plus vite des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA. Certains candidats ont encore des cascades particulièrement défaillantes et des plans insuffisants pour régler les difficultés à chaque niveau de la cascade. Plusieurs demandes de financement ne décrivent pas de façon assez détaillée comment les candidats assurent la prestation de services différenciés. Le CTEP a noté les insuffisances des cascades de prévention du VIH ; les données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les co-infections étaient en effet souvent manquantes. Des enquêtes biocomportementales, intégrées et épidémiologiques obsolètes, retardées et incomplètes conduisent à des estimations de taille et à une programmation inappropriées. Les demandes de financement témoignent d'une faible adoption de l'enquête de surveillance biocomportementale simplifiée dans les contextes d'intervention difficiles et là où les ressources sont limitées.

Le CTEP a observé qu'il aurait été possible de se montrer plus ambitieux concernant le dépistage et l'expansion du dépistage différencié, notamment du dépistage rapide, de l'autodépistage et du dépistage des proches ou assisté par le prestataire, dans certains contextes. Parmi les obstacles figurait souvent le manque de planification et de données solides pour le ciblage du dépistage différencié à fort impact. Certains candidats continuent de repousser l'adoption d'orientations normatives comme les algorithmes de dépistage et de diagnostic recommandés par l'OMS, la décentralisation des traitements antirétroviraux des structures de soins tertiaires ou secondaires et la planification de tests de la charge virale à plus grande échelle. Quarante-huit demandes de financement sur 60, dont certaines présentées par des pays à revenu intermédiaire et d'autres adaptées à la transition, qui financent la plupart des autres tests de dépistage rapide avec des ressources nationales, demandaient un financement pour l'autodépistage du VIH. Six pays à fort impact d'Asie et d'Afrique subsaharienne prévoyaient plusieurs options d'autodépistage du VIH. Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et centrale et des pays des portefeuilles ciblés prévoyaient des

financements relativement modestes pour les autotests, tandis que d'autres généralisaient le recours à cet outil, y compris dans les contextes d'intervention difficiles.

Le CTEP est préoccupé par la rétention limitée des patientes dans la cascade de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et par les progrès insuffisants de l'élimination de la transmission verticale dans plusieurs pays essentiels, à fort impact et ciblés, en particulier dans les contextes d'intervention difficiles. En outre, l'attention accordée à la triple élimination n'était pas suffisante dans les demandes de financement examinées durant les périodes 1 et 2.

Les budgets de 49 demandes de financement mentionnaient expressément le traitement du VIH et la prestation de services différenciés pour les enfants de moins de 15 ans. Toutefois, la finalisation de la cascade pédiatrique et l'analyse associée sont limitées. Les cibles précises et le centrage stratégique sur la recherche et la gestion des cas pédiatriques sont insuffisants ; l'utilisation d'une ventilation par âge plus fine est insuffisante pour les interventions adaptées, d'où des performances médiocres, une couverture antirétrovirale trop faible et l'absence d'interventions contre le VIH chez l'enfant dans des pays aux besoins non couverts. Les demandes de financement accordent souvent une attention insuffisante au VIH chez les adolescents, et gèrent de manière inadaptée les complexités du traitement et les difficultés d'observance dans ce groupe de population.

Le CTEP constate qu'un nombre croissant de budgets des demandes de financement intègrent le diagnostic et la prise en charge de la maladie à VIH à un stade avancé, avec une demande d'investissement totale de 89 millions de \$ US, soit 2,5 % des 3,6 milliards de dollars US alloués aux modules VIH. La prise en charge intégrée des co-infections et des comorbidités courantes chez l'adulte et l'enfant, avec un investissement total demandé de 144 millions de dollars US, représente 4 % des 3,6 milliards de dollars US alloués aux modules VIH.

Certains candidats, même ceux proches des cibles 95-95-95, n'ont pas saisi les occasions de s'attaquer à la maladie à VIH à un stade avancé et d'inclure l'intégration de la prise en charge des co-infections et des maladies non transmissibles. Le CTEP a également constaté un manque d'ambition pour mettre en œuvre des interventions visant à réduire le nombre de décès liés au sida, comme en témoigne une allocation budgétaire insuffisante pour des produits essentiels au traitement de la maladie à VIH à un stade avancé et à la prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH. Il a également observé que l'introduction du dolutégravir en traitement de deuxième intention et la question des variations dans les schémas thérapeutiques de deuxième intention du VIH n'avaient pas beaucoup progressé. Le CTEP manque de visibilité pour établir si des médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles sont fournis comme prévu par les systèmes de santé nationaux, et pour identifier d'éventuelles lacunes. Un seul pays incluait expressément une gamme de médicaments destinée à combattre les maladies non transmissibles. Le traitement de l'hépatite C était inclus dans 13 demandes de financement et 11 pays seulement prévoyaient d'utiliser la technologie de point de service pour les IST, le virus du papillome humain et l'hépatite virale (souvent en association avec la tuberculose). Deux pays seulement prévoyaient de s'équiper de cartouches GeneXpert pour *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*.

Quelques pays ont mis en place et décrit des systèmes efficaces pour éviter que des patients soient perdus de vue ou atteindre les patients perdus de vue et pour mesurer ou améliorer l'observance du traitement, en précisant que la cascade doit être un processus linéaire. De nombreuses demandes de financement ne décrivaient pas de façon assez détaillée comment elles créeront des synergies entre le financement du Fonds mondial et les investissements nationaux pour le dépistage, le traitement et la suppression de la charge virale.

### **2.1.3 Défendre et promouvoir des changements législatifs, pratiques, programmatiques et politiques**

Le CTEP a observé une évolution positive de l'allocation de ressources pour éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre, dont ceux ancrés dans la législation, notamment la criminalisation de certaines populations clés et vulnérables, la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes, la violence et d'autres difficultés socioculturelles. L'éducation juridique, les interventions et le soutien liés à violence fondée sur le genre sont plus souvent directement intégrés et budgétisés dans les ensembles de services de prévention du VIH, en particulier pour les populations clés, ce qui contribue à leur pérennité. Le CTEP a identifié trois demandes de financement qui envisageaient spécifiquement des réformes du droit pénal et d'autres réformes juridiques, dans le cadre de l'initiative « Lever les obstacles » et des fonds de contrepartie. En outre, le CTEP reconnaît et salue l'incorporation et l'utilisation croissantes des évaluations des programmes relatifs aux droits humains, des évaluations des questions de genre et de l'indice de stigmatisation dans les demandes de financement, qui contribuent au renforcement des ripostes au VIH. Sur un total de 60 demandes de financement pour le VIH, 39 pays avaient conduit une évaluation des questions de genre ces cinq dernières années. Toutefois, la qualité et l'utilisation de ces évaluations étaient variables. Les investissements visant à répondre aux besoins des populations clés, en particulier avec des interventions dirigées par la communauté, restent insuffisants et l'on constate une résurgence de la criminalisation des comportements liés à la transmission du VIH. La section 3.3 contient des observations plus détaillées sur l'équité, les droits humains et le genre.

#### **Recommandations aux candidats concernant le VIH**

##### *Prévention combinée de précision*

1. Adapter les ensembles de services de prévention du VIH aux besoins de segments précis des populations clés et prioritaires (les plus jeunes en particulier), en tenant compte de l'âge, du genre, des vulnérabilités particulières et de l'intersectionnalité des vulnérabilités. Les candidats doivent se fixer pour objectif d'élaborer des programmes de prévention combinée au budget bien établi. Cela implique de tenir compte de l'environnement juridique afin d'avoir un impact direct sur la capacité des populations clés à accéder aux services.
2. Accorder la priorité à la prophylaxie préexposition et en établir le budget, dans la demande de financement principale, surtout pour les populations clés et prioritaires les plus vulnérables.

3. Le CTEP encourage les candidats à se montrer plus ambitieux et à innover davantage dans les programmes de prévention. Les candidats doivent envisager d'étendre la programmation limitée du cabotégavir à action prolongée et des anneaux à base de dapivirine à d'autres populations et zones géographiques et identifier des gains d'efficacité pour financer l'intensification.
4. Passer en revue les orientations en matière de prévention, en particulier pour la programmation relative aux préservatifs, et encourager les candidats à atteindre les cibles de financement de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.

#### *Programmation relative aux populations clés*

5. En s'appuyant sur le contexte épidémiologique et la vulnérabilité, veiller à inclure des interventions et des budgets pour « toutes » les populations clés concernées, conformément aux Directives consolidées de l'OMS pour le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles pour les populations clés ([WHO Consolidated Guidelines for HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for Key Populations](#)).
6. Améliorer l'inclusion de toutes les communautés clés et vulnérables dans la prestation de services pour le VIH, les enquêtes et l'évaluation, en prenant en compte leurs besoins spécifiques.
7. Faire preuve de plus d'ambition et investir davantage pour déployer la réduction des risques à une échelle qui produira un impact et pour l'assurance qualité associée. Cela concerne notamment les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les traitements de substitution aux opiacés, la distribution de naloxone et les programmes relatifs aux droits humains, compte tenu des niveaux élevés de criminalisation de la possession et de la consommation de drogues.

#### *Fourniture d'un diagnostic, d'un traitement et d'une prise en charge de qualité centrés sur la personne*

8. Continuer à améliorer la disponibilité et l'utilisation de données sur l'incidence, la charge de morbidité, les cascades et d'autres données ventilées par zone géographique, population clé et sous-population clé, genre et âge, en tenant compte de la charge de morbidité globale de la maladie et de la couverture des interventions pour d'autres comorbidités associées, pour cibler les investissements plus précisément.
  - a. En l'absence de données précises, utiliser des données qualitatives comme les évaluations des questions liées aux droits humains et au genre, pour une vérification objective du contexte et des facteurs sociaux.
  - b. En l'absence d'estimations sur les populations clés, utiliser la modélisation (si un financement est disponible) et les données secondaires disponibles, en recourant à l'outil de suivi des résultats de la prévention du Fonds mondial<sup>2</sup>.
9. S'assurer que les enquêtes biocomportementales et les estimations de taille de population sont à jour, réalisées en priorité pour être disponibles en temps utile, qu'elles couvrent l'ensemble des populations et qu'elles sont utilisées pour guider la mise en œuvre des programmes. Alléger les enquêtes, compte tenu des contraintes budgétaires.
10. Différencier les ensembles de services de soins selon le contexte épidémiologique, en détaillant chaque étape de la cascade et des stratégies en vue d'améliorer le traitement normatif (même s'il n'est pas financé par le Fonds mondial) et de combler ses lacunes, et en donnant plus d'informations dans les demandes de financement sur la prestation de services différenciés fondée sur la population et la zone géographique.

<sup>2</sup> Annexe 2 du document du Fonds mondial [Measurement Guidance for Global Fund Supported HIV Prevention Programs](#), 2022.

11. Planifier et accélérer le démarrage rapide du traitement antirétroviral, la transition vers des schémas thérapeutiques à base de dolutégravir (pour adultes et enfants) et l'accès au test de la charge virale et au diagnostic précoce chez le nourrisson.
12. Créer des plans plus détaillés sur les obstacles connus du dépistage et les défis associés, comme la mise en relation après l'autodépistage du VIH.
13. Renforcer le ciblage sur la qualité des soins, l'observance du traitement, la prise de contact avec les patients perdus de vue et la longévité.

#### *Élimination de la transmission verticale*

14. Réduire les fuites dans les cascades de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, à l'aide de stratégies claires. Les interventions correspondantes figureront dans la demande de financement principale plutôt que dans la PAAR. Dans les pays près d'éliminer la transmission verticale, s'intéresser davantage aux périodes périnatale et postnatale, ainsi qu'aux fuites dans la cascade.

#### *Optimisation du traitement*

15. Adopter les directives 2022 de l'OMS pour le diagnostic, la prévention et la prise en charge de la maladie cryptococcique chez les adultes, les adolescents et les enfants vivant avec le VIH ([2022 WHO Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children with HIV](#)) et envisager l'ajout de la flucytosine au régime thérapeutique privilégié.
16. S'assurer qu'un budget suffisant est prévu pour la prise en charge, le diagnostic et le traitement des patients hospitalisés, en vue de la prise en charge d'infections opportunistes potentiellement mortelles.
17. Se préparer à l'adoption plus large de schémas thérapeutiques à base de dolutégravir, y compris chez les personnes sous traitement de première intention dont la charge virale reste détectable, et de schémas thérapeutiques de deuxième intention basés sur des inhibiteurs de protéase, et agir rapidement quand les nouvelles directives normatives pertinentes seront disponibles. Cette approche sera plus efficace au regard des coûts et simplifiera le suivi de la pharmacorésistance.

#### *Prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent*

18. Se concentrer à nouveau sur les enfants et les adolescents vivant avec le VIH à chaque étape : dépistage, traitement, observance, test et suppression de la charge virale. Ces activités doivent être reliées à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et aux services de santé maternelle et infantile.
19. Accélérer l'adoption de nouvelles orientations normatives concernant le traitement pédiatrique. Prendre en considération les nouvelles recommandations posologiques dans les futures directives pour favoriser l'adoption accélérée des schémas thérapeutiques à base de dolutégravir qui sont recommandés.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires concernant le VIH**

### *Prévention combinée de précision*

1. Les partenaires techniques doivent aider les pays à adapter la programmation en matière de préservatifs en fonction des nouvelles directives, en soutenant des stratégies visant à accroître l'utilisation des préservatifs et en élaborant des stratégies de pérennité connexes.

### *Programmation relative aux populations clés et aux adolescentes et jeunes femmes*

2. Les partenaires techniques doivent collaborer avec le Secrétariat du Fonds mondial pour garantir que de nouvelles directives améliorées sont fournies et que les candidats bénéficient d'un soutien pour élaborer des programmes destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes. Il faut en particulier encourager une ventilation accrue en fonction du risque et la différenciation associée des interventions pour cette population, en mettant l'accent sur les résultats de la prévention du VIH.
3. Le CTEP apprécie l'outil Aide à la prise de décision pour investir dans la prévention du VIH auprès des adolescentes et des jeunes femmes (*Decision-Making Aide for Investments into HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women*) (Coalition mondiale pour la prévention du VIH et ONUSIDA, avril 2023), qui est efficace pour établir les priorités, et recommande d'élaborer d'autres outils analogues visant d'autres groupes clés et vulnérables.
4. Les partenaires techniques doivent partager les meilleures pratiques régionales sur la cartographie des populations clés, la programmation et l'assurance qualité, notamment une assistance technique pour les programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables en Afrique subsaharienne.
5. L'ONUSIDA, avec d'autres partenaires techniques et avec le Secrétariat du Fonds mondial, doivent soutenir une disponibilité et une cohérence accrues des données sur la couverture de la prévention du VIH pour les populations clés et sur les investissements associés de toutes les sources de financement.

### *Diagnostic, traitement et prise en charge de qualité centrés sur la personne*

6. Les partenaires doivent soutenir une meilleure utilisation de toutes les données disponibles, notamment des analyses épidémiologiques et des analyses des cascades, en s'intéressant tout particulièrement aux cascades de prévention du VIH et avec une ventilation suffisante des cascades de prévention et de soins par genre, âge, zone géographique et sous-population.
7. Il faut aider les pays à mettre à jour leurs algorithmes de diagnostic du VIH, en particulier dans le contexte de l'évolution de l'épidémie.
8. Les partenaires techniques doivent produire plus d'orientations et d'études de cas sur les obstacles fréquents au dépistage différencié et sur les stratégies adoptées par les pays pour les surmonter.
9. Il convient d'élaborer plus d'orientations sur la planification de la transition vers le traitement au dolutégravir, y compris pour les enfants.
10. Les partenaires et le Secrétariat doivent collaborer de toute urgence avec les candidats pour accélérer l'adoption d'orientations normatives.

### *Optimisation du traitement*

11. Le Fonds mondial, les partenaires techniques et d'autres donateurs majeurs doivent mettre les messages et les politiques de financement en conformité avec les recommandations relatives à la maladie à VIH à un stade avancé, aux CD4 et à la prise en charge des co-infections et des comorbidités dans des contextes de restrictions financières, pour garantir l'efficacité de la prise en charge clinique du VIH.

