Démarche de redéfinition des des priorités programmatiques – CS7

Protéger et faciliter l’accès aux services vitaux

Date de publication : 6 juin 2025
Date de mise à jour : 10 juin 2025

Les directives contenues dans le présent document ne sont pas contraignantes ; toute décision concernant une modification des activités actuelles au titre d’une subvention doit être adaptée au contexte du pays.

Sommaire

Introduction 3

Considérations d'ordre général 4

Plans de contingence en prévision de scénarios de réduction du financement : report d'activités du CS6 et du CS7 7

VIH 9
Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH 12
Tuberculose et VIH 14
Élimination de la transmission verticale (de la mère à l'enfant) 16
Dépistage du VIH 18
Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose 28

Tuberculose 34
Utilisation optimale et efficace des ressources et des outils 34
Priorisation des interventions et des activités dans la cascade des soins 36
Dépriorisation d'interventions et d'activités financées par le Fonds mondial 39

Paludisme 41
Gestion des cas 42
Lutte antivectorielle 45
Adaptations pour les activités opérationnelles (applicables surtout aux campagnes, mais adaptables à d'autres canaux) 49
Chimioprévention 52
Surveillance épidémiologique et suivi et évaluation 54

Considérations relatives aux produits de santé et aux achats 57

SRPS 61
Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires 63
Systèmes de gestion des produits de santé 67
Renforcement des systèmes de laboratoire intégrés 70
Systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation 72
Renforcement des systèmes communautaires 77
Systèmes de financement de la santé 79
Renforcement des systèmes de surveillance 82
Oxygène médical et soins respiratoires 83

Introduction

Le présent document s'adresse aux équipes de pays, aux instances de coordination nationale[1] et aux récipiendaires principaux appelés à revoir la priorité des interventions au titre des subventions du Fonds mondial pour le cycle de subvention 7 (CS7). L'objectif est que cet exercice soit réalisé dans le respect du principe de conception et de gestion des programmes par les pays et de la mission du Fonds mondial, qui est de sauver des vies.

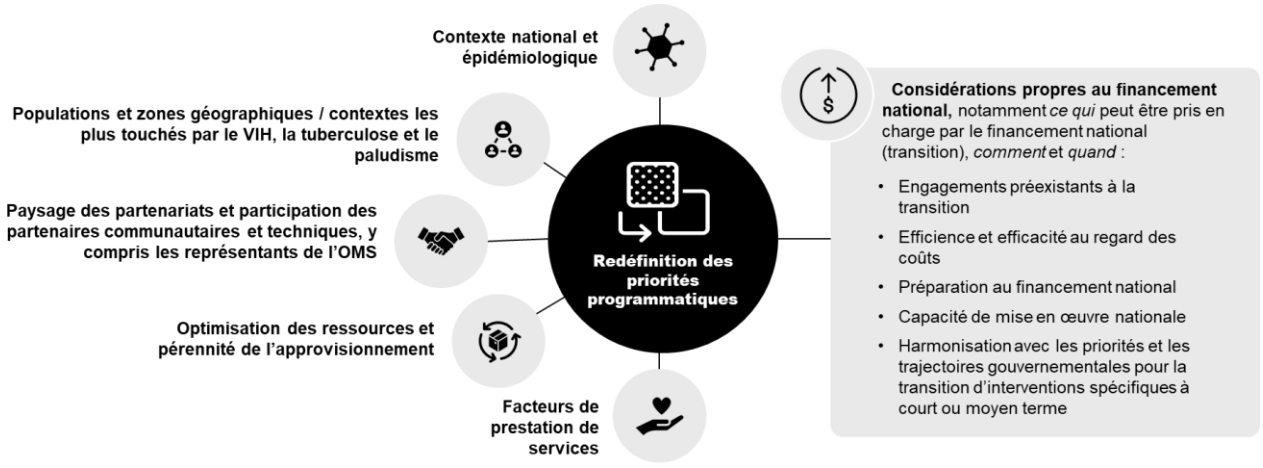
Tout changement de priorité doit être adapté au contexte de la subvention et du pays, avec une prise en compte des interdépendances programmatiques et de toutes les sources de financement. En préparation du cycle de subvention 8 (CS8), les décisions sur la redéfinition des priorités et les révisions des subventions du CS7 doivent être prises en tenant compte de l'intégration, du rapport coût-efficacité et de la pérennité à long terme des activités de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au sein des services de soins de santé primaires et des systèmes de santé et communautaires des pays. Voir la section SRPS et intégration ci-dessous.