### *Prévention de la transmission de la mère à l'enfant et prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent*

12. Les partenaires et le Secrétariat doivent collaborer avec les candidats pour accélérer et soutenir l'adoption d'orientations normatives pour le traitement pédiatrique.

13. Le CTEP recommande un suivi rigoureux pour régler les problèmes de mise en œuvre courants afin de garantir que la cascade de prévention de la transmission de la mère à l'enfant progresse, que les objectifs de couverture du traitement pour les enfants sont atteints et que l'adoption de schémas thérapeutiques à base de dolutégravir s'améliore.

## **2.2 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives à la tuberculose**

Le CTEP salue les efforts continus des candidats pour identifier davantage de personnes porteuses de la tuberculose en déployant de nouvelles technologies de diagnostic et en adoptant une approche différenciée adaptée au contexte de leur pays pour atteindre les populations clés et vulnérables. Cependant, pour optimiser l'impact de cette identification, il faut accorder plus d'attention à la mise en place d'un continuum de soins de qualité pour la tuberculose, en comblant les lacunes dans et entre les cascades de prévention, de diagnostic et de traitement de cette maladie.

### **2.2.1 Trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante**

Le CTEP a observé un recours accru à la radiographie thoracique numérique, avec ou sans logiciel de détection assistée par ordinateur, et aux diagnostics rapides recommandés par l'OMS pour trouver les personnes porteuses de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante manquant à l'appel. De plus, des demandes de financement toujours plus nombreuses incorporent des approches innovantes comme la recherche active de cas parmi les populations clés et vulnérables, et la participation du secteur privé et de la société civile à la programmation relative à la tuberculose. Le CTEP a constaté l'inclusion des quatre étapes de la cascade du diagnostic de la tuberculose, définie comme la norme par l'OMS pour l'accès universel aux diagnostics rapides de la tuberculose<sup>3</sup>. De plus, il a observé que les fonds de contrepartie pour la tuberculose avaient eu un effet catalyseur sur les interventions dans les 16 pays éligibles (considérés comme prioritaires par le Fonds mondial dans le cadre de la lutte contre la tuberculose) des périodes 1 et 2, et avaient permis à ces candidats de planifier un impact supplémentaire en intensifiant la mise en œuvre auprès des populations et dans les zones géographiques supplémentaires ciblées.

Le CTEP prend note des progrès ci-dessus, mais observe une adaptation limitée de la recherche de cas de tuberculose dans les populations clés et vulnérables dans divers contextes. Souvent par exemple, la couverture des zones reculées et des bidonvilles n'était pas l'échelle. Les demandes de financement saisissaient rarement les occasions d'investir dans la recherche de la tuberculose chez l'enfant et chez les personnes présentant des comorbidités comme la malnutrition, un diabète sucré et la silicose, notamment dans les mines. Des lacunes ont été observées également concernant la mise sous traitement de personnes diagnostiquées tuberculeuses. Les demandes de financement décrivaient rarement des approches de suivi et d'évaluation intégrés, par exemple comment les

<sup>3</sup> WHO standard: universal access to rapid tuberculosis diagnostics (18 avril 2023).  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071315>

données de différents canaux d'identification de personnes porteuses de la tuberculose seront intégrées aux systèmes d'information sanitaire et utilisées régulièrement dans l'analyse de la cascade des soins de la tuberculose.

### **2.2.2 Intensifier la prévention de la tuberculose**

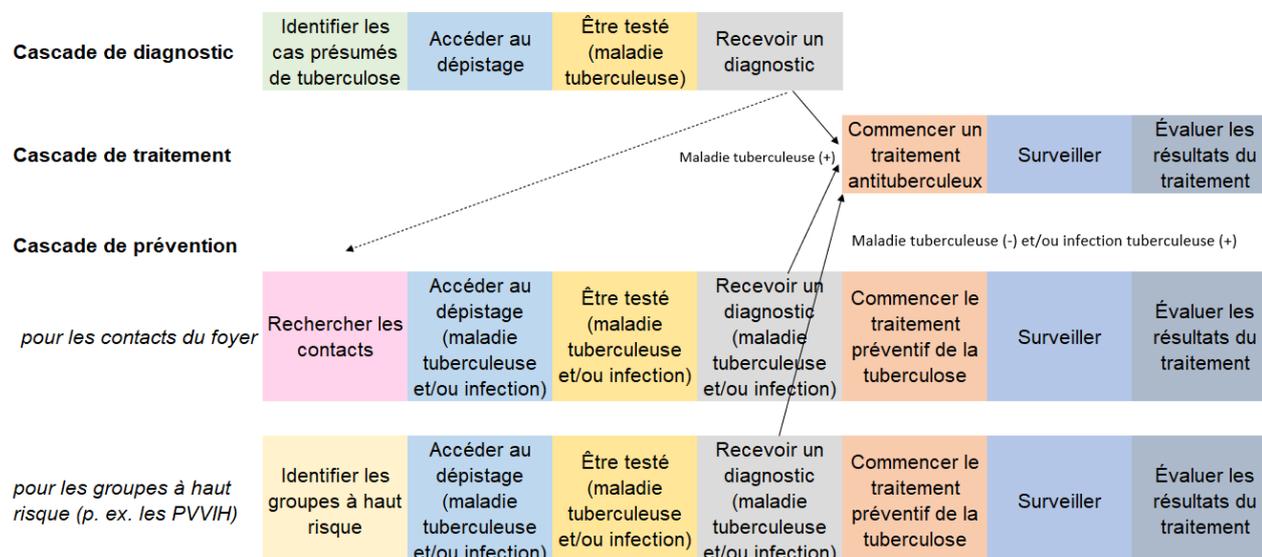
Le CTEP a noté la priorité accrue donnée au traitement préventif de la tuberculose, notamment à l'adoption de nouveaux schémas thérapeutiques plus courts pour les PVVIH nouvellement prises en charge et pour les enfants de moins de cinq ans qui sont des contacts familiaux de personnes dont la tuberculose a été confirmée bactériologiquement. En outre, certaines demandes de financement prévoyaient d'étendre l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose à tous les contacts familiaux des cas de tuberculose confirmés bactériologiquement et à d'autres groupes à haut risque dans chaque contexte. Toutefois, les objectifs n'étaient pas assez ambitieux, compte tenu de la disponibilité de nouveaux schémas thérapeutiques préventifs plus courts et du nombre croissant de contacts, les diagnostics rapides recommandés par l'OMS permettant d'identifier davantage de personnes porteuses de la tuberculose. Seules quelques demandes de financement décrivaient comment le suivi et l'évaluation de la mise sous traitement préventif de la tuberculose et de l'achèvement du traitement seraient assurés, y compris pour les réactions indésirables aux médicaments. De plus, la plupart des demandes ne contenaient pas d'informations sur la cascade de recherche de contacts et le traitement préventif de la tuberculose. Quelques candidats seulement prévoient de mettre en place de nouveaux outils de diagnostic de l'infection tuberculeuse comme les tests cutanés de dépistage antigénique de la tuberculose et les tests de libération de l'interféron gamma. L'accessibilité limitée à ces outils ne devrait pas freiner l'accès au traitement préventif de la tuberculose des PVVIH et des enfants de moins de cinq ans qui sont des contacts familiaux de personnes atteintes de tuberculose active, puisque ce n'est pas une condition préalable au démarrage d'un tel traitement.

### **2.2.3 Améliorer la qualité des services de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble de la cascade des soins**

L'assurance qualité vise à combler systématiquement les écarts entre les pratiques et les normes souhaitées, au moyen de décisions de gestion, de l'amélioration des processus et de la reconception de la qualité. Le CTEP félicite les nombreux candidats qui reconnaissent la nécessité d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge de la tuberculose pour améliorer les résultats du traitement et qui proposent des interventions pour y parvenir plus vite, en adoptant des innovations (autres que les produits) comme des services intégrés centrés sur la personne, des technologies numériques favorisant l'observance et la participation communautaire.

Toutefois, le CTEP a également observé que le maintien de la qualité des services de prise en charge et de traitement de la tuberculose laissait à désirer ; par exemple, faute d'informations, l'évaluation de la prise en charge des adolescents porteurs de la tuberculose est insuffisante. Très peu de demandes de financement prévoyaient la surveillance et la gestion actives de la pharmacovigilance (aDSM) pour le traitement de la tuberculose (en

particulier parmi les personnes porteuses de tuberculose pharmacorésistante), qui devraient pourtant faire partie intégrante d'une prise en charge de qualité de la maladie. La plupart des candidats ont créé des mécanismes autonomes et fragmentés pour surveiller et améliorer chaque cascade séparément (prévention, diagnostic et traitement, voir la figure ci-dessous), sans identifier ni combler les lacunes des cascades.



## 2.2.4 Déployer de nouveaux outils pour combler les lacunes du continuum de soins

La stratégie du Fonds mondial (2023-2028) met davantage l'accent sur l'accélération du déploiement équitable d'innovations et sur l'accès à celles-ci pour combler rapidement les lacunes du continuum de soins de la tuberculose. À cette fin, il est important de mettre en œuvre des outils novateurs de prise en charge de la maladie, et de les mettre à l'échelle en temps opportun. Le CTEP a observé que tous les candidats avaient adopté au moins un des outils et innovations les plus récents (tableau ci-dessous)<sup>4</sup> dans leurs demandes de financement pour accélérer leurs interventions dans le cadre de la programmation relative à la tuberculose, en comblant leurs lacunes de manière efficace et efficiente.

<b>Dépistage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiographie thoracique numérique avec ou sans logiciel de détection assistée par ordinateur</li> <li>• Tests cutanés de dépistage antigénique de la tuberculose</li> </ul>
<b>Diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WRD</li> <li>• Tests LF-LAM pour les PVVIH</li> <li>• LPA pour les médicaments de première et de deuxième intention contre la tuberculose</li> </ul>

<sup>4</sup> Note d'information du Fonds mondial : Tuberculose, période d'allocation 2023-2025 (29 juillet 2022) [https://www.theglobalfund.org/media/8812/core\\_tuberculosis\\_infonote\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/8812/core_tuberculosis_infonote_fr.pdf)

<b>Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schémas thérapeutiques oraux contre la tuberculose pharmacorésistante (schémas de six mois inclus)</li> <li>• Schéma thérapeutique de quatre mois contre la tuberculose pharmacosensible bénigne chez les enfants</li> <li>• Combinaisons à dose fixe et formulations pédiatriques pour toutes les formes de traitement contre la tuberculose</li> <li>• Technologies numériques d'observance du traitement</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelles combinaisons thérapeutiques plus courtes (3HP, 1HP et 3HR)</li> </ul>

Toutefois, le CTEP a également observé que l'établissement des priorités et l'optimisation de nouveaux outils ou innovations s'étaient révélés difficiles pour certains candidats, compte tenu du manque de ressources disponibles et des capacités limitées du système de santé. Des arbitrages en fonction des ressources disponibles ont amené des candidats à proposer un déploiement limité des nouveaux outils. Par exemple, de nombreuses demandes de financement prévoyaient de déployer la radiographie thoracique numérique avec ou sans conception assistée par ordinateur pour le dépistage de la tuberculose et les diagnostics rapides recommandés par l'OMS (GeneXpert, Truenat, LAMP) afin d'identifier davantage de personnes porteuses de la tuberculose. Cependant, la couverture proposée des personnes ayant accès à ces outils était limitée dans l'allocation et relevait essentiellement de la PAAR.

Plusieurs candidats n'avaient pas planifié comment ils optimiseraient l'utilisation efficace et efficiente des nouveaux outils et des innovations avec des ressources limitées et dans le contexte de leur système de santé. Par exemple, certains prévoyaient de déployer les diagnostics rapides recommandés par l'OMS sans plan de maintenance et d'optimisation du réseau de laboratoires pour le diagnostic. D'autres prévoyaient d'acquérir des équipements de radiographie thoracique numérique sans avoir défini des algorithmes de dépistage clairs et sans disposer du personnel adéquat pour interpréter les résultats, ou d'adopter de nouveaux régimes thérapeutiques et diagnostics sans avoir suffisamment préparé la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

### **2.2.5 Défendre et promouvoir des changements législatifs, pratiques, programmatiques et politiques**

Le CTEP a reconnu que les candidats avaient identifié les populations clés et vulnérables à haut risque de tuberculose (hommes, enfants, adolescents, personnes privées de liberté, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, migrants, mineurs, etc.) au moyen d'une analyse épidémiologique et qu'ils avaient défini une approche différenciée pour atteindre différentes populations et orienter celles qui en ont besoin vers une prise en charge de la tuberculose. Toutefois, certaines populations clés et vulnérables restent confrontées à des obstacles entravant l'accès aux services de recherche de cas dans la communauté et dans les structures de santé (stigmatisation et discrimination, barrière de la langue, éloignement, frais à la charge des patients et frais de transport trop élevés). La plupart des candidats

reconnaissent que la couverture du traitement est faible pour les enfants et les adolescents porteurs de la tuberculose (par rapport aux adultes), mais manquent d'ambition et ne prévoient pas suffisamment d'interventions stratégiques pour combler cette énorme lacune.

La moitié des candidats environ ont mené des évaluations des questions de genre spécifiques à la tuberculose et d'autres évaluations relatives aux communautés, aux droits humains et au genre, ces cinq dernières années ou dans le cadre du processus d'élaboration du dernier plan stratégique national en date, et proposent des interventions et des activités répondant directement aux différences, aux inégalités ou aux obstacles liés au genre identifiés dans ces évaluations. Des exemples montrent que les évaluations ont été utilisées efficacement pour proposer des interventions innovantes, y compris dans les prisons et d'autres lieux fermés. Toutefois, l'utilisation des conclusions et des recommandations des évaluations relatives aux droits humains et au genre pour étayer des interventions n'est pas optimale ; en effet, des lacunes flagrantes persistent concernant l'utilisation des recommandations pour hiérarchiser les interventions.

### **Recommandations aux candidats concernant la tuberculose**

*Trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante*

1. Élaborer les approches et les algorithmes de dépistage pour les populations clés et vulnérables ciblées ; les suivre et les évaluer afin de répondre au besoin d'approches globales pour concevoir et soutenir l'ensemble de la cascade de diagnostic.
2. Envisager une recherche opérationnelle pour faciliter la sélection de l'algorithme le mieux adapté au dépistage et à la liaison avec le diagnostic et les soins, et mettre en œuvre des interventions ciblées sur les secteurs géographiques et les populations appropriés pour optimiser les résultats.
3. Utiliser systématiquement les selles pour les diagnostics rapides recommandés par l'OMS afin de détecter la tuberculose chez les enfants, et les urines pour le test TB-LAM (lipoarabinomannane) afin de détecter la maladie chez les PVVIH.
4. Positionner clairement de nouveaux outils de diagnostic de l'infection tuberculeuse dans la cascade de prévention de la maladie et mettre en place la structure nécessaire pour soutenir leur adoption, y compris la formation des agents de santé, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, l'enregistrement et la communication de l'information et l'assurance qualité.
5. Analyser la cascade de diagnostic de la tuberculose pour identifier et réduire les lacunes des diverses stratégies de recherche de cas, dans les structures de santé et dans les communautés, afin d'améliorer le continuum de soins.
6. Lorsque cela est pertinent, créer des registres des cas présumés de tuberculose en intégrant des données provenant de différents points d'entrée et approches.
7. Utiliser des taux de cas présumés de tuberculose pour 100 000 habitants et des taux de positivité des échantillons d'expectoration (p. ex. proportion de personnes présentant une tuberculose confirmée bactériologiquement dans la population totale des personnes disposant de résultats d'analyse d'expectoration) pour mieux comprendre la qualité des services de recherche de cas de tuberculose dans les structures de santé et les communautés, assurer la prévention et soutenir les personnes perdues de vue entre le diagnostic et le traitement.

### *Intensifier la prévention de la tuberculose*

8. Fixer des objectifs plus ambitieux concernant la fourniture d'un traitement préventif de la tuberculose afin d'optimiser l'impact de l'investissement.
9. Définir un mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose pour garantir l'identification des cibles, le dépistage, le démarrage et l'achèvement du traitement sans effets indésirables liés aux médicaments. En outre, ce suivi du traitement préventif de la tuberculose doit être relié au suivi et à l'évaluation i) de l'enquête sur les contacts familiaux et ii) de la prise en charge de nouvelles PVVIH comme points d'entrée dans la cascade de prévention de la tuberculose.

### *Améliorer la qualité des services de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble de la cascade des soins*

10. S'assurer qu'une prise en charge centrée sur la personne (notamment pour les personnes porteuses de la tuberculose présentant des comorbidités comme l'infection à VIH et le diabète sucré) et un soutien à l'observance sont assurés à l'aide d'innovations (autres que les produits) et reconnaître le besoin de services adaptés aux jeunes pour les adolescents porteurs de la tuberculose.
11. Identifier les causes principales des résultats indésirables chez les personnes porteuses de tuberculose pharmacorésistante, si elles ne sont pas encore connues, et élaborer des approches pour les supprimer.
12. Assurer la pharmacovigilance (surveillance et gestion) pour le traitement de la tuberculose, en particulier chez les personnes porteuses de tuberculose pharmacorésistante.
13. Intégrer les cascades autonomes de prévention, de diagnostic ou de traitement de la tuberculose à un continuum de prise en charge de la tuberculose et les analyser pour faciliter l'identification des lacunes à combler. Cette mesure doit être suivie des interventions nécessaires pour établir des liens et fournir un soutien, de sorte que les cas présumés de tuberculose identifiés puissent démarrer un traitement et le mener à son terme, et que les PVVIH et les contacts familiaux des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés puissent démarrer un traitement préventif et le suivre jusqu'au bout.

### *Défendre et promouvoir des changements législatifs, pratiques, programmatiques et politiques*

14. Mettre en œuvre une approche différenciée de la prestation de services aux populations clés et vulnérables, notamment aux enfants et aux adolescents, pour lever les obstacles les empêchant d'accéder aux services de prise en charge de la tuberculose.
15. Donner la priorité aux évaluations des questions de genre spécifiques à la tuberculose et aux autres évaluations en matière de communautés, de droits humains et de genre pour étayer les changements qu'il est nécessaire d'apporter à la législation, aux programmes et aux pratiques.
16. S'assurer que les conclusions et les recommandations des évaluations relatives aux communautés, aux droits humains et au genre se traduisent en interventions concrètes pour combler les lacunes et plaider en faveur d'une évolution des politiques, selon le cas.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires concernant la tuberculose**

*Trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante*

1. Les partenaires techniques doivent fournir l'assistance technique et soutenir la recherche opérationnelle pour produire les cascades et définir les algorithmes optimaux qui relieront les approches communautaires et celles ciblant la population au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose.
2. Les partenaires techniques doivent soutenir l'établissement d'un flux de données intégré depuis la communauté et les interventions ciblant la population pour rechercher les personnes atteintes de la tuberculose « manquant à l'appel » vers le système général de gestion des informations sur la tuberculose dans les structures de santé et analyser ces données pour combler les lacunes des cascades de diagnostic et de traitement.
3. Collaborer davantage avec les partenaires techniques concernés qui travaillent sur la programmation ciblant les enfants et les adolescents, comme l'UNICEF, pour accélérer les actions contre la tuberculose chez l'enfant.

*Intensifier la prévention de la tuberculose*

4. Les partenaires techniques doivent fournir une assistance technique aux candidats pour i) planifier et atteindre des objectifs de traitement préventif de la tuberculose plus ambitieux, ii) mettre en place le mécanisme de suivi et d'évaluation des progrès des interventions de traitement préventif de la tuberculose dans le cadre de la cascade de prévention du VIH et iii) créer un environnement propice à l'introduction et au déploiement de nouveaux outils de diagnostic de l'infection tuberculeuse pour la prise de décision concernant la fourniture du traitement préventif de la tuberculose.

*Améliorer la qualité des services de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble de la cascade des soins*

5. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à maximiser l'impact de l'identification d'un nombre accru de personnes porteuses de la tuberculose en veillant à ce que celles-ci démarrent un traitement et le suivent jusqu'au bout, en prévenant la pharmacorésistance et en améliorant la qualité de la prise en charge de la tuberculose, notamment la surveillance des effets indésirables des médicaments et des comorbidités de chaque personne porteuse de la maladie.
6. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à construire et analyser les données de la cascade des soins de la tuberculose disponibles à chaque étape (diagnostic, traitement et prévention).

*Déployer de nouveaux outils pour combler les lacunes du continuum de soins*

7. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à sélectionner les nouveaux outils et les innovations à déployer en premier dans leur contexte, compte tenu des ressources disponibles, et à reconcevoir leur système pour que ces outils et innovations aient un impact maximum sur leurs programmes.
8. Les partenaires techniques et le Fonds mondial doivent accorder une priorité encore plus élevée à la tuberculose dans l'orientation des marchés pour réduire le coût des nouveaux outils et des innovations, l'établissement des priorités étant compliqué pour les candidats qui disposent de ressources limitées.

## **2.3 Observations du CTEP sur les demandes de financement relatives au paludisme**

Si certains pays constatent des avancées encourageantes que reflètent les demandes de financement relatives au paludisme de 2023, concernant en particulier l'élimination dans les contextes à faible transmission, d'autres observent une stagnation ou un recul de la réduction de la charge de morbidité de la maladie, en particulier ceux où cette charge est élevée. En général, le CTEP a constaté une évolution positive vers une stratification accrue et l'adaptation des interventions à l'échelle infranationale, même s'il faut continuer de progresser dans ce domaine. Il a observé que les enveloppes de financement des pays pour le cycle de financement en cours étaient insuffisantes pour permettre à toutes les populations à risque d'accéder au diagnostic, au traitement et à la lutte antivectorielle. Les ressources sont insuffisantes dans de nombreux pays pour financer une couverture adéquate des interventions essentielles et il est nécessaire d'en mobiliser d'autres car cette situation représente un risque important pour les progrès globaux.

Les observations du CTEP sont présentées dans les sept catégories principales ci-dessous.

### **2.3.1 Couverture de la lutte antivectorielle**

Le CTEP a constaté que des pays s'efforçaient de combiner au mieux la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent et les moustiquaires imprégnées d'insecticide afin d'optimiser l'efficacité et le rapport coût-efficacité, et de couvrir complètement les populations à risque. Cependant, dans plusieurs pays, le budget d'allocation destiné à la lutte antivectorielle est insuffisant pour couvrir toutes les populations à risque (avec des moustiquaires ou avec la pulvérisation). Dans ce contexte, le CTEP a constaté ce qui suit :

- Dans certaines régions, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, plus coûteuse, est utilisée au lieu des moustiquaires imprégnées d'insecticide de prochaine génération, sans justification épidémiologique claire, ce qui réduit la couverture de la population globale possible avec le budget disponible.
- Des activités essentielles en matière de lutte antivectorielle figurent dans la PAAR, tandis que d'autres, moins prioritaires, figurent dans le budget d'allocation.

Se conformant à de précédentes demandes du CTEP, certains candidats ont remplacé la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent par des moustiquaires imprégnées d'insecticide efficaces pour améliorer la couverture, ou prévoient de le faire.

De nombreux candidats sont confrontés à la résistance des vecteurs aux pyréthrinoïdes. La base sur laquelle repose le choix de la solution la mieux adaptée (moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée à double action ou traitées au butoxyde de pipéronyle) reste peu claire. Les recommandations de l'OMS suggèrent, en se fondant sur des preuves limitées, que les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée à double action sont préférables ; elles sont aussi légèrement plus chères, ce qui pourrait empêcher d'atteindre une couverture totale. De plus, et c'est un motif de préoccupation, il n'est pas

certain que ces moustiquaires restent efficaces pendant les trois années du cycle de remplacement recommandé (campagnes de distribution de masse).

### **2.3.2 Accès équitable à des diagnostics précoces et à des traitements de qualité**

Le CTEP a observé que certains pays élargissaient considérablement l'accès à la gestion des cas et à la prophylaxie, au moyen d'une prise en charge et d'efforts communautaires pour surmonter les difficultés d'accès que rencontrent les populations vulnérables. Toutefois, il a identifié plusieurs problèmes.

Comme pour la lutte antivectorielle, une partie du budget pour la gestion essentielle des cas dans les populations à risque figure souvent dans la PAAR. Une couverture complète prévoyant la gestion essentielle des cas doit être une priorité du budget d'allocation, quand les ressources le permettent, et devrait inclure les produits et les mécanismes d'orientation des formes graves de la maladie.

Le traitement préventif intermittent pendant la grossesse est souvent inadapté et sa couverture faible, en particulier pour une troisième visite, et les plans clairement financés pour corriger cette situation sont insuffisants.

Certains pays prévoient d'utiliser plusieurs combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine de première intention pour combattre une résistance parasitaire croissante et préoccupante. Le CTEP note les points suivants :

- Le recours à plusieurs schémas thérapeutiques, s'il est potentiellement justifié dans les grands pays où la résistance est documentée, complique l'exécution et la formation et peut accroître les coûts globaux. Le choix des médicaments antipaludiques doit être mis en œuvre de manière stricte, conformément aux orientations techniques de l'OMS.
- Lorsque des pays ajoutent de nouveaux schémas thérapeutiques ou changent de type de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine, l'expérience de l'approvisionnement et le support technique d'autres pays ayant récemment emprunté la même voie sont susceptibles d'améliorer les résultats.

Certains pays envisagent l'administration massive de médicaments en vue d'une élimination infranationale. Le CTEP fait remarquer que cela n'entraînerait que des réductions temporaires de la charge de morbidité, en raison de la réintroduction du paludisme à partir de zones voisines.

La montée en puissance des délétions des gènes *hrp2/hrp3* (HRP2) renforce la nécessité d'un suivi rapproché de la sensibilité des tests de diagnostic rapide détectant la protéine HRP2, et de l'accès aux capacités de diagnostic moléculaire pour suivre les niveaux des délétions des gènes.

### **2.3.3 Mise en œuvre d'interventions adaptées à l'échelle infranationale**

Le CTEP a constaté qu'un nombre accru de demandes de financement contiennent une stratification détaillée du risque de paludisme à l'échelle nationale (risque par zone géographique et population notamment), et que plusieurs pays hiérarchisent et adaptent leurs interventions en vue d'optimiser l'impact en se fondant sur cette stratification.

Certains pays disposant de données stratifiées n'ont pas adapté leurs programmes en conséquence. Cela est pourtant très important dans les zones où la charge de morbidité stagne ou se dégrade et dans celles où le paludisme est quasiment éliminé. En plus d'une adaptation aux zones géographiques, un ciblage spécifique permettrait d'atteindre les groupes de population mal desservis qui accèdent difficilement aux services ou en sont exclus.

Lorsque les ressources sont insuffisantes, les candidats tireraient profit du soutien et des conseils des partenaires techniques pour donner la priorité à la couverture complète d'une lutte antivectorielle efficace et efficiente et à l'accès à une gestion des cas efficace et efficiente dans les populations les plus fortement touchées. Cela permettrait d'optimiser l'impact sur la mortalité liée au paludisme, puis d'élargir les interventions en les adaptant à l'échelle infranationale. Tirer parti de l'expérience d'autres pays ayant établi les priorités avec succès et adapter la mise en œuvre peut favoriser l'optimisation de l'impact.

### **2.3.4 L'élimination de la maladie en ligne de mire**

Le CTEP reconnaît qu'un nombre croissant de pays pratiquent une stratification à l'échelle infranationale et adaptent les interventions pour combattre les foyers et les flambées dans les zones où le paludisme est quasiment éliminé, conformément aux orientations de l'OMS.

Cependant, certains pays doivent choisir entre soutenir des interventions essentielles dans les zones à charge de morbidité élevée ou consacrer des ressources au renforcement des stratégies d'élimination à l'échelle infranationale. Le CTEP fait remarquer que ce renforcement ne doit pas se faire au détriment des interventions essentielles assurées dans des zones de transmission stable.

Dans les zones où le paludisme est quasiment éliminé, on constate que les recommandations de l'OMS ne sont pas totalement respectées. Si une adaptation est nécessaire localement, il faut avant tout veiller au maintien d'un suivi, de diagnostics, d'une évaluation et d'une riposte cohérents avec les enquêtes sur les cas de paludisme, en adoptant la stratégie 1-3-7 proposée par Cao *et al.*<sup>5</sup> ou un cadre approchant, ainsi que les meilleures pratiques recommandées par l'OMS.

---

<sup>5</sup> Cao J., Sturrock H. J. W., Cotter C., Zhou S., Zhou H., Liu Y. *et al.* *Communicating and monitoring surveillance and response activities for malaria elimination: China's "1-3-7" strategy.* PLoS Med. 2014 ; 11(5) : e1001642

### **2.3.5 Accélération du recul du paludisme dans les zones fortement touchées, et élimination de la maladie à l'échelle infranationale dans certaines zones d'Afrique subsaharienne**

Plusieurs pays fortement touchés font face à une stagnation ou à une hausse très préoccupantes de la charge de morbidité du paludisme. Le CTEP constate que plusieurs candidats ne tiennent pas compte de cette réalité dans leur demande de financement, et ne disposent d'aucune analyse exhaustive de la situation ou, dans certains cas, lorsqu'une telle analyse existe, n'ont pas prévu de mesures adaptées fondées sur celle-ci.

Le CTEP souligne l'importance de mener une analyse des causes principales de l'absence de progrès dans ces situations, puis de mettre ses conclusions en pratique. L'analyse de la situation doit prendre en compte les facteurs suivants au minimum : évolution de l'épidémiologie du paludisme, déficits de financement et retards de performance du programme, tendances en matière de couverture des interventions essentielles et d'accès à celles-ci, interventions en échec, obstacles communautaires et liés au système de santé, mais aussi catastrophes naturelles, humaines et économiques. Il est recommandé de solliciter l'appui technique des pays et des entités qui ont mené de telles analyses avec succès et pris des mesures fondées sur celles-ci. Dans cette optique, il faut envisager des examens des programmes à mi-parcours, dont les conclusions étayeraient la prochaine candidature présentée au Fonds mondial.

### **2.3.6 Mise en œuvre stratégique d'interventions spécifiques et mise en balance de celles-ci avec les interventions essentielles**

Les pays peinent à mettre en place ou à intensifier des interventions spécifiques, en particulier la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) et la chimioprévention du paludisme durable, dans un contexte où les ressources sont insuffisantes pour soutenir les interventions essentielles. Ce problème est exacerbé par des questions relatives à l'opportunité d'administrer des doses de CPS supplémentaires dans les régions où les saisons de transmission sont plus longues.

Le CTEP note que selon la recommandation de l'OMS, il faut d'abord assurer la couverture complète du diagnostic et du traitement ainsi qu'une lutte antivectorielle efficace, et invite les pays à s'engager dans cette voie. Un ciblage précis d'interventions spécifiques conforme aux orientations de l'OMS fondées sur des données probantes, assorti d'un suivi pour déterminer la couverture et l'efficacité, est impératif quand ces éléments sont ajoutés ou intensifiés dans des candidatures.

### **2.3.7 Nouvel examen des critères d'allocation sous-jacents à la lumière de l'évolution de la situation sur le terrain depuis 20 ans**

La transmission du paludisme à l'échelle d'une population, contrairement à celle du VIH et de la tuberculose, réagit rapidement aux facteurs comportementaux et environnementaux.

Les allocations pour le paludisme sont fondées sur une charge de morbidité définie il y a vingt ans, qui considère la situation sous-jacente avant les investissements du Fonds mondial ; cela est intentionnel et permet de connaître le potentiel paludogène de chaque pays et de préserver les acquis. La méthodologie d'allocation comprend aussi un processus pour ajuster les montants de la formule en fonction du contexte du pays, notamment de récentes hausses très marquées de la charge de morbidité du paludisme.