La redéfinition des priorités vise uniquement les subventions du CS7. Les activités actuellement approuvées liées au C19RM devraient se poursuivre, compte tenu de la nécessité de maintenir le rythme d'exécution au cours de la période de mise en œuvre du C19RM. Si les discussions sur la redéfinition des priorités touchent les contributions du secteur privé, les investissements catalytiques (p. ex. les fonds de contrepartie) ou les transactions de financement mixte, veuillez consulter directement votre équipe de pays du Fonds mondial.

En préparation à cet exercice de redéfinition des priorités, les équipes de pays du Fonds mondial ont travaillé avec les instances de coordination nationale et les récipiendaires principaux au cours des derniers mois dans le but de reporter ou de suspendre des activités de subvention spécifiques au titre des subventions en cours du cycle de subvention 6 (CS6) et du cycle de subvention 7 (CS7). Le report ou la suspension de ces activités vise à maximiser le financement disponible pour les services vitaux essentiels (voir la section 3 du présent document). Les orientations sur la marche à suivre pour réviser les subventions seront publiées séparément.

[1] Dans le présent document, « instance de coordination nationale » englobe toute instance de coordination régionale, toute organisation régionale ou tout autre candidat, selon le cas.

Figure 1 : Les décisions sur la redéfinition des priorités programmatiques doivent tenir compte du contexte du pays et de toutes les sources de financement.



Comment utiliser ce document ?

Ce document est subdivisé en sections spécifiques aux modules ou aux interventions liées au VIH, à la tuberculose, au paludisme et aux systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS), complétées par une section sur les produits de santé et les achats. Dans chaque chapitre, des changements dans l'ordre de priorité d'interventions spécifiques sont proposés, ainsi que des domaines où des gains d'efficacité ou une optimisation des investissements pourraient être réalisés.

Considérations d'ordre général

Égalité, droits humains, genre et systèmes communautaires

Les interventions clés visant à réduire les obstacles liés à l'équité, aux droits humains et au genre doivent être priorisées afin que les populations les plus touchées puissent accéder sans entrave aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. La disponibilité des services à elle seule est jugée insuffisante. Les interventions doivent être conçues de manière à garantir que les populations clés, vulnérables et mal desservies puissent y accéder et en bénéficier. L'accent doit être mis sur la participation soutenue des communautés tout au long de la cascade de soins. Les pays doivent s'efforcer d'éliminer les obstacles structurels dans les systèmes de santé et communautaires, comme la stigmatisation, la discrimination et la violence fondée sur le genre. Ces obstacles sont exacerbés dans de nombreux contextes, en raison des coupures dans le financement de la santé.

Le maintien et le renforcement des systèmes communautaires sont essentiels si l'on souhaite atteindre les populations les plus touchées. Il s'agit notamment de garder en fonction les pairs cadres communautaires et de s'assurer que les mécanismes de prestation de services dirigés par la communauté sont optimisés, restent fonctionnels et bien soutenus. Cela exige de préserver les investissements qui contribuent à une meilleure coordination entre les plateformes de prestation de soins de santé formelles et communautaires.

L'intégration dans les soins de santé primaires doit s'accompagner d'efforts visant à rendre les services accessibles et acceptables pour les populations les plus touchées, notamment au moyen d'activités de renforcement des compétences en prestation de soins inclusifs, respectueux, exempts de stigmatisation, sensibles au genre et adaptés à l'âge. En outre, les mécanismes de suivi dirigé par la communauté et de redevabilité jouent un rôle essentiel dans l'identification et le traitement des violations des droits et l'adaptation des systèmes de santé aux besoins des personnes les plus exposées aux risques. Dans un même temps, il importe d'éviter de soutenir des programmes de suivi communautaire indépendants ou expérimentaux pour l'instant, comme il est indiqué dans le présent document.