Le CTEP a constaté des situations dans lesquelles des catastrophes naturelles majeures (inondations) avaient considérablement modifié l'épidémiologie du paludisme, entraînant des hausses rapides de la charge de morbidité. De telles situations peuvent engendrer un épuisement rapide des produits essentiels pour la gestion des cas, des ressources humaines et des produits nécessaires à la lutte antivectorielle. Faute de ressources supplémentaires disponibles, la transmission et la mortalité augmenteront encore dans la population non protégée.

Ces situations sont relativement rares, mais peuvent rapidement anéantir des années de progrès en matière de lutte contre le paludisme. Un financement souple ou accru jusqu'à ce que le risque environnemental ou autre soit écarté réduirait le risque de perte des acquis des précédents investissements du Fonds mondial.

## Recommandations aux candidats concernant le paludisme

1. Lorsque des pays ont remplacé la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent par des moustiquaires imprégnées d'insecticide efficaces pour améliorer la couverture, ou prévoient de le faire, un suivi et une riposte aux flambées doivent être en place pour soutenir ce changement, et le choix des moustiquaires imprégnées d'insecticide sera fondé sur des données entomologiques avec un bon dispositif de soutien comportemental. La consultation des pays qui sont passés avec succès de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent aux moustiquaires imprégnées d'insecticide serait précieuse à cet égard.
2. Le CTEP souligne qu'il est important que les pays donnent la priorité à la distribution continue de moustiquaires aux groupes vulnérables entre les campagnes pour contrer la perte d'efficacité de ces équipements.
3. Les candidats travailleront avec les partenaires techniques pour choisir l'approche la plus adaptée face à la résistance croissante aux pyréthrinoïdes.
4. Conformément aux orientations de l'OMS, donner la priorité à une couverture complète avec des interventions essentielles (accès à une gestion des cas et à une lutte antivectorielle efficaces) dans le budget d'allocation, tout en assurant un suivi et une riposte de qualité, l'identification des populations vulnérables et des interventions spécifiques ciblées. Cela peut impliquer d'ajuster le recours combiné à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide afin de garantir une couverture maximale des populations à risque avec des interventions de lutte antivectorielle.
5. Envisager de recourir à l'expertise d'autres pays, c'est-à-dire aux enseignements tirés de modifications programmatiques complexes, notamment les changements de traitement antipaludique, les changements d'interventions de lutte antivectorielle essentielles, et aux analyses des causes principales à l'origine d'une dégradation ou d'une stagnation des charges de morbidité.
6. Suivre les orientations de l'OMS et envisager l'administration massive de médicaments (en dehors des ripostes aux situations d'urgence) seulement après que les populations à risque ont bénéficié d'interventions essentielles.
7. Des évaluations de l'équité et des questions de genre doivent également être déployées partout où elles peuvent faciliter l'identification de sous-populations à cibler de façon plus soutenue.
8. Les candidats doivent appliquer les directives de l'OMS les plus récentes pour la gestion du paludisme grave, et notamment s'efforcer d'établir et de soutenir un système robuste d'orientation des patients atteints de paludisme grave dans les zones éloignées où les suppositoires d'artésunate sont utilisés avant l'orientation des patients. Le CTEP recommande de formuler clairement ces dispositions dans les demandes de financement.
9. Les candidats doivent se concentrer sur un renforcement des capacités et des ressources humaines suffisant pour obtenir une réponse complète des foyers dans les pays en phase d'élimination.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires concernant le paludisme**

1. Tenir compte du contexte des tendances épidémiologiques inversées imputables aux catastrophes naturelles et à d'autres facteurs, y compris à l'impact du changement climatique, durant l'examen des critères de la charge de morbidité du paludisme dans la méthodologie d'allocation. De plus, pour répondre avec souplesse aux augmentations rapides de la transmission du paludisme, déterminer si ces situations doivent être prises en compte dans les allocations sur trois ans ou si des fonds d'urgence seraient mieux adaptés.
2. Aider les candidats à comprendre l'importance de couvrir complètement les populations à risque avec des interventions essentielles en amont d'interventions spécifiques et de l'élimination à l'échelle infranationale, et comment gérer les interventions spécifiques et l'élimination dans ce contexte. Lorsque les ressources sont insuffisantes, cette aide est nécessaire pour donner la priorité à une lutte antivectorielle et à une gestion de cas efficaces au sein des populations fortement touchées, d'abord pour optimiser l'impact sur la mortalité liée au paludisme, puis pour élargir la couverture sur la base d'une adaptation à l'échelle infranationale.
3. Des conseils renforcés sur le recours combiné aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent aideraient les candidats à s'assurer que toutes les populations à risque sont couvertes complètement par l'intervention de lutte antivectorielle la plus efficace et la plus efficiente. Les candidats tireraient profit d'orientations supplémentaires concernant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée à double action ou traitées au butoxyde de pipéronyle dans les zones où il existe une résistance aux pyréthrinoïdes.
4. L'enveloppe de financement actuelle n'étant pas suffisante, il est nécessaire de soutenir la mobilisation de ressources nationales et externes pour combler les importants déficits de couverture des interventions essentielles, et pour mettre en place des outils innovants qui permettront de progresser vers l'élimination.

### **3. Contributions globales des demandes de financement aux objectifs qui se renforcent et se complètent mutuellement et aux objectifs évolutifs de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028**

#### **3.1 Maximiser des systèmes de santé intégrés et centrés sur la personne au profit de l'impact, de la résilience et de la pérennité**

Par rapport au CS6, le CTEP a observé une hausse des investissements dans les SRPS, qui représentent 11,4 % du budget total des demandes de financement. Le CTEP a noté que dans le cadre du financement de 1,1 milliard de dollars US demandé pour l'ensemble des modules SRPS pendant les périodes 1 et 2, les candidats donnaient principalement la priorité aux modules Systèmes de suivi et d'évaluation (numérisation et système intégré de gestion de l'information pour la santé), Ressources humaines pour la santé et qualité des soins et Systèmes de gestion des produits de santé. En outre, les investissements dans les modules Renforcement des systèmes communautaires et Systèmes de laboratoire étaient largement complémentaires des investissements au titre du C19RM et en synergie avec eux.

Toutefois, le CTEP a constaté que l'accent restait mis davantage sur le soutien des systèmes plutôt que sur leur renforcement, en particulier dans des environnements marqués par des contraintes financières et des contextes de pénurie chronique de personnel de santé compétent. Si le CTEP reconnaît que quelques pays rémunèrent désormais leur personnel de santé avec des financements nationaux, il a observé que de nombreuses demandes de financement prévoyaient de financer la rémunération des prestataires de soins du secteur public et des agents de santé communautaires avec l'allocation, souvent sans renvoyer à un plan assorti d'un calendrier pour la transition et la pérennité. En outre, il a remarqué que lorsqu'une assistance technique était fournie pour accélérer le renforcement des systèmes, il n'existait pas souvent de plans détaillés pour le transfert des compétences et des responsabilités à des entités gouvernementales, ce qui menaçait la pérennité des interventions au-delà du cycle de subvention, et freinait potentiellement l'appropriation nationale.

##### **3.1.1 Services de santé intégrés centrés sur la personne**

Les demandes de financement examinées mettent davantage l'accent sur l'intégration. La présentation de demandes de financement intégrées ou la présentation simultanée de demandes pour des composantes différentes pendant la même période d'examen a donné plus de visibilité au CTEP sur les possibilités d'intégration dans des domaines comme la

prestation de services, la formation, la supervision, l'amélioration de la qualité, la chaîne d'approvisionnement et le suivi et l'évaluation.

Planifier des services intégrés impose aux pays d'analyser les carences et d'établir les priorités afin d'identifier d'éventuels domaines de complémentarités et synergies entre les programmes de lutte contre les trois maladies et le secteur de la santé au sens large. Le CTEP approuve la nouvelle annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS qui a démontré son potentiel et qui, avec les tableaux relatifs au paysage de financement et les tableaux des lacunes programmatiques, favorise une approche participative de l'établissement conjoint des priorités pour les interventions visant le système de santé, en vue d'une planification et d'une mise en œuvre collaboratives. Le CTEP a pris note avec satisfaction d'exemples, principalement dans des pays prioritaires pour les SRPS, décrivant un solide processus consultatif associant une grande variété de parties prenantes au remplissage de l'annexe, qui devrait être intégré aux meilleures pratiques d'utilisation de cet outil. Toutefois, il a constaté que la plupart des candidats remplissent l'annexe de façon cloisonnée pour chaque maladie et que les informations relatives au financement des domaines prioritaires identifiés dans le système de santé sont très sommaires. Dans la plupart des demandes de financement, l'annexe n'était pas alignée sur les tableaux relatifs au paysage de financement. Cela pose des questions sur le niveau d'implication ou la gestion des départements de planification concernés des ministères de la Santé qui remplissent l'annexe, dans le contexte plus large de la planification du secteur de la santé.

Quelques demandes de financement ont clairement utilisé l'annexe pour évaluer les lacunes du système, identifier les priorités convergentes des programmes de lutte contre les maladies et garantir les synergies et la complémentarité des interventions SRPS entre les composantes des portefeuilles (VIH, tuberculose, paludisme) et au titre du C19RM. L'annexe a aussi permis aux candidats de donner la priorité aux interventions SRPS alignées sur les politiques et les stratégies du secteur et des sous-secteurs de la santé, en vue d'un ancrage et d'un impact optimaux des investissements du Fonds mondial pour le renforcement de services intégrés centrés sur la personne. La traduction des priorités identifiées dans l'annexe sur les SRPS en interventions prévues dans la demande de financement était évidente dans une majorité de pays prioritaires pour les SRPS et dans une poignée d'autres pays.

Des données préliminaires attestent de l'intégration de la prestation de services au niveau des soins de santé primaires, surtout dans des pays qui réforment leur secteur de la santé pour mettre en place la couverture sanitaire universelle, ou qui mettent en œuvre le transfert des responsabilités programmatiques et financières aux niveaux inférieurs. Le CTEP a observé des exemples d'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme avec les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, les services liés aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive et les soins prénatals, des synergies avec la triple élimination de la transmission verticale (VIH, syphilis et hépatite virale), les services de santé en prison et les services aux consommateurs de drogues. Il a relevé de rares exemples d'intégration avec la prestation de services pour les comorbidités et les maladies non transmissibles (troubles de santé mentale compris), même dans des contextes d'intervention difficiles. Onze candidats ont présenté des demandes de financement intégrées pour le VIH, la tuberculose et le

paludisme (et les SRPS), et 37 ont présenté des demandes communes pour deux maladies, ce qui est susceptible de favoriser l'apprentissage et la planification pour toutes les maladies afin de renforcer le centrage sur la personne de la prestation de services et des intrants SRPS.

Le CTEP a observé dans divers pays une évolution encourageante vers une hausse des effectifs et l'intégration des agents de santé communautaires et des autres acteurs de la santé communautaire (relais, bénévoles, mentors, etc.), notamment des représentants des populations clés, vulnérables et mal desservies. Il a pris note de quelques initiatives encourageantes de pays pour intégrer les agents de santé communautaires au personnel de santé national à l'aide d'un financement national, même si les programmes de soins de santé communautaires étaient surtout financés par des fonds externes de diverses parties prenantes.

Les demandes de financement comportaient un large éventail d'interventions spécifiques pour adapter la prestation de services de santé communautaire à des contextes variés et garantir un accès de proximité et équitable à des services centrés sur la personne au sein des populations mal desservies, y compris dans des contextes d'intervention difficiles. Des exemples de prestation de services intégrés et de supervision normative ont été observés. Le CTEP a identifié différentes modalités de prestation de services intégrés, par exemple dans des structures, des centres de consultation ou des cliniques de proximité, pour se rapprocher davantage des populations mal desservies et vulnérables.

Le CTEP salue également l'attachement des candidats à accroître des investissements très complémentaires de ceux du C19RM pour optimiser les systèmes de laboratoire en vue d'élargir la couverture d'un diagnostic de qualité et l'accès à celui-ci, par exemple en s'appuyant sur les plateformes de diagnostic moléculaire multimaladies pour le dépistage intégré, l'expansion des réseaux de transfert d'échantillons et l'intensification des activités d'assurance qualité externe.

Toutefois, le CTEP remarque que des difficultés continuent de freiner l'amélioration effective de la mise en œuvre de services intégrés centrés sur la personne, comme cela est illustré ci-après :

- Les demandes de financement n'accordent pas une attention suffisante au soutien des réformes des politiques et de la gouvernance nécessaires pour stimuler les progrès. Dans ses observations aux candidats, le CTEP mentionne notamment l'obsolescence ou l'absence des politiques, stratégies et plans nécessaires pour gérer la mise en œuvre de systèmes intégrés et centrés sur la personne (p. ex. stratégies pour le secteur de la santé au sens large : ressources humaines pour la santé, information sanitaire et numérisation, santé communautaire, chaîne d'approvisionnement, réseau national de laboratoires, etc.). Cela interroge sur l'implication du ministère de la Santé et sur sa gestion de la préparation des demandes de financement.
- La qualité des analyses des lacunes et des priorités des SRPS était inégale, certains pays ayant mené des analyses séparées pour chaque programme, sans approche systémique. De plus, certains candidats avaient circonscrit leur analyse aux

composantes du portefeuille du Fonds mondial (VIH, tuberculose, paludisme) et au C19RM, sans que l’alignement sur les stratégies et priorités du secteur national de la santé soit démontré, et n’avaient donc pas saisi les occasions de combler efficacement des lacunes transversales des SRPS susceptibles de limiter les progrès de la mise en œuvre de soins intégrés centrés sur la personne.

- Dans les portefeuilles ciblés et les contextes d’intervention difficiles, il était nécessaire d’évaluer avec soin les compromis entre l’intégration au niveau des soins de santé primaires et l’accent soutenu sur les populations clés et vulnérables.
- Dans certains pays, des lacunes financières et programmatiques subsistaient pour les modules SRPS, ce qui souligne la nécessité de renforcer la coordination entre les programmes de lutte contre les maladies pour la programmation commune d’interventions dans les SRPS, et de s’intéresser davantage au rapport coût-efficacité et aux gains d’efficacité.
- Globalement, le CTEP a constaté que les indicateurs SRPS du cadre de performance restaient inadaptés pour mesurer les progrès et fournir des éléments probants pour guider l’élaboration des politiques. En particulier, il n’existait pas de données qualitatives pour évaluer le contexte.
- Les directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires<sup>6</sup> définissent les soins de santé communautaires comme une gamme de services de santé fournis par des agents de santé communautaires qui travaillent avec des équipes de soins de santé primaires. Toutefois, le CTEP a relevé des occasions manquées d’aligner les programmes visant les agents de santé communautaires dans le cadre plus large des politiques et des budgets relatifs aux ressources humaines pour la santé.
- Diverses sources de financement soutenant divers groupes d’agents de santé communautaires et initiatives d’intégration, le CTEP a souligné la nécessité d’une harmonisation et de la définition d’un système de rémunération juste conforme aux orientations normatives de l’OMS.
- Il a aussi constaté, dans certaines demandes de financement, que des investissements orientés vers l’élargissement du recrutement de nouveaux agents de santé communautaires ne s’intéressaient pas suffisamment au renforcement des capacités pour améliorer l’assurance qualité.

### **3.1.2 Systèmes communautaires et programmes dirigés par les communautés**

Des systèmes communautaires efficaces et réactifs sont essentiels pour mettre fin à l’épidémie de VIH, améliorer les ripostes à la tuberculose et au paludisme, mais aussi mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé.

Le CTEP a constaté une évolution positive générale en faveur du soutien du développement et de l’intégration des systèmes communautaires pour la santé. Soixante-dix-neuf pour cent

---

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2018). Directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/325564>

des demandes de financement recommandées pour l'établissement de subventions durant les deux périodes d'examen définissaient clairement le rôle des organisations communautaires et dirigées par les communautés en matière de prestation de services. Les financements demandés par les candidats pour le renforcement des systèmes communautaires représentaient 12,4 % des investissements dans les modules spécifiques aux SRPS. De plus, certains éléments du renforcement de ces systèmes figuraient dans les budgets d'autres modules, comme la prévention du VIH ou des modules visant à éliminer les obstacles liés aux droits et au genre.

Le CTEP a noté un recours accru des candidats au suivi dirigé par la communauté, suite aux directives plus solides et à la variété d'outils disponibles dans le cadre du partenariat du Fonds mondial. De bonnes pratiques ont été adoptées dans les démarches visant à mettre en place un suivi dirigé par la communauté intégré, par exemple l'harmonisation des indicateurs et des outils de suivi dirigé par la communauté pour la co-infection VIH/tuberculose et le paludisme, une fiche de suivi communautaire comportant des indicateurs sur la co-infection VIH/tuberculose et le paludisme, le genre et les droits humains, ou un observatoire sur l'accès aux soins, les droits humains et la violence. Ces efforts favoriseront une redevabilité, une intégration et une qualité des services accrues au niveau communautaire.

Le CTEP constate que des difficultés subsistent concernant la pleine utilisation du renforcement des systèmes communautaires, y compris celle du suivi dirigé par la communauté :

- Des occasions ont été manquées d'adopter une approche globale et de renforcement des systèmes (p. ex. planification des capacités des organisations dirigées par les communautés et développement du leadership pour soutenir le suivi dirigé par la communauté). Le soutien du plaidoyer dirigé par la communauté est souvent inexistant, sous-financé ou figure uniquement dans la PAAR.
- Le suivi dirigé par la communauté proposé est de qualité variable ; il n'existe pas de mécanismes de retour d'information et les informations décrivant comment une participation communautaire pertinente est assurée sont sommaires.
- Le renforcement des systèmes communautaires des populations clés, vulnérables et mal desservies est freiné par des obstacles structurels, comme cela est décrit plus en détail à partir de la section 3.1.7.
- Les organisations de la société civile, souvent avec une présence et une participation communautaires, restent chargées de fournir des services et d'assurer d'autres interventions pour les populations clés et mal desservies où les organisations dirigées par les communautés ne disposent pas de capacités suffisantes ou sont freinées par des obstacles structurels. Cependant, les demandes de financement n'ont pas saisi les occasions de planifier des efforts systémiques pour résoudre les problèmes de capacité et structurels et permettre aux communautés de diriger directement les interventions susceptibles d'améliorer les résultats des programmes, dans le cadre de l'accord de mise en œuvre révisé conférant un rôle accru aux organisations dirigées par les communautés.

### **3.1.3 Renforcer la production et l'utilisation en temps opportun de données numériques de qualité, sûres, transparentes et ventilées à tous les niveaux**

Avec un montant total de 371 millions de dollars US demandé pour le module Systèmes de suivi et d'évaluation, représentant 33 % des investissements dans les modules SRPS, le CTEP reconnaît que l'accent continue d'être mis sur le renforcement des capacités nationales pour générer et utiliser des données probantes, en particulier au moyen de la numérisation, de l'opérationnalisation et de la mise en œuvre du système national de gestion de l'information pour la santé à tous les niveaux, notamment aux niveaux primaire et communautaire. D'autres demandes de financement mentionnaient aussi l'intégration des systèmes programmatiques, de laboratoire et de chaîne d'approvisionnement, des composantes de données RHS ainsi que des exemples prometteurs de déploiement d'applications de santé numérique communautaire dans certains pays (p. ex. applications pour téléphone, application pour le suivi dirigé par la communauté, tableau de bord communautaire, etc.) afin de disposer de meilleures données pour enregistrer l'utilisation et la prestation de services, et pour suivre la qualité et l'impact. Les fonds de contrepartie disponibles dans le cadre de l'initiative « accélérateur d'impact de la santé numérique » permettront aux pays éligibles de fixer des objectifs plus ambitieux pour le déploiement national du système de gestion de l'information pour la santé et pour mieux soutenir l'interopérabilité.

Le CTEP a constaté l'utilisation raisonnable d'une gamme de données nationales (enquêtes de surveillance biologiques/biocomportementales, examens programmatiques, analyse des cascades du continuum de services, évaluations, p. ex. outil *Malaria Matchbox* et évaluations des questions de genre et de la stigmatisation), là où elles étaient disponibles, pour guider le choix et l'établissement des priorités des interventions. Il a également noté que les investissements proposés pour optimiser les systèmes de laboratoire en vue d'élargir l'accès au diagnostic et la couverture à l'échelle infranationale étaient guidés par des évaluations systématiques comme une évaluation du réseau de diagnostic ou une optimisation du réseau de diagnostic/une analyse géospatiale.

Toutefois, plusieurs points préoccupaient le CTEP :

- 1) En l'absence fréquente de stratégie nationale en matière de santé numérique, les systèmes de gestion de l'information pour la santé numérique étaient mis au point en parallèle, souvent fragmentés et dirigés par des donateurs, avec une attention insuffisante accordée à l'interopérabilité avec le système national de gestion de l'information sanitaire, les systèmes d'information pour la gestion logistique et les systèmes d'information pour les ressources humaines.
- 2) Lacunes dans la qualité et l'utilisation des données étayant l'établissement des priorités : les données ventilées par genre, âge, sous-population et zone géographique et les données sur les populations clés (estimations de taille) étaient souvent manquantes ou sous-utilisées.
- 3) Les stratégies ambitieuses d'analyses biologiques n'étaient pas soutenues par des investissements adéquats dans les infrastructures, les équipements et les capacités

en personnel des laboratoires. Certaines demandes de financement ne reposaient pas sur des analyses des lacunes ou des plans stratégiques détaillés pour garantir l'établissement des priorités des interventions, l'optimisation des ressources et l'efficacité.

- 4) Des évaluations comme l'optimisation du réseau de diagnostic relevaient de la PAAR alors qu'elles étaient nécessaires pour étayer des investissements inscrits dans le budget de l'allocation principale.
- 5) Le CTEP a constaté qu'il était nécessaire de simplifier les enquêtes, compte tenu des contraintes budgétaires, ce que font déjà certains pays en planifiant des enquêtes de surveillance comportementale et biologique intégrées et « allégées ».

### **3.1.4 Renforcer l'écosystème des chaînes d'approvisionnement de qualité**

Le CTEP a vu que l'accent avait été mis sur le renforcement des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, puisque 63 demandes de financement avaient inclus le module SRPS : systèmes de gestion de produits de santé dans leur budget. Cela représentait un montant global de 154 millions de dollars US, dont 12 % alloués aux interventions Capacité de planification et d'achat (dans 41 demandes de financement) et 12 % alloués aux interventions Systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement (dans 37 demandes de financement). Cet investissement a favorisé le soutien continu de la mise en place et du déploiement d'un système d'information pour la gestion logistique (p. ex. M-supply), en synergie avec les investissements au titre du C19RM, pour accélérer l'accès aux données de la chaîne d'approvisionnement et leur utilisation.

Dans les contextes d'intervention difficiles, le CTEP a pris note de solutions innovantes et de meilleures pratiques pour assurer la livraison jusqu'au dernier kilomètre et l'accès aux produits de santé dans des zones de conflit ou difficiles d'accès, telles le WIB (*warehouse in a box*), les contrats avec des organisations privées et humanitaires, et la dispensation multimois.

Le CTEP a relevé des difficultés persistantes liées :

- au rapport coût-efficacité et à la qualité, y compris en cas d'achats sur le marché local imposés par la réglementation nationale ;
- à la nécessité de renforcer les capacités réglementaires (p ex. absence de plans de gestion de la chaîne d'approvisionnement, absence de liste nationale des produits de diagnostic essentiels) ;
- à la nécessité de renforcer la capacité d'entreposage au niveau central, mais aussi infranational ;
- à la mise en œuvre de la livraison jusqu'au dernier kilomètre, y compris aux agents de santé communautaires.

### **3.1.5 Axer les marchés de prochaine génération sur l'accès équitable à des produits de santé de qualité**

Le CTEP a observé une marchandisation préoccupante dans les subventions, les candidats devant prendre des décisions difficiles en matière d'établissement des priorités face au nombre croissant de personnes ayant besoin de services et à la disponibilité d'outils plus récents et plus efficaces, mais, souvent aussi, plus onéreux. Dès lors, il a constaté une adoption inégale des nouveaux produits pharmaceutiques pour la prévention, le diagnostic et le traitement, dans les demandes de financement.

La plupart des candidats sollicitaient un soutien du Fonds mondial pour l'introduction de nouvelles moustiquaires imprégnées d'insecticide (p. ex. moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée à double action ou traitées au butoxyde de pipéronyle) afin que les interventions de lutte antivectorielle s'attaquent à la résistance croissante aux insecticides, mais aussi pour assurer des traitements contre le VIH et la tuberculose centrés sur la personne (combinaison à dose fixe et schémas thérapeutiques plus courts, p. ex. schémas thérapeutiques à base de dolutégravir pour le VIH, schémas thérapeutiques oraux BPaL et BPaLM pour la tuberculose multirésistante). Le CTEP a noté également que l'accent était mis fortement sur l'intensification de l'accès aux tests de diagnostic rapide de la tuberculose recommandés par l'OMS, notamment TrueNat pour compléter GeneXpert, et aux tests sur le lieu des soins pour la mesure de la charge virale du VIH et le diagnostic précoce chez le nourrisson. En revanche, la demande de diagnostics sur le lieu des soins était moindre pour la maladie à VIH à un stade avancé (mentionnée seulement dans un tiers environ des 60 demandes de financement avec une composante VIH), les IST/l'hépatite (onze demandes), le test LAM pour la tuberculose (huit demandes) ou pour l'introduction de nouvelles modalités de prophylaxie préexposition, notamment les produits injectables et les anneaux vaginaux (neuf demandes).

Le CTEP a remarqué que la plupart des candidats utilisaient des mécanismes d'approvisionnement international et d'achat groupé (Service pharmaceutique mondial ou Wambo p. ex.) pour optimiser les ressources et garantir la qualité des produits de santé achetés.

Toutefois, le CTEP est préoccupé par les points suivants :

- L'achat de produits pharmaceutiques et de santé avec des financements nationaux n'a pas toujours pu tirer parti des mécanismes d'approvisionnement international et d'achat groupé, du fait de réglementations imposant l'approvisionnement local pour soutenir le développement du marché local (dont le rapport coût-efficacité n'est pas avantageux) ou de mécanismes insuffisants pour mettre en place le paiement avant la livraison. Des occasions de réorienter des économies vers d'autres interventions programmatiques n'ont donc pas été saisies.
- Si le CTEP juge que les efforts déployés par certains candidats pour diversifier leurs canaux d'achat sont essentiels pour offrir un choix et encourager la concurrence sur le marché (trousses d'autodépistage du VIH p. ex.), il souligne également la nécessité de garantir la qualité (préqualification) des produits de santé (en particulier dans les pays dotés de canaux d'achat parallèles).

- Les prix plus élevés des nouveaux produits ont beaucoup pesé sur les budgets d'allocation. Certains candidats disposant d'allocations plus modestes ou dont la marge de manœuvre budgétaire est particulièrement limitée ont dû se montrer sélectifs et l'établissement des priorités a été compliqué ; ils utilisent des outils plus anciens, mais moins coûteux (traitement préventif de la tuberculose à l'isoniazide, interventions contre le VIH fondées sur la prévention de base sans prophylaxie préexposition, adoption limitée de la chimioprévention du paludisme saisonnier et de la chimioprévention du paludisme durable). Le CTEP a été sensible aux choix difficiles faits par les candidats, en particulier dans des contextes d'intervention difficiles.

### **3.1.6 Mieux impliquer et mieux utiliser le secteur privé**

Le CTEP a constaté une dynamique dans la participation du secteur privé à la lutte contre les trois maladies, pour garantir l'intensification d'interventions essentielles ou préserver les acquis ; 12 demandes de financement mentionnaient spécifiquement dans leur budget des interventions « soutenant la participation du secteur privé ». Il pouvait s'agir de l'utilisation de bons donnant accès à la radiographie, d'incitations ciblant les praticiens privés ou de la participation du secteur privé de la santé pour étendre l'ensemble de services de prévention de base.

Cependant, le CTEP relève les difficultés suivantes qui entraînent une participation insuffisante du secteur privé :

- La participation du secteur privé est souvent axée sur les maladies ; la cartographie des acteurs du secteur privé et de leurs activités en matière de santé est souvent incomplète.
- Il manque une approche robuste et systématique de la participation, telle une stratégie de participation du secteur privé ou des plans public-privé pour fournir une plateforme en vue d'une participation accrue du secteur privé à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ou la description des mécanismes de participation n'est pas assez détaillée.
- Les interventions proposées pour renforcer l'implication du secteur privé ne sont pas soutenues par un cadre réglementaire garantissant le respect des normes nationales relatives à prestation de soins de santé de qualité, et l'attention accordée au suivi du cadre de performance et à l'échange d'information (notification des cas et communication de l'information régulières) est limitée.

### **3.1.7 Consolider les partenariats entre les gouvernements et les acteurs du secteur non public en incluant la contractualisation sociale (marchés publics)**

Le CTEP a constaté qu'un nombre croissant de candidats proposent de mettre en place ou de renforcer la contractualisation sociale pour rendre les services plus pérennes. Plusieurs pays ont démontré leur engagement et ont bien progressé en vue de lever les obstacles juridiques et réglementaires à la signature de contrats avec des ONG pour la prestation de services. Certains candidats prévoient d'accréditer des organisations de la société civile. Ils ont élaboré des mécanismes et des directives pour améliorer la contractualisation en évoluant vers une contractualisation axée sur les extrants et les résultats. L'ampleur des progrès a été variable, certaines zones ayant bénéficié d'une volonté politique plus forte qui s'est traduite par un financement national accru. D'autres pays restent dépendants presque exclusivement des financements de donateurs pour passer des contrats avec des organisations de la société civile ; la contractualisation avec le secteur privé est très rare. En outre, dans de nombreux pays, la contractualisation de services est plus avancée pour le VIH que pour la tuberculose et le paludisme. Le CTEP a pris de note de plans encourageant pour démarrer ou institutionnaliser la contractualisation sociale impliquant des gouvernements ou des programmes locaux dans un nombre accru de demandes de financement, ou pour élargir ou intensifier la contractualisation existante avec des organisations de la société civile et avec le secteur privé. Les modèles de financement pour la contractualisation sociale étaient variés et comprenaient des modèles fondés sur l'assurance santé, financés sur le budget des ministères de la Santé ou des gouvernements locaux ou par une combinaison de différentes sources de financement.

Le Fonds mondial reconnaît que des partenariats efficaces doivent rassembler l'éventail complet des principales parties prenantes, notamment les donateurs, la société civile et le secteur privé. Cependant, le CTEP a relevé que des éléments tirés des demandes de financement suggèrent que la coordination doit être intensifiée pour recentrer les organisations de populations clés et dirigées par les communautés sur la programmation et la mise en œuvre.

- Le CTEP a noté des exemples de pays dotés d'un environnement juridique répressif pour les populations clés dont le comportement peut être criminalisé ou pour la société civile en général, qui pourrait empêcher les organisations les représentant de s'enregistrer ou de solliciter des financements. Cette situation peut nuire à la mise en œuvre, à l'impact et à la pérennité des interventions.
- L'examen par le CTEP de l'impact des investissements du Fonds mondial a souvent été limité par une description insuffisante des activités et des financements provenant de donateurs externes et de ressources nationales (publics et privés) comme indiqué dans les tableaux du paysage de financement, les tableaux des lacunes programmatiques et l'annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS. Ce manque de visibilité et les faiblesses du partenariat au niveau des pays augmentent le risque d'interventions redondantes et de donateurs et programmes inefficaces.
- Le CTEP s'inquiète que les modèles de contractualisation sociale soient souvent lancés et financés pour une maladie en particulier, ce qui génère des systèmes

spécifiques aux maladies plutôt que des solutions systémiques, et des occasions manquées d'intégration des services.