Cela dit, ces domaines d'investissement ne doivent pas être réduits de manière disproportionnée, compte tenu de leurs effets immédiats et à long terme sur la levée des obstacles à l'accès aux services. La redéfinition des priorités doit être considérée comme un processus décisionnel holistique à l'échelle du pays. Chaque décision doit être soupesée au regard de ses impacts cumulés ou de ses conséquences indésirables sur les populations vulnérables, et du risque qu'elle aggrave les obstacles à l'accès aux soins de santé ou les iniquités.

Par exemple, les impacts d'une réduction des investissements dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour les femmes enceintes peuvent se conjuguer aux impacts d'une réduction des services de santé sexuelle et reproductive et de protection sociale pour les adolescentes et les jeunes femmes, avec pour résultat une aggravation des inégalités de genre et des résultats en matière de santé maternelle et infantile.

SRPS et intégration

Le Fonds mondial encourage toujours les pays à financer les interventions de lutte contre les maladies de manière plus intégrée et durable, à intégrer l'équité, les droits humains et l'égalité des genres dans chaque intervention, tout en accordant la priorité au renforcement des systèmes pour maximiser l'impact et la résilience.

La hiérarchisation des activités spécifiques aux maladies doit être envisagée dans l'optique des domaines prioritaires des SRPS, y compris les ressources humaines pour la santé (en particulier les agentes et agents de santé communautaires), les systèmes de la chaîne

d'approvisionnement, les services et le suivi communautaires et dirigés par la communauté, les systèmes de données (systèmes d'information sanitaire, système d'information pour la gestion logistique, laboratoires, etc.), les systèmes intégrés de laboratoire et d'autres fonctions à l'appui de la qualité et de l'équité d'accès de ces activités. D'autres considérations à l'appui de la pérennité sont également présentées dans la section SRPS.

Optimisation des ressources

Le Fonds mondial exige que toutes les demandes de financement présentent un bon rapport coût-efficacité (optimisation des ressources), c'est-à-dire qu'elles maximisent et maintiennent la qualité et l'équité des produits, des résultats et de l'impact en santé au regard du niveau d'investissement. L'optimisation des ressources est démontrée à travers les cinq dimensions suivantes : économie, efficacité, efficience, équité et pérennité. Les candidats sont invités à consulter la Note d'information technique sur l'optimisation des ressources pour comprendre comment obtenir un bon rapport coût-efficacité.

Financement national

Lorsque l'on examine le paysage de financement d'un pays, il est impératif de tenir compte du rôle que joue le financement national dans le maintien des interventions essentielles à la riposte au VIH, à la tuberculose et au paludisme et à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Il importe également de déterminer quels sont les investissements les plus utiles à la transition vers le financement national à court, à moyen et à long terme. Une démarche de financement national spécifique au contexte et ciblée évite les perturbations des programmes, pérennise les interventions essentielles et évite, dans la mesure du possible, d'accroître la dépendance vis-à-vis du financement du Fonds mondial. La possibilité de réduire cette dépendance, au moins pour les interventions critiques, doit être envisagée dans la redéfinition des priorités, surtout dans un contexte où des pressions à long terme pourraient s'exercer sur les ressources du Fonds mondial.

La transition d'investissements spécifiques vers un financement national dépend du contexte et de plusieurs facteurs, énumérés ci-dessous.

1. **Paysage de financement, y compris de la santé.** Qui finance quoi actuellement, comment la situation évolue-t-elle ou pourrait-elle évoluer ?
2. **Espace budgétaire et situation économique.** Quelle est la capacité à moyen et à long terme des pays à augmenter le financement d'interventions et de postes budgétaires spécifiques ?
3. **Engagements de cofinancement pour le CS7.** Quels sont les engagements officiels du pays pour le CS7, quels sont les progrès accomplis vers leur réalisation, et sur lesquels pourrait-on s'appuyer ?

4. **Quelles interventions sont les meilleures candidates à la transition vers le financement national ?** En quoi consiste la démarche de transition pour des interventions spécifiques ?
5. **Mise à l'échelle des interventions pertinentes.** Avec quelle rapidité des interventions spécifiques pourraient-elles être confiées au financement national ?

Cibles des subventions
Nous ne recommandons pas la révision des cibles des subventions à la suite d'un exercice de redéfinition des priorités et de réinvestissement des subventions. L'objectif est de réduire au minimum les perturbations et de permettre aux récipiendaires principaux de se concentrer sur la mise en œuvre plutôt que sur la révision du cadre de performance.

Plans de contingence en prévision de scénarios de réduction du financement : report d'activités du CS6 et du CS7

Le Fonds mondial a initialement publié cette section en avril 2025 pour aider les récipiendaires principaux à prendre des décisions concernant le report d'activités transversales au titre des subventions du CS6 et du CS7. Le report des investissements vise à conserver les services vitaux critiques, en mettant en pause certains domaines d'investissement afin de maximiser le financement disponible. Toute décision sur un tel report doit être prise en fonction du contexte de la subvention et du pays, avec une prise en compte des interdépendances programmatiques.

Activités transversales devant être immédiatement interrompues, réduites ou reportées

- **Projets de mise à niveau d'infrastructures qui n'ont pas encore progressé de façon substantielle ou dont l'achèvement avant la fin du CS7 est peu probable** (p. ex. les infrastructures d'entreposage, de stockage ou de gestion des déchets dont la construction n'a pas encore commencé). Plus précisément, si la construction n'a pas commencé et qu'il n'existe pas de plan précis d'achèvement dans le respect des délais et du budget, envisager des alternatives moins risquées.
- **Achat de nouveaux véhicules ou d'équipements informatiques, de laboratoire et autres.** Prioriser la réparation, la maintenance et la couverture de garantie assurant la précision des instruments et maximiser la durée de vie utile des équipements. Accélérer les discussions avec le ministère de la Santé pour qu'il assume le financement de la maintenance des serveurs, des frais de licence le cas échéant, des garanties et des coûts d'entreposage des équipements.

- Participation à des **conférences** ou à des voyages d'études.
- **Formation continue de type « atelier » indépendante et hors du lieu de travail ou des activités** (p. ex. les formations de remise à niveau) sur une seule maladie pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires (y compris les pairs).
- **Coûts des réunions** pour l'élaboration, la coordination, la validation et la diffusion des politiques, y compris les locaux, les indemnités journalières et les rafraîchissements. Les pays doivent tirer parti des structures existantes du ministère de la Santé, des districts ou des villages, ou utiliser des plateformes virtuelles. Les réunions essentielles qui favorisent l'intégration et la pérennité (p. ex. la finalisation d'un plan de pérennité pour les agentes et agents de santé communautaires) peuvent être maintenues, mais doivent être nettement moins coûteuses au chapitre des déplacements (nombre de participants, durée des réunions, etc.). Les dépenses de déplacement pour la participation des populations clés et vulnérables aux forums techniques et à la prise de décision peuvent être conservées si elles garantissent des processus inclusifs et équitables. L'objectif n'est pas de cesser ces activités, mais de les planifier dans un souci d'économie et de maintien d'une participation significative.
- **Nouvelles enquêtes, études, évaluations et nouveaux examens,** y compris les enquêtes sur les indicateurs du paludisme, les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes sur la prévalence (p. ex. de la tuberculose), les enquêtes sur la pharmacorésistance du VIH, les enquêtes biocomportementales intégrées, les examens nationaux de la qualité des données, les évaluations harmonisées des structures de santé, les évaluations d'impact rapide, les enquêtes de recherche opérationnelle et les mesures des indicateurs clés de performance qui n'ont pas encore commencé. Les audits ciblés des données sur les thérapies antirétrovirales peuvent demeurer utiles à court terme, mais les pays doivent opter pour des activités intégrées d'assurance qualité des données numériques de routine, dans une optique d'efficacité et de durabilité. Exception : les évaluations ciblées des structures de santé doivent être maintenues aux fins de la communication des indicateurs clés de performance au Conseil d'administration, à moins que ne soient trouvées d'autres méthodes de collecte de données sur ces indicateurs.
- **Impression et publication de documents,** sauf les outils de collecte de données et de communication de l'information, comme les registres des hôpitaux, des laboratoires, des structures et des agentes et agents de santé communautaires, qui ne sont pas numérisés. Il est préférable de tirer profit des technologies numériques.
- **Programmes et supports pour le changement de comportement,** campagnes médiatiques (p. ex. pour la prévention du VIH) et évènements de lancement (p. ex. les campagnes de lutte contre le paludisme). Privilégier la communication virtuelle et interpersonnelle plutôt que les documents imprimés. Exceptions : identifiants essentiels pour les distributeurs de la campagne ou les acteurs communautaires nécessitant une pièce d'identité (p. ex. les brassards, les t-shirts, les casquettes).
- **EPI** (équipement de protection individuelle) non essentiel à la protection du personnel ou des patients (p. ex. cesser d'acheter des masques pour le personnel des campagnes de moustiquaires imprégnées d'insecticide ou de chimioprévention du