### **Recommandations aux candidats pour optimiser des systèmes pour la santé intégrés et centrés sur la personne au profit de l'impact, de la résilience et de la pérennité**

1. Dans le contexte des investissements du Fonds mondial, les ICN et le ministère de la Santé doivent participer davantage à la coordination de l'ensemble des partenaires et assurer la gestion des programmes nationaux. Les candidats doivent tenir à jour la cartographie des donateurs en faveur de la santé et des activités soutenues.
2. Les futurs candidats fournissent une vue d'ensemble des investissements en faveur des SRPS et des activités des partenaires dans le pays dans les annexes existantes des demandes de financement.

#### *Planification, leadership et gouvernance du secteur de la santé*

1. Les candidats doivent hiérarchiser les priorités afin de catalyser les réformes de gouvernance et de gestion en tenant compte du contexte des programmes et du pays, en utilisant des orientations normatives et en recourant au soutien des partenaires techniques, et suivre les mesures prises au moyen d'indicateurs de résultats quantifiables et efficaces (p. ex. gestion des déficits de personnel, qualité des soins, etc.).
2. Les candidats utilisent les principales annexes (annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS, tableau du paysage de financement et tableaux des lacunes programmatiques) pour évaluer les lacunes à l'échelle du système (programmatiques et financières) afin d'éclairer et de hiérarchiser leurs interventions et d'améliorer le rapport coût-efficacité.
3. Les candidats capitalisent sur la coordination établie lors de l'élaboration de demandes de financement intégrées et utilisent l'annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS, afin de renforcer une programmation intégrée.
4. Les candidats doivent non seulement adopter des approches critiques pour les SRPS, mais aussi adapter le [cadre opérationnel de l'OMS pour les soins de santé primaires](#) (mentionné dans la section 1.5) pour donner la priorité aux investissements ciblant les SRPS dans le contexte des soins primaires et adapter le cadre d'indicateurs associé pour suivre l'avancement de la mise en œuvre. Les candidats doivent mettre en œuvre des systèmes de gestion des informations de santé communautaires interopérables pour soutenir la prestation de services, améliorer la qualité et suivre l'impact.
5. Comme le décrit la section 1.5, les candidats doivent harmoniser la rémunération des agents de santé communautaires et donner la priorité à la mobilisation de ressources en vue d'une prestation de services centrés sur la personne dans le contexte local, notamment en fournissant aux agents de santé communautaires les produits nécessaires pour garantir des conditions de travail plus sûres et en prenant mieux en compte la dimension de genre.
6. Comme le décrit la section 1.5, les candidats doivent donner la priorité à la mobilisation de ressources nationales pour intégrer progressivement les agents de santé communautaires aux systèmes de soins de santé primaires et faire prendre en charge leur rémunération par les pouvoirs publics.

#### *Systèmes et ripostes communautaires*

7. Les ICN doivent maintenir une participation significative auprès de toutes les organisations communautaires et dirigées par les communautés. Elles doivent également veiller à ce que

des investissements soient réalisés dans des interventions de suivi dirigé par la communauté et de renforcement des systèmes communautaires et à ce que ces interventions soient dûment mises en œuvre.

*Participation du secteur privé, partenariats et contractualisation sociale (marchés publics)*

8. Les candidats doivent élaborer de solides stratégies de participation du secteur privé conformes aux orientations mondiales, notamment pour la participation du secteur privé aux systèmes nationaux d'information sanitaire pour la communication de l'information régulière et le renforcement des capacités. Cela doit être complété par des cadres réglementaires pour définir des normes et assurer le suivi de la qualité des services et le respect des politiques nationales.

**Recommandations au Secrétariat et aux partenaires pour optimiser des systèmes pour la santé intégrés et centrés sur la personne au profit de l'impact, de la résilience et de la pérennité**

*Planification, leadership et gouvernance du secteur de la santé*

1. Le Secrétariat du Fonds mondial et les partenaires techniques doivent cartographier les SRPS et analyser le paysage de financement de tous les piliers des systèmes de santé pour améliorer la visibilité sur les lacunes et les occasions de complémentarité à l'échelle du système de santé.
2. Le Secrétariat du Fonds mondial doit soutenir un centrage permanent sur l'intégration d'interventions propres aux maladies aux soins de santé primaires, conformément aux engagements mondiaux en faveur de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité en matière de santé publique, en tenant compte des dimensions d'efficacité et de pérennité.
3. Le Secrétariat doit envisager d'adapter les cadres de performance et les tableaux des données essentielles, en incluant davantage d'indicateurs, d'évaluations qualitatives et de mesures de suivi du plan de travail pour les SRPS, afin d'étayer le descriptif de la demande de financement.
4. Le Secrétariat et les partenaires doivent appuyer les efforts des pays pour réformer la gouvernance de leurs systèmes de santé, au moyen de processus inclusifs garantissant la participation de la société civile et des communautés, renforcer leurs capacités à capitaliser sur le partage d'expérience et l'apprentissage et élaborer des politiques fondées sur ces données.

*Systèmes et ripostes communautaires*

5. Le Secrétariat et les partenaires doivent aider les candidats à prendre en compte de manière globale tous les éléments du renforcement des systèmes communautaires et à se concentrer sur la liaison des programmes avec les systèmes de santé pour les compléter et non les remplacer.

*Systèmes de suivi et d'évaluation*

6. Les partenaires techniques doivent aider les pays à accélérer le processus d'intégration des données pour leurs systèmes de gestion de l'information et fournir un soutien renforcé de

l'utilisation des données pour une prise de décision fondée sur des éléments probants afin d'étayer la mise en œuvre de stratégies innovantes en vue de combler des lacunes critiques.

#### *Ressources humaines pour la santé*

7. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à élaborer des plans exhaustifs pour les ressources humaines pour la santé, y compris au moyen d'analyses du marché du travail et en développant des systèmes de gestion des ressources humaines. Cela permettra de guider de futures réformes des ressources humaines pour la santé axées sur l'impact et la pérennité des programmes.

#### *Systèmes de gestion des produits de santé*

8. Les partenaires techniques doivent fournir un soutien aux pays pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Ce soutien doit notamment se concentrer sur la livraison au dernier kilomètre et l'établissement de priorités reposant sur des informations probantes pour éviter les ruptures de stock.
9. Le Secrétariat et les partenaires techniques doivent fournir des orientations structurées complémentaires sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour guider les plans de gestion de la chaîne d'approvisionnement à l'échelle du pays, notamment des orientations sur les politiques relatives aux investissements dans des infrastructures comme les entrepôts.
10. Le Secrétariat et les partenaires techniques doivent identifier des approches permettant au renforcement des systèmes de santé de bénéficier du recours à des mécanismes d'achat groupé dirigés par le pays et durables.

#### *Renforcement des systèmes de laboratoire*

11. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à réaliser des analyses géospatiales et des analyses des carences des systèmes de laboratoire pour guider les plans stratégiques et optimiser des systèmes de laboratoire capables de mieux soutenir les programmes de lutte contre les maladies.

#### *Orientation des marchés de prochaine génération*

12. Compte tenu du large éventail d'innovations et de la collaboration du Fonds mondial avec UNITAID et d'autres partenaires pour orienter les marchés et stimuler la production locale, le Secrétariat du Fonds mondial et les partenaires techniques doivent élaborer davantage d'orientations afin d'étayer un établissement des priorités et une mise en œuvre robustes pour les nouveaux outils, en s'intéressant en particulier à la nécessité d'arbitrer entre le coût et l'efficacité.

#### *Participation du secteur privé, partenariats et contractualisation sociale (marchés publics)*

13. Les partenaires techniques et les ICN doivent aider les gouvernements à instaurer un environnement favorable et à mobiliser une allocation budgétaire nationale pour l'établissement et la mise en œuvre de marchés publics accessibles aux organisations de la société civile, à assise communautaire et dirigées par les communautés.
14. Le Secrétariat du Fonds mondial et les partenaires techniques doivent poursuivre le renforcement des capacités des communautés afin que les organisations communautaires et dirigées par les communautés soient mieux équipées pour accéder à des financements publics au travers de marchés publics.
15. Les partenaires dans le pays doivent renforcer les capacités des ministères en matière de soutien, d'orientation et d'engagement auprès du secteur privé, des donateurs, de la société civile et d'autres acteurs. Le Secrétariat du Fonds mondial et les partenaires techniques

doivent continuer à faciliter le partage d'expériences et de meilleures pratiques entre les pays de mise en œuvre, en associant les organisations de la société civile à ces échanges.

### **3.2 Maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte**

Des systèmes communautaires et des systèmes de santé efficaces et réactifs sont essentiels pour mettre fin à l'épidémie de VIH, améliorer les ripostes à la tuberculose et au paludisme, mais aussi mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé. Le CTEP a observé une évolution générale positive de l'intégration des systèmes et des ripostes communautaires (12,4 % des investissements dans les modules spécifiques aux SRPS concernaient le renforcement des systèmes communautaires).

Le CTEP a constaté des améliorations et une réflexion plus approfondie sur une voix et un rôle plus forts des communautés vivant avec les trois maladies et touchées par celles-ci. Ces améliorations et cette réflexion ont été mises en évidence dans les diverses évaluations (des questions de genre, des droits humains et de l'environnement juridique), mais aussi dans la préparation des demandes de financement, comme le démontre l'introduction délibérée de marchés publics (contractualisation sociale) et comme le décrit l'annexe sur les priorités de la société civile et des communautés<sup>7</sup>. D'autres exemples témoignent de la participation des organisations de la société civile et des organisations dirigées par les communautés, avec des améliorations spécifiques de la riposte à la tuberculose, l'accent étant mis sur l'intensification des interventions de proximité et de prévention dirigées par les communautés, en s'appuyant sur la solide collaboration avec les organisations de la société civile. Ces interventions incluaient une évolution vers l'intégration de services différenciés de prévention du VIH aux structures gouvernementales, en particulier dans les environnements juridiques répressifs, et le recours au suivi dirigé par la communauté à l'appui des programmes nationaux de lutte contre le VIH. Cependant, l'utilisation stratégique d'outils dirigés par la communauté pour les programmes de suivi, comme les rapports de suivi dirigé par la communauté et leurs conclusions, était sporadique. Malgré ces améliorations et des éléments attestant d'investissements dans le renforcement des systèmes communautaires, plusieurs obstacles structurels subsistent, notamment des difficultés persistantes qui empêchent la mise en place de la structure juridique pour la contractualisation sociale dans certains pays.

**En règle générale, le CTEP n'évalue pas les ICN**, cette tâche étant dévolue systématiquement au Secrétariat dans le cadre de l'évaluation de l'éligibilité des demandes de financement. Cela dit, presque toutes les demandes de financement mentionnaient un processus de consultation associant les communautés les plus touchées par les trois

<sup>7</sup> L'annexe sur les communautés ne fait pas nécessairement partie des documents de la demande de financement que le CTEP examine, mais ce dernier a demandé à la consulter pour s'informer sur la dynamique de l'équité, de la représentation et de la participation.

maladies et d'autres populations clés et vulnérables à la préparation des demandes de financement.

Le CTEP a observé une participation accrue et plus active des communautés et des organisations représentant les personnes présentant un risque plus élevé de contracter le VIH, la tuberculose et le paludisme ainsi que les populations clés à la planification, à l'allocation des ressources, à la mise en œuvre et à la supervision de la préparation des demandes de financement. En outre, des éléments de priorités identifiées par les communautés étaient intégrés à un certain degré aux budgets d'allocation de la plupart des demandes de financement et des annexes examinées. Dans certains environnements extrêmement sensibles, des méthodes créatives ont été employées (notamment des consultations hors des pays) pour donner la parole à des communautés dont certains comportements étaient stigmatisés ou criminalisés.

Le rôle clé des organisations de la société civile, des organisations communautaires et des organisations dirigées par les communautés pour assurer la continuité des services dans les situations d'urgence, et surtout une prise de décision inclusive, y compris pour la préparation des documents nationaux et des demandes de financement, est un exemple remarquable de leadership communautaire intégré et reconnu, en particulier dans les pays confrontés à des difficultés où des organisations de la société civile font partie des bénéficiaires principaux.

Le mécanisme de financement à deux voies du Fonds mondial offre notamment la possibilité de financer des organisations de la société civile qui renforcent et complètent les efforts existants. Le CTEP a continué d'observer ce rôle spécifique à valeur ajoutée des organisations de la société civile en tant que bénéficiaires principaux secondaires qui touchent les communautés les plus difficiles à atteindre, culturellement distinctes et mal desservies, en collaboration avec les partenaires gouvernementaux. Ce rôle implique par exemple d'introduire et d'intensifier un modèle innovant de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire, de mener des consultations avec les organisations communautaires et dirigées par les communautés les plus isolées géographiquement, socialement et culturellement dans des zones d'endémie palustre pour étayer le développement des interventions communautaires et dirigées par les communautés de la demande de financement, d'organiser la prise en charge du traitement de la tuberculose et de canaliser des services adaptatifs et de renforcement communautaire au profit des populations clés. Toutefois, le CTEP a relevé peu d'éléments attestant d'interventions dirigées par les communautés. La plupart des interventions communautaires restent dirigées et gérées par les bénéficiaires principaux et les sous-bénéficiaires, et sont rarement dirigées par des communautés de personnes touchées par les trois maladies.

**L'annexe sur les priorités de la société civile et des communautés (annexe sur les communautés)** est une nouveauté du CS7. En plus d'examiner les dossiers des demandes de financement, le CTEP a étudié à quelques occasions l'annexe sur les communautés pour éclairer le contexte de la participation communautaire, et a jugé qu'il s'agissait d'un outil

supplémentaire utile, en particulier dans les contextes d'intervention difficiles et les environnements hostiles.

Pendant l'examen de la documentation des demandes de financement, le CTEP a constaté que le niveau de l'information fournie était inégal, ce qui a parfois compliqué la triangulation de l'information pendant le dialogue au niveau du pays. Des informations détaillées sur l'assistance technique visant à soutenir la participation communautaire figuraient dans des rapports de synthèse soumis avec la demande de financement ou disponibles séparément, au lieu d'être mentionnées explicitement dans la demande.

Lors de l'examen de l'annexe sur les communautés, le CTEP a observé que les communautés touchées et la société civile étaient représentées de manière inégale. Dans certains cas, cette annexe proposait des apports constructifs de groupes autres que celui représentant les communautés et la société civile dans les ICN. Elle confirmait et complétait certaines conclusions du CTEP : si des informations importantes étaient fournies/noyées dans les annexes de multiples demandes de financement (et renseignaient sur la participation des réseaux et des organisations de personnes vivant avec le VIH et avec la tuberculose et des populations clés), les « variables » essentielles comme la diversité de genre, l'âge, la géographie (p. ex. femmes consommatrices de drogues, jeunes femmes vivant avec le VIH) n'y figuraient pas. Dans les rares cas où il était possible de se faire une idée de la « diversité » de la représentation communautaire, le CTEP n'a identifié que quelques exemples où toutes les parties prenantes communautaires prioritaires étaient décrites comme étant engagées.

Point positif, les informations de l'annexe sur les communautés contenaient des données factuelles qui, à ce jour, n'étaient pas documentées par les procédures « officielles » du Fonds mondial. Elles permettent aussi de déterminer où le Fonds mondial et ses partenaires doivent mener des recherches plus approfondies pour comprendre la dynamique de la participation communautaire et élaborer des stratégies adaptées aux populations clés et vulnérables qui sont criminalisées dans certains pays.