paludisme saisonnier). Continuer de distribuer des EPI pour la lutte contre la tuberculose, en particulier aux patients atteints de tuberculose pharmacorésistante et au personnel soignant, y compris les agentes et agents de santé communautaires.

- **Journées commémoratives,** évènements et campagnes médiatiques génériques, et les produits connexes (p. ex. les t-shirts, les cahiers, les stylos).
- **Activités de plaidoyer indépendantes.** Exceptions : activités qui se sont avérées efficaces pour influencer les décideurs ou préserver des services essentiels, ou activités liées à l'utilisation des données de suivi dirigé par la communauté.
- **Supervision d'une maladie ou d'un service unique.** Réduire ces activités tout en répondant aux besoins en matière de services. Par exemple, la supervision mensuelle prévue peut devenir trimestrielle, dans la mesure du possible, avec des enregistrements virtuels.
    - Réduire les intrants, comme le nombre de superviseurs ou le nombre de jours de supervision, en ciblant les supervisions sur les résultats lacunaires.
    - Réduire la fréquence de supervision des structures ou des districts qui obtiennent systématiquement de bons résultats. Cibler les structures les moins performantes.
    - Déprioriser la supervision du niveau national au niveau décentralisé, y compris les structures publiques et les organisations de la société civile. Prioriser plutôt la supervision au niveau infranational, c'est-à-dire des districts jusqu'au niveau des soins de santé primaires, et renforcer les liens entre les organisations de la société civile et les acteurs locaux du système de santé.
- **Frais d'exploitation.** Trouver des gains d'efficacité dans la gestion programmatique, les coûts de l'Unité de gestion de programmes et les déplacements dans le pays.

VIH

Ce chapitre est organisé comme le module VIH du cadre modulaire du Fonds mondial pour le CS7. S'appuyant sur les principes énumérés ci-dessous, on y propose un changement de priorité d'interventions spécifiques, ainsi que des gains d'efficacité au niveau des interventions.

- **Priorité 1.** Sauver des vies en priorisant les interventions de traitement et de prise en charge du VIH, notamment l'achat d'antirétroviraux et la prestation des services (p. ex. la fourniture de thérapie antirétrovirale, le soutien à l'observance du traitement), ainsi que le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose et de la maladie à VIH à un stade avancé.

- **Priorité 2.** Rechercher les personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas sous traitement antirétroviral, et les orienter vers les services de traitement, de prise en charge et de soutien. Orienter les autres vers la prévention du VIH. Soutenir le dépistage du VIH parmi les personnes présentant un risque élevé de contracter le virus, au moyen d'approches efficaces au regard des coûts (comme le dépistage basé sur le réseau, y compris le dépistage index et les services aux partenaires), le dépistage des personnes présentant un risque élevé de mortalité (comme dans les centres de traitement de la tuberculose), le dépistage intégré aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, les services ciblant les populations clés et les services de conseil et de dépistage à l'initiative des soignants. Appuyer l'intégration du dépistage aux services de soins prénatals dans les contextes d'incidence élevée, ainsi que la prophylaxie antirétrovirale et le diagnostic précoce des nourrissons exposés au VIH.