Le CTEP a remarqué qu'un solide leadership des membres des communautés touchées pour la mise en œuvre des programmes, et des partenariats de qualité entre les programmes nationaux et les organisations communautaires étaient plus bénéfiques lorsqu'ils étaient soutenus par des activités de renforcement du leadership comme des évaluations des besoins, des formations, le développement des capacités, le soutien à l'enregistrement officiel auprès d'organismes de réglementation nationaux, ainsi que l'institutionnalisation des systèmes de suivi dirigé par la communauté intégrés aux programmes de lutte contre les maladies. Il a constaté qu'un nombre accru de candidats prévoyaient d'intégrer le suivi dirigé par la communauté à leurs programmes, mais avec une qualité et une portée variables, et des incertitudes quant à l'existence d'une participation communautaire significative. Les mécanismes de retour d'information étaient souvent inexistantes, et le soutien du plaidoyer dirigé par la communauté limité ou absent, ces activités étant souvent sous-financées ou inscrites dans la PAAR.

Le CTEP a constaté que même si les évaluations des questions de genre, des droits humains et des environnements juridiques étaient plus nombreuses, il ne pouvait pas toujours déterminer le niveau d'implication et de participation des populations de diverses identités de genre à ces évaluations, en raison d'une ventilation insuffisante des données sur les participants (seulement par circonscription ou organisation dans certains cas).

### **Recommandations aux candidats pour maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte**

1. Associer plus significativement les communautés les plus touchées par les trois maladies aux discussions relatives à la planification et à la mise en œuvre ; elles doivent par exemple participer aux missions et aux exercices de partage entre les pays.
2. Comme l'indique la section 1.5, les ICN doivent maintenir une participation significative avec toutes les organisations communautaires et dirigées par les communautés. Elles doivent également veiller à ce que des investissements soient réalisés dans des interventions de suivi dirigé par la communauté et de renforcement des systèmes communautaires et à ce que ces interventions soient dûment mises en œuvre.
3. Évaluer en continu l'impact des différentes modalités de prestation de services pour s'assurer que les gains obtenus jusqu'ici, en particulier au moyen de ripostes dirigées par les communautés, ne seront pas réduits à néant.
4. Compte tenu de l'importance accrue accordée à la pérennité et à l'appropriation par les pouvoirs publics de certaines initiatives financées par des projets et par le Fonds mondial, il est urgent d'adopter la contractualisation sociale (marchés publics) pour maintenir une participation communautaire significative.
5. Suivre et gérer un recours réaliste et aussi efficace que possible aux agents de santé communautaires, ceux-ci étant de plus en plus souvent amenés à assurer des soins intégrés centrés sur la personne et à servir de personnes référentes pour les investissements intégrés en faveur des SRPS. Le risque existe que ces agents soient surchargés de travail du fait de programmes intégrés trop nombreux, d'où la nécessité d'activités éducatives et de soutien continues, assorties dans l'idéal d'un mentorat et d'un accompagnement.
6. Développer et mettre en œuvre des systèmes de suivi dirigé par la communauté respectant les orientations normatives, en veillant à ce qu'ils soient effectivement dirigés par les communautés les plus touchées par les trois maladies, incorporent des mécanismes de rétroaction, utilisent les données collectées pour étayer la programmation et s'intègrent aux systèmes de collecte de données standard.
7. En renforçant l'inclusivité et la participation communautaire, trouver l'équilibre entre la nécessité de comprendre la diversité des acteurs communautaires investis dans des processus au niveau du pays, et le besoin crucial de protéger la vie privée et la sécurité des membres de la communauté qui participent à des processus nationaux et autres.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires pour maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte**

1. Les partenaires doivent soutenir une participation communautaire significative et favoriser activement la diversité de la représentation et de la participation communautaires, en particulier l'inclusion des principales parties prenantes communautaires généralement laissées pour compte dans les processus nationaux et les autres processus essentiels.
2. S'il est important d'intégrer les maladies non transmissibles et d'autres priorités aux programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, plusieurs problèmes systémiques pourraient retarder les efforts d'intégration, et il faut comprendre que les nouvelles exigences propres à chaque cycle de subvention ne peuvent pas forcément être satisfaites immédiatement par les pays.
3. L'OMS et l'ONUSIDA doivent mettre à jour les orientations normatives pour demander que les données soient ventilées par genre et par sexe dans toutes les communications.
4. Les partenaires techniques doivent inclure des outils et des orientations pour la ventilation par genre et par sexe dans la documentation relative aux évaluations des questions de genre, des droits humains et des environnements juridiques, car il n'est pas possible actuellement de déterminer le niveau d'implication et de participation des populations de diverses identités de genre.

### **3.3 Maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains**

Globalement, le CTEP a constaté qu'un nombre croissant de demandes de financement faisaient référence aux droits humains et au genre, en reconnaissant l'existence d'obstacles structurels à l'accès aux soins et en admettant qu'il est important de lever les obstacles liés aux droits humains et au genre pour atteindre les objectifs pour les trois maladies, en s'alignant sur la recommandation du Secrétariat qui invite les candidats à joindre des évaluations des droits humains et de l'égalité des genres en annexe aux demandes de financement. Cependant, cette reconnaissance ne débouche pas toujours sur des investissements dans des activités programmatiques concrètes et ces domaines restent largement négligés et sous-financés dans les budgets d'allocation. Dans les deux premières périodes d'examen, les modules et les interventions axés sur les droits humains et les questions de genre représentaient un investissement de 103 millions de dollars US. Le CTEP a observé que des éléments de langage de la stratégie du Fonds mondial étaient mentionnés ou insérés ponctuellement dans certaines demandes de financement sans que ces éléments et les interventions soient associés à des budgets et à des services différenciés dans l'allocation. Par exemple, les populations clés étaient souvent abordées comme une seule population, sans tenir compte des différences, y compris liées au genre, entre plusieurs populations clés et au sein d'une même population clé. Plus de 90 % des demandes de financement des candidats participant à l'initiative « Lever les obstacles »

et/ou bénéficiant de fonds de contrepartie au titre des droits humains ou des questions de genre proposaient un centrage de qualité sur l'équité, le genre et les droits humains.

Concernant l'équité en matière de santé, les candidats du CS7 étaient invités à envisager les inégalités sur la base de diverses dimensions (lieu de résidence, race ou origine ethnique, profession, genre, sexe, religion, éducation, statut socioéconomique, etc.), à tenir compte des facteurs structurels et sociaux sous-jacents et à agir en conséquence. Toutefois, comme cela est mentionné ci-dessus, le CTEP a constaté que ces considérations n'étaient pas suffisamment étayées dans les demandes de financement, sauf dans certaines d'entre elles qui faisaient référence aux particularités propres au sexe, au genre et aux zones rurales/urbaines. Malgré cela, l'établissement des priorités des interventions était limité, même par zone de résidence, sauf dans certaines demandes de financement relatives au paludisme qui hiérarchisaient les interventions en fonction du statut socioéconomique et de la zone géographique/de résidence des personnes les plus touchées par la maladie. De rares demandes de financement relatives à la tuberculose faisaient référence au statut socioéconomique et hiérarchisaient les interventions dans ces zones, surtout pour réduire les coûts catastrophiques du traitement de cette maladie.

### **3.3.1 Intensifier les démarches et les programmes complets visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'ensemble du portefeuille**

Le CTEP a observé une multiplication des lois, politiques et pratiques hostiles dans plusieurs pays. Il s'agit notamment de nouvelles lois ou de lois existantes appliquées plus strictement qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, de niveaux élevés de stigmatisation, d'obstacles à l'enregistrement des organisations et de normes préjudiciables reconnues par les candidats, qui menacent gravement les fragiles acquis obtenus au fil des ans. En outre, dans des contextes où santé publique et droit pénal sont en conflit, certains candidats utilisaient un langage sensible et codé pour nommer les populations clés, bien que celles-ci restent prioritaires dans les cadres et plans stratégiques nationaux.

Toutefois, le CTEP a également noté une reconnaissance accrue des environnements juridiques punitifs, des demandes de financement soulignant et admettant clairement leur impact sur l'accès aux services. Les candidats mentionnaient systématiquement les éléments essentiels des programmes pour éliminer les obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services. La reconnaissance de ces obstacles dans certaines demandes de financement s'est accompagnée d'une intensification des mesures de lutte contre les inégalités et les obstacles liés aux droits humains et au genre. Par exemple, on constate une intégration accrue des interventions liées aux droits humains aux programmes de prévention visant les populations clés, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et une intensification de la prophylaxie préexposition pour les populations clés. En outre, les pays participant à l'initiative « Lever les obstacles » et

bénéficiant de fonds de contrepartie pour les droits humains prévoyaient généralement des interventions de meilleure qualité et, dans certains cas, des allocations plus élevées pour éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre. Certains utilisaient ces fonds de contrepartie pour produire des données probantes et intensifier le support technique au profit du plaidoyer en faveur d'une réforme de la législation.

Le CTEP a également constaté l'institutionnalisation de mécanismes visant à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux soins, à travers l'élaboration de mécanismes et d'outils de communication de l'information et de recours afin de traiter les plaintes pour discrimination et violations des droits humains liées au VIH, avec le soutien des Commissions nationales des droits humains et de ministères, en collaboration avec des acteurs communautaires et avec la participation des populations clés. Ces améliorations comprennent notamment une assistance juridique communautaire aux victimes de discrimination et d'autres violations des droits liés au VIH et à la tuberculose, un soutien accru des contentieux stratégiques, des formes alternatives et communautaires de règlement des différends, y compris la participation de responsables traditionnels et religieux, et un meilleur accès à la justice.

Une augmentation notable des évaluations des questions de genre et des évaluations à l'aide de l'outil *Malaria Matchbox* a été constatée : un nombre considérable de demandes de financement utilisent ces évaluations pour guider les interventions liées au genre et aux droits humains, et celles visant à améliorer l'équité dans la prestation de services, l'accès à ces services et leur utilisation, en particulier dans les subventions ou les composantes relatives au paludisme. Cependant, la qualité des évaluations est variable ; les processus participatifs et la participation communautaire sont insuffisants, faute de temps et de budget pour améliorer la participation communautaire, ce qui nuit à la qualité et à la crédibilité de ces évaluations. De plus, un nombre considérable d'évaluations recommandées dans le cadre du CS6 ont été menées tardivement dans le cycle de subvention et n'ont donc pas guidé la préparation des demandes de financement du CS7, en particulier pour la période 1.

### **3.3.2 Déployer des données quantitatives et qualitatives pour identifier les facteurs d'inégalité en matière de VIH, de tuberculose et de paludisme, et aider au ciblage des ripostes, notamment avec des données ventilées par genre, âge, zone géographique, revenu et population clé et vulnérable**

De nombreux pays citaient la violence fondée sur le genre comme un des principaux obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux services ; des liens plus étroits avec les services de lutte contre cette violence restaient proposés, mais avec des budgets prévus insuffisants dans l'allocation.

Le CTEP a constaté que les évaluations étaient plus nombreuses (évaluations avec l'outil *Malaria Matchbox*, évaluations des questions de genre et des environnements juridiques),

même si elles n'étaient pas encore utilisées de façon systématique pour étayer la programmation, le suivi et l'évaluation et l'établissement des budgets. Les programmes de lutte contre le paludisme ont intégré délibérément des considérations plus larges relatives à l'équité, aux droits humains et au genre ; cette amélioration notable illustre la poursuite du plaidoyer pour l'intégration de ces trois dimensions dans ces programmes.

Certaines demandes de financement adoptaient une démarche fortement axée sur l'équité et les droits en matière de prestation de services de prévention du VIH, conforme aux exigences de centrage de l'allocation et aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, avec des interventions complètes pour surmonter les obstacles juridiques et d'autres obstacles structurels.

Le CTEP a également identifié certaines demandes de financement caractérisées par une forte intégration des objectifs 10-10-10 pour les catalyseurs sociétaux globaux<sup>8</sup>, avec des indicateurs clairs. Ces demandes prévoyaient des interventions fondées sur des données probantes, issues notamment de l'enquête *Gender Analysis and Social Inclusion in Malaria and Immunization*, des interventions claires pour combattre les obstacles liés aux droits humains et au genre, les inégalités et les vulnérabilités dans l'accès des populations clés aux services de lutte contre le paludisme. Cela a conduit à l'ajout d'un nouvel indicateur dans le cadre de performance, ainsi qu'à l'introduction d'indicateurs spécifiques pour mesurer les changements liés au genre prévus dans le programme national de lutte contre la tuberculose.

Dans le cadre de l'initiative multisectorielle « Lever les obstacles », un candidat prévoyait d'élaborer un plan d'action national pour s'attaquer aux obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent le programme de lutte contre la tuberculose, et de mettre en place des comités tuberculose/VIH au niveau des provinces et des districts, en s'engageant à atteindre les objectifs 10-10-10 pour la tuberculose et à les dépasser pour le VIH. Cette demande de financement s'efforçait aussi d'intégrer des ensembles complets de services liés au VIH destinés aux travailleuses du sexe et aux femmes qui consomment ou s'injectent des drogues, comme une éducation et un soutien spécifiques au genre assurés par des paires (travailleuses de proximité formées à cet effet) ; des espaces et/ou des créneaux réservés aux femmes dans les centres de consultation ; des liens avec la santé sexuelle et reproductive ; et la formation d'organisations de la société civile à la prise en charge de la santé mentale et de la violence fondée sur le genre intégrée dans des ensembles complets de services liés au VIH pour des populations clés particulières.

Cependant, les données utilisées dans plusieurs demandes de financement ne sont toujours pas ventilées par âge et par genre, ce qui limite l'établissement des priorités. Dans certains cas, les données sont collectées, mais figurent seulement dans les tableaux des données essentielles, et peu d'éléments attestent de leur utilisation dans la demande de financement.

---

<sup>8</sup> ONUSIDA (2021) *Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030*  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021-political-declaration\\_summary-10-targets\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-political-declaration_summary-10-targets_en.pdf)

### **3.3.3 Utiliser les capacités diplomatiques du Fonds mondial pour contester les lois, les politiques et les pratiques qui entravent la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme**

Les fonds de contrepartie ont démontré leur utilité pour accroître et accélérer les efforts globaux visant à éliminer les obstacles liés à l'équité, aux droits humains et au genre qui freinent l'accès aux services, notamment une réforme de l'environnement juridique et des lois punitives contre les populations clés et vulnérables, et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Dans les pays où l'environnement juridique est de plus en plus restrictif, la plupart des demandes de financement reconnaissaient cet état de fait et avaient pu planifier des activités de plaidoyer pour la prestation de services de santé publique, sans nécessairement mettre l'accent sur le financement du plaidoyer en faveur de réformes du droit pénal et de l'application des lois. Le Fonds mondial a également eu une influence positive quand, par exemple, un candidat d'un contexte d'intervention difficile a pu (pour la première fois) inclure une programmation ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes malgré le climat politique difficile et les sanctions pénales en vigueur dans le pays.

#### **Recommandations aux candidats pour maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains**

1. Améliorer les efforts en cours visant à utiliser les conclusions des évaluations pour guider les interventions, l'établissement des priorités et l'établissement des budgets des programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre, ainsi que les interventions fondées sur les droits humains et transformatrices de genre qui renforceront également l'équité.
2. Traduire les évaluations des programmes relatifs aux droits humains, des questions de genre et de l'environnement juridique en interventions concrètes et transformatrices, inscrites dans le budget de l'allocation.
3. Les candidats doivent investir dans le suivi dirigé par la communauté pour pouvoir riposter rapidement en cas de violations de droits dans des environnements hautement évolutifs.
4. Les candidats doivent entreprendre et/ou exploiter les analyses existantes des questions d'équité, de droits humains et de genre pour actualiser les programmes ciblant les agents de santé communautaires.
5. Les candidats doivent allouer un budget adéquat pour éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre et investir dans des structures et des systèmes locaux qui seront particulièrement efficaces et dont l'impact sera maximal à cet effet.
6. Les pays participant à l'initiative « Lever les obstacles » et les autres candidats doivent de plus en plus envisager une planification à plus long terme de la réforme des lois et règlements (relatifs p. ex. à la criminalisation, à l'inclusion des populations clés dans la couverture sanitaire universelle) qui créent des obstacles à la prévention des trois maladies et à l'accès aux services, où les ICN joueront un rôle moteur.