- **Priorité 3.** Protéger la prévention primaire par des approches efficaces au regard des coûts, comme la fourniture de préservatifs et de lubrifiants. Protéger l'approvisionnement en prophylaxie préexposition (PrEP) pour les utilisateurs actuels et prioriser la mise sous traitement des personnes les plus à risque de contracter le VIH. Protéger les programmes de réduction des dommages axés sur la poursuite des interventions vitales, comme le traitement aux agonistes opioïdes et l'injection sans risque. Mettre sous prophylaxie postexposition (PEP) toutes les personnes potentiellement exposées au VIH. Intégrer la prévention du VIH aux services existants (santé sexuelle et reproductive, infections sexuellement transmissibles et planification familiale).

Obstacles à l'accès aux services. Les interventions et les approches prioritaires pour la levée des obstacles à l'accès aux services sont incluses dans les trois priorités susmentionnées. Ces interventions et approches misent sur des activités qui mobilisent les communautés, qui abordent les iniquités et les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH, et qui incluent la prestation de services dans les communautés.

Ressources humaines pour la santé. Les considérations touchant à la fois les ressources humaines pour la santé et les agentes et agents de santé communautaires (y compris les travailleuses et travailleurs pairs et de proximité) sont également abordées dans la section sur les SRPS et les ressources humaines pour la santé.

Interventions liées aux systèmes. Envisager des interventions liées aux systèmes de santé qui sont essentielles à la prestation et à la qualité des services, en accordant la priorité aux approches intégrées qui améliorent l'efficacité et la pérennité, dans la mesure du possible.

Après un premier exercice de redéfinition des priorités au niveau des interventions, on cible encore davantage les interventions prioritaires avec des recommandations transversales au niveau des entrées de coûts. Fait important à noter, tous les tableaux ci-après illustrent des décisions dans le scénario de financement le plus restreint.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publiera prochainement un guide sur le maintien des services prioritaires intitulé *Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changed funding landscape: An operational guidance*. Cette ressource fournira des orientations plus détaillées et personnalisées aux pays qui cherchent à ajuster leurs activités programmatiques en fonction de la disponibilité des fonds.

Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH

Les investissements dans le traitement du VIH sont la priorité absolue. L'objectif est que les personnes vivant avec le VIH puissent être mises sous un traitement antirétroviral ininterrompu et que les personnes nouvellement diagnostiquées soient rapidement dirigées vers des services de traitement, de prise en charge et de soutien.

Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Traitement du VIH et prestation de services différenciés – (adultes [15 ans et plus], enfants [moins de 15 ans])	Accès au traitement du VIH, y compris l'achat d'antirétroviraux et la prestation de services (fourniture de thérapie antirétrovirale, soutien à l'observance du traitement), pour la cohorte existante et les personnes nouvellement diagnostiquées. Rétention et réintégration dans les soins. Mesures de continuité du traitement pour les populations clés ou vulnérables (dans un contexte de mauvais résultats du traitement et de patients perdus de vue), notamment le maintien des mesures de sécurité, de l'observance du traitement facilitée par les pairs et du plaidoyer.		Maintenir la cohorte actuelle de patients sous thérapie antirétrovirale est la priorité absolue ; la portée de l'élargissement de la cohorte dépendra de la disponibilité globale des ressources. Utiliser, dans la mesure du possible, des modèles de distribution et de ramassage des médicaments nécessitant peu de ressources, p. ex. des points de ramassage rapide. Envisager des modèles faisant intervenir les pharmacies privées dans le cadre de la prestation de services différenciés. Envisager la distribution pour plusieurs mois (au moins trois, et si possible six), la fourniture de la thérapie antirétrovirale dans la communauté, l'utilisation optimale des pairs et des acteurs communautaires, la prestation de services adaptés et des modèles de soutien à l'observance adaptés pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin (y compris les adolescentes et les jeunes femmes, les jeunes et les hommes vulnérables).

Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Diagnostic et gestion de la maladie à un stade avancé (adultes et enfants)	Tests de numération des CD4. Diagnostics de la tuberculose pour les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé (LF-LAM urinaire et tests moléculaires). Dépistage par test d'antigènes cryptococciques (AgCr) et traitement de la méningite cryptococcique. Prophylaxie par cotrimoxazole, avec une attention particulière portée à l'arrêt ultérieur si possible. Dépistage et prise en charge d'autres infections opportunistes en fonction du contexte du pays, p. ex. l'histoplasmose. Aiguilles de ponction lombaire et hémocultures pour le diagnostic des infections bactériennes graves.	Poursuite du cotrimoxazole chez les patients qui ont été stables sous thérapie antirétrovirale un à deux ans après la restauration immunitaire, conformément aux directives de l'OMS.	Envisager la télémédecine pour la prise en charge des cas complexes, dans la mesure du possible.
Prise en charge intégrée des co-infections et comorbidités courantes (adultes et enfants)	Dépistage et prise en charge intégrés de l'hépatite C dans le cadre de la prise en charge du VIH uniquement dans les pays présentant des taux élevés de co-infection. Traitement des cas d'hépatite B déjà diagnostiqués. Soutien aux programmes existants de dépistage du cancer du col de l'utérus et de prévention secondaire.	Recherche active de cas d'hépatite B et prise en charge chez les adultes. Élaboration ou mise en œuvre de nouveaux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Prise en charge des maladies non transmissibles.	Fourniture de services de lutte contre l'hépatite C, le cas échéant, au moyen de modèles de prestation intégrés à faible coût. Le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B peuvent être soutenus dans les contextes à forte prévalence chez les personnes à haut risque Il pourrait être nécessaire de déprioriser le soutien au travers de subventions pour le traitement de maladies non transmissibles, si

Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
			les services essentiels de lutte contre le VIH sont menacés par des contraintes de financement. Le dépistage intégré (p. ex. l'évaluation des facteurs de risque comme le tabagisme et la tension artérielle) devrait se poursuivre, compte tenu des avantages et des coûts directs peu élevés ou inexistants.
Suivi du traitement – pharmacorésistance		Les enquêtes et la surveillance sur la pharmacorésistance du VIH peuvent être reportées jusqu'à ce que des ressources soient disponibles.	
Suivi du traitement – charge virale et toxicité des antirétroviraux	Charge virale, avec possibles modifications (voir la colonne « Autres considérations »)		Dans certains pays qui doivent réaliser des économies dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, les plans de contingence peuvent prévoir une réduction de la fréquence du test de la charge virale ou un ciblage de celui-ci au-delà des recommandations de l'OMS. Les programmes soutenus par le Fonds mondial sont alignés sur les directives nationales des pays qui ont choisi cette approche. À noter : l'OMS recommande toujours le test systématique de la charge virale en suivi des patients.

Tuberculose et VIH

La tuberculose demeure la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. C'est pourquoi les interventions vitales, comme le dépistage bidirectionnel et le traitement rapide des deux maladies, doivent être prioritaires. Il a été démontré que le traitement préventif de la

tuberculose réduit la morbidité et la mortalité chez ces personnes, et c'est pourquoi il doit également être prioritaire. Des modèles de prestation de services intégrés doivent être mis en œuvre dans la mesure du possible.

Tuberculose et VIH			
Intervention	**Investissements à prioriser**	**Investissements à déprioriser**	**Autres considérations et gains d'efficacité**
Tuberculose et VIH – dépistage, tests et diagnostic	Dépistage : symptômes de la tuberculose à chaque contact avec une structure de santé. Dépistage de la tuberculose par radiographie si l'équipement est disponible. Diagnostic : diagnostic moléculaire (p. ex. GeneXpert, TrueNat) et LF-LAM pour le diagnostic de la tuberculose. Dépistage du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose.	Achat d'appareils de radiographie. Achat de protéine C réactive pour le dépistage.	Les LC-aNAAT (GeneXpert, TrueNat), avec le LF-LAM, doivent être utilisés comme test de diagnostic pour les personnes vivant avec le VIH. Cependant, dans certains pays qui doivent réaliser des économies dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, les plans de contingence peuvent prévoir une réduction de la fréquence du LF-LAM ou un ciblage de celui-ci au-delà des recommandations de l'OMS.
Tuberculose et VIH – traitement et prise en charge	Activités liées au démarrage précoce ou à la poursuite de la thérapie antirétrovirale pour les co-infections tuberculose/VIH et à la fourniture d'un traitement antituberculeux : orientation des personnes co-infectées vers les services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Intégration des services.		
Tuberculose et VIH – prévention	Traitement préventif de la tuberculose – pour toutes les personnes vivant avec le VIH admissibles.	Test de libération de l'interféron gamma (IGRA) et tests cutanés.	L'utilisation des traitements préventifs de la tuberculose courts est recommandée, car ceux-ci sont peu coûteux, ont moins d'effets secondaires et présentent un taux d'achèvement plus élevé.