## **Recommandations aux partenaires techniques et au Secrétariat pour maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains**

1. Les partenaires techniques doivent soutenir les candidats dans le renforcement des liaisons en matière de violence fondée sur le genre (politique, financement et prestation de services) à l'échelle du pays. Ils doivent également explorer activement l'élaboration de nouvelles orientations normatives à l'intersection des maladies et de la violence fondée sur le genre, en particulier dans les zones de conflit.
2. Les partenaires techniques et le Secrétariat doivent maintenir leur soutien aux pays au travers d'évaluations des questions de genre et/ou de droits humains et de l'outil *Malaria Matchbox*.
3. Le Secrétariat doit tirer des enseignements de l'utilisation de l'annexe sur les priorités de financement de la société civile et des communautés les plus touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme, continuer à renforcer ses processus connexes et envisager d'inclure cette annexe dans les dossiers des demandes de financement, en particulier dans les environnements politiques et juridiques difficiles.
4. Les partenaires dans le pays doivent prendre l'initiative d'identifier les besoins émergents dans les contextes hostiles.
5. Le Secrétariat doit envisager de mobiliser des ressources supplémentaires pour intensifier l'initiative « Lever les obstacles » et les fonds de contrepartie en vue d'accroître le nombre de pays participants et d'étudier de nouveaux partenariats avec d'autres donateurs et parties prenantes centrés sur le renforcement de l'égalité des genres, de l'équité et des droits humains.
6. Bien qu'il soit capital qu'une importance accrue ait été accordée aux droits humains et au genre dans la stratégie du Fonds mondial, et que le rôle central des communautés soit reconnu, le module visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre doit être complété par l'inclusion d'interventions liées aux droits humains comme la « réforme législative et réglementaire » dans le module SRPS.
7. Le Secrétariat envisagera d'identifier les pays qui présentent des environnements difficiles en matière d'équité, de droits humains et de genre, qui ne sont pas nécessairement des contextes d'intervention difficiles, pour leur accorder une attention particulière et un soutien accru pendant la préparation des demandes de financement et la mise en œuvre des subventions.

### **3.4. Mobiliser davantage de ressources**

Le CTEP a noté une amélioration générale de la façon dont les demandes de financement abordent la pérennité, le rapport coût-efficacité et le cofinancement, en particulier par rapport à celles du CS6. Cependant, les améliorations décrites ci-dessous restent nécessaires.

#### **3.4.1 Catalyser des ressources nationales pour la santé**

Les évaluations et les recommandations du CTEP relatives aux efforts déployés par les pays pour mobiliser des ressources accrues ont été faites dans le contexte de la crise macrofiscale mondiale actuelle, et de niveaux élevés de surendettement et d'inflation qui devraient limiter considérablement la marge de manœuvre budgétaire pour la santé à moyen terme. Le CTEP salue l'engagement des candidats à augmenter le financement

national en faveur de la santé et de la lutte contre les trois maladies, et les progrès obtenus – quoiqu'à des degrés divers – en vue du financement durable de leurs programmes. Il constate que certaines demandes de financement reconnaissent l'importance de la mobilisation des ressources nationales, et que quelques pays, malgré de fortes turbulences macroéconomiques, ont conçu des feuilles de route pour pérenniser la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, dont la mise en œuvre est en cours.

Il a toutefois observé une dépendance continue à l'égard du financement externe et des ressources publiques nationales pour la santé insuffisantes dans de nombreuses demandes de financement. La nécessité d'une mobilisation accrue des ressources mise en évidence dans de précédents examens du CTEP reste d'actualité dans ce cycle de subvention, pour une proportion importante des demandes de financement. Certains pays ont connu une croissance économique solide ces dix dernières années, mais les investissements dans le secteur de la santé y restent chroniquement insuffisants. Les candidats notent la baisse des dépenses gouvernementales dans certains cas, mais ne la considèrent pas comme un risque majeur pour la mise en œuvre des programmes ou n'en analysent pas l'impact sur la prestation des services.

La plupart des candidats ne proposent pas de plan visant à obtenir les ressources nécessaires pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et le secteur de la santé, ce qui met en péril la pérennité financière des investissements destinés à combattre les trois maladies, ainsi que les objectifs de couverture sanitaire universelle. Dans d'autres cas, les activités spécifiques visant à accroître la mobilisation ne sont pas clairement décrites. Souvent, les plans pour la pérennité qui ont été élaborés ne sont pas mis en œuvre. Certaines demandes de financement mentionnent sans détour la mauvaise gestion des finances publiques comme l'un des obstacles qui empêchent d'assurer les décaissements en temps utile pour faciliter la prestation des services.

## **Recommandations aux candidats pour mobiliser davantage de ressources**

1. Il est conseillé aux candidats d'analyser la marge de manœuvre budgétaire, en accord avec les partenaires, dans l'optique d'un plaidoyer fondé sur des données probantes en vue d'augmenter ou au moins de maintenir les ressources nationales allouées à la santé, et d'affiner leur stratégie de financement du secteur de la santé, y compris des mécanismes réalistes pour la mobilisation des ressources nationales (p. ex. taxe comportementale, amélioration de l'assiette fiscale, optimisation du recouvrement des impôts et du respect des obligations fiscales, développement de régimes d'assurance nationaux).
2. Face à une planification très lente de la pérennité et de la transition dans plusieurs pays, y compris dans les portefeuilles à fort impact, ces candidats doivent mener des analyses et commencer à planifier rapidement la transition vers l'appropriation nationale.
3. Dans plusieurs cas, le CTEP a reconnu que le candidat n'avait pas de prise sur les importants déficits de financement imputables, par exemple, à des catastrophes naturelles ou à de sombres perspectives macro-économiques. Dans de tels cas, les candidats doivent rechercher d'autres sources de financement externe et continuer à prendre des mesures modestes, mais décisives pour planifier la pérennité et mettre en œuvre les feuilles de route.
4. Pour les pays sur le point d'éliminer le paludisme, le CTEP souligne l'importance d'investir de façon urgente dans la pérennité et d'allouer des ressources financières nationales suffisantes pour prévenir la réintroduction et la résurgence de la maladie.
5. Les candidats investissent dans des systèmes de suivi des dépenses publiques consacrées à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, en particulier dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, et pour utiliser des indicateurs de processus plus directs de la qualité de la gestion des finances publiques, tels que le décaissement en temps utile du financement demandé. Lorsque des dépenses sont engagées à l'échelle infranationale, les entités concernées doivent aussi rendre des comptes sur le respect des exigences en matière de dépenses et de cofinancement.

## **Recommandations aux partenaires techniques et au Secrétariat pour mobiliser davantage de ressources**

1. Le Secrétariat doit encourager les candidats à communiquer des indicateurs de gestion des finances publiques comme les dépenses consacrées à la lutte contre les trois maladies dans le cadre de performance, à participer à la conception de solides systèmes de suivi des progrès réalisés en matière de gestion financière et à l'investissement dans ces systèmes.
2. À mesure que les décisions relatives aux dépenses sont déléguées aux structures administratives de plus bas niveau, ces systèmes doivent en particulier assurer le suivi des budgets et des dépenses à l'échelle infranationale. À cet égard, les gouvernements doivent être encouragés à rendre les entités infranationales redevables elles aussi de la contribution des pays aux exigences en matière de dépenses et de cofinancement.
3. Le CTEP recommande vivement que le Fonds mondial demande aux pays de suivre et de communiquer les indicateurs recommandés par le FMI sur la dépendance à l'égard des financements externes et sur l'intégration de la gestion des finances publiques incluant les subventions du Fonds mondial qui sont inscrites au budget et conformes au budget.

### **3.4.2 Mettre davantage l'accent sur le rapport coût-efficacité pour réduire les coûts et améliorer l'efficacité, l'équité et la pérennité**

Le CTEP a constaté que plusieurs activités et postes budgétaires de certaines demandes de financement ne présentaient pas un bon rapport coût-efficacité et n'étaient pas axés sur la pérennité. Il s'agit notamment des coûts élevés liés aux ressources humaines dans la gestion des programmes, des nombreuses indemnités journalières, des primes à la performance et autres compléments de salaire, des frais de déplacement et de l'assistance technique externe.

Le CTEP signale des cas d'établissement des priorités biaisé lorsque les coûts de gestion des programmes ont augmenté par rapport au CS6, même si les interventions clés ont été radicalement réduites et souffrent d'importants déficits de financement. Certains candidats signalent une hausse du financement national pour les programmes, mais ces fonds sont en grande partie affectés au soutien des infrastructures, malgré d'importants déficits de financement des produits essentiels et des ressources humaines pour la santé.

Dans quelques cas, l'occasion a été manquée d'améliorer le rapport coût-efficacité en modifiant le mécanisme des paiements de l'assurance-maladie sociale qui favorise les soins tertiaires plutôt que les soins primaires, moins coûteux et plus efficaces.

Le CTEP a également noté le problème persistant du montant élevé des dépenses de santé non remboursées et du sous-financement des systèmes publics d'assurance-maladie, reconnu dans plusieurs demandes de financement. Le CTEP a fait état de préoccupations concernant l'impact sur l'équité de la proposition d'un candidat de préparer une initiative de mobilisation des ressources instituant une participation financière des patients.

#### **Recommandations aux candidats concernant le rapport coût-efficacité**

1. Les candidats doivent veiller à ce que les budgets de gestion des programmes soient efficaces et ne contiennent rien de superflu.
2. Ils doivent suivre de manière plus systématique et régulière leurs progrès en matière de réduction des dépenses de santé non remboursées des ménages.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires concernant le rapport coût-efficacité**

1. Les partenaires techniques doivent aider les candidats à mener des analyses d'allocation et d'efficacité technique de leurs programmes et à intégrer les résultats dans leurs demandes de financement.
2. Afin d'assurer la production de données probantes sur l'impact, en termes d'équité, des investissements du programme et des mécanismes de protection financière nationaux comme l'assurance-maladie sociale, les partenaires doivent aider les candidats à mener des enquêtes et des études périodiques sur les dépenses de santé non remboursées.
3. Le Secrétariat et le département du Financement de la santé doivent fournir aux pays des orientations claires et concrètes ainsi que des conseils d'experts expliquant comment prendre des décisions en fonction du rapport coût-efficacité, notamment faire des compromis entre les cinq dimensions du rapport coût-efficacité. Les orientations actuelles énoncent clairement les principes ; le Secrétariat doit fournir des exemples pratiques qui aideront les pays à appliquer ces principes lors de la conception de leurs programmes. En outre, les pays ont besoin d'un soutien plus concret pour la prise de décision et pour évaluer les compromis entre les cinq principes.

### **3.4.3 Tirer parti des modèles de financement mixte et des échanges dette-santé**

Le CTEP s'est réjoui que certaines demandes de financement utilisent des mécanismes de financement mixte (avec des banques multilatérales) pour optimiser l'impact sur le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il estime que les projets de financement mixte, souvent axés sur l'expansion de la couverture sanitaire universelle, offrent une occasion de faire avancer les réformes nécessaires pour renforcer l'intégration des achats stratégiques de services de santé. En outre, le CTEP a noté avec satisfaction la mise en commun virtuelle d'investissements du Fonds mondial et de prêts de la Banque mondiale dans plusieurs pays faisant partie des contextes d'intervention difficiles, ce qui garantit l'alignement et l'intégration avec des programmes de soins de santé primaires plus larges.

Plusieurs de ces programmes intègrent toutefois une composante de financement en fonction de la performance des prestataires ; le succès des programmes de financement en fonction de la performance des prestataires dépend beaucoup du contexte, de la conception et de solides mécanismes de suivi et d'évaluation. Les demandes de financement ne fournissaient pas suffisamment d'informations sur le rapport coût-efficacité des programmes de financement en fonction de la performance associés aux programmes de financement mixte.

### **Recommandations aux candidats concernant le financement mixte**

1. Le CTEP observe que, d'après des données probantes provenant de contextes similaires, le financement en fonction de la performance des prestataires n'est pas forcément la modalité la plus efficace et ne peut, à lui seul, supprimer les goulets d'étranglement du système de santé. Si le candidat ne peut pas fournir de preuves solides du rapport coût-efficacité de son programme de financement en fonction de la performance et que l'efficacité de ce dernier n'est pas démontrée, le CTEP l'invite à reconsidérer son approche.
2. Au fur et à mesure de l'institutionnalisation du financement en fonction de la performance, le suivi systématique des enseignements tirés de la mise en œuvre de projets pilotes est nécessaire pour continuer à éclairer et à consolider la conception des plans de financement en fonction de la performance.

### **Recommandations au Secrétariat concernant le financement mixte**

1. Le CTEP souhaite attirer l'attention du Secrétariat du Fonds mondial, en particulier des équipes de pays et du département du Financement de la santé, sur l'importance de suivre de près les projets de financement mixte. La modalité de financement en fonction de la performance des prestataires, souvent associée aux candidatures faisant appel au financement mixte, est une intervention complexe qui englobe plusieurs composantes étroitement liées, ce qui nécessite des réformes institutionnelles.
2. Des études universitaires et la récente évaluation de l'impact du financement en fonction de la performance des prestataires menée par la Banque mondiale concluent que les incitations financières donnent des résultats mitigés et ne sont pas toujours aussi efficaces que d'autres programmes comme le financement direct des structures et le financement lié à la demande. De plus, il est démontré que les programmes de financement en fonction de la performance ne garantissent pas que les pays mettront en œuvre les réformes de financement de la santé nécessaires en vue d'effectuer des achats plus stratégiques.

#### **3.4.4 Soutenir les systèmes nationaux de financement de la santé**

Le CTEP a également remarqué que si l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme à l'assurance-maladie sociale offre une voie prometteuse vers un financement durable, les progrès du développement de l'assurance-maladie sociale sont lents et inégaux. Il a constaté l'impact des déficits de financement et des goulets d'étranglement de l'assurance-maladie sociale sur une fourniture stable de produits de santé et sur la part dont l'assuré doit s'acquitter. Ces goulets d'étranglement nuisent à la continuité des services.

## **Recommandations aux candidats concernant les systèmes de financement de la santé**

1. Le CTEP encourage les candidats à accélérer le recours au financement national (budgets nationaux et infranationaux) et l'utilisation de systèmes d'achat nationaux afin de passer des contrats avec des organisations de la société civile et le secteur privé pour la fourniture de systèmes de santé. Un suivi systématique des enseignements tirés de la mise en œuvre des projets pilotes de contractualisation sociale est nécessaire pour continuer à guider et consolider la conception du modèle.
2. Concernant l'assurance-maladie sociale, lorsque le cadre juridique le permet, le CTEP recommande que les services de lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose soient chiffrés et intégrés à l'ensemble des prestations de soins et qu'il existe des plans clairs pour assurer l'équité et la protection sociale des plus démunis. Cependant, les pays doivent assurer le financement des activités de santé publique non couvertes par l'assurance-maladie sociale.
3. Le CTEP encourage les candidats à continuer d'affiner leurs politiques en matière d'assurance-maladie sociale en s'attaquant aux zones d'inefficacité comme le mécanisme de paiement des prestataires, la prestation de services centrée sur l'hôpital et les dépenses pharmaceutiques.

## **Recommandations au Secrétariat et aux partenaires**

1. Le CTEP considère que les mécanismes de marchés publics et d'assurance-maladie sociale proposés sont des stratégies complémentaires prometteuses pour la mobilisation des ressources et l'appropriation nationales des programmes. Toutefois, les pays peinent à mener les réformes politiques, juridiques, financières et réglementaires complexes nécessaires pour institutionnaliser ces mécanismes. Il est compréhensible que le Fonds mondial apporte un soutien prudent à ces réformes, compte tenu du risque programmatique et financier qu'elles présentent. Le CTEP juge encourageant d'avoir identifié, durant ses examens, des pays où le Fonds mondial a joué un rôle de catalyseur important pour faire progresser ces réformes en assurant un financement et un soutien institutionnel. Il invite le Secrétariat à partager les enseignements tirés de ces pays et à inciter d'autres pays (et équipes de pays) à envisager de telles approches.