Élimination de la transmission verticale (de la mère à l'enfant)

Le dépistage du VIH dans les soins prénatals doit prioriser les régions à forte charge de morbidité et les personnes les plus à risque de contracter le VIH, notamment les femmes enceintes en soins prénatals dans des contextes d'incidence élevée. Il doit également prioriser les femmes enceintes exposées à un risque accru d'infection à VIH (p. ex. les travailleuses du sexe, les partenaires d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui consomment des drogues injectables). Les options d'intégration du dépistage d'autres co-infections, notamment les hépatites, la tuberculose et les IST, méritent d'être explorées.

Élimination de la transmission verticale (de la mère à l'enfant)			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Dépistage intégré des femmes enceintes pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B	Test double VIH-syphilis comme premier test d'élimination de la transmission verticale. Dépistage chez les femmes parmi les groupes de populations clés et d'autres femmes à haut risque (y compris les adolescentes et les jeunes femmes à haut risque dans les contextes d'incidence élevée). Priorité au dépistage du VIH en soins prénatals dans les contextes à incidence élevée[2].	Dépistage de l'hépatite B (voir « Autres considérations »).	En élimination de la transmission verticale, le dépistage de l'hépatite B a un impact plus élevé dans certains contextes épidémiologiques ; la priorité de cette intervention doit être réexaminée avec précaution, à défaut de quoi des activités d'intégration bien établies pourraient être interrompues.
Prévention du VIH chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes	Fourniture de préservatifs. Introduction ou intensification de la PrEP dans les contextes offrant des services aux femmes enceintes et allaitantes où l'incidence est soit : a) >3 % ; ou b) 1-3 % **et** accompagnée de comportements à haut risque. Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses. Accès continu à la PrEP pour les personnes actuellement sous ce traitement	Introduction ou intensification de la PrEP dans les contextes offrant des services aux femmes enceintes et allaitantes où l'incidence est soit : a) >3 % ; ou b) 1-3 % **et** aucun comportement à haut risque n'est signalé Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles	Utiliser des tests de diagnostic rapide et des autotests de dépistage du VIH pour le démarrage et le suivi de la PrEP, sachant que l'autotest n'est pas recommandé pour le démarrage et le suivi de la PrEP injectable. Appuyer la délégation ou le partage des tâches en lien avec la PrEP.

[2] Les considérations relatives à la priorisation de la prévention et du dépistage tenant compte des seuils d'incidence et de prévalence sont fondées sur les suggestions qui se trouvent dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA, section sur la hiérarchisation des méthodes de prévention du VIH.

Élimination de la transmission verticale (de la mère à l'enfant)			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
	Dépistage de la violence fondée sur le genre et orientation efficace ; services de première ligne en violence fondée sur le genre, s'ils sont déjà intégrés aux soins prénatals.	utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[3]	Appuyer les réseaux d'orientation pour les interventions en cas de violence fondée sur le genre et les services de soutien aux personnes survivantes.
Prophylaxie infantile postnatale	Prophylaxie infantile pour tous les enfants exposés au VIH		
Diagnostic précoce du nourrisson et dépistage de suivi du VIH chez les nourrissons exposés	Diagnostic précoce du nourrisson et dépistage de suivi pour tous les enfants exposés au VIH	Investissement dans de nouveaux équipements des lieux de soins pour le diagnostic précoce du nourrisson et le test de la charge virale	Optimiser les réseaux de diagnostic existants pour maintenir le diagnostic précoce du nourrisson.
Soutien à la rétention pour les femmes enceintes et allaitantes (structure et communauté)	Soutien à la rétention pour la poursuite de la thérapie antirétrovirale, y compris les stratégies basées dans la communauté		Envisager des gains d'efficacité dans les modèles de soutien par les pairs ou les mères mentors, et la possibilité d'élargir le mandat des pairs (p. ex. le soutien à la fourniture de thérapie antirétrovirale).

[3] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230

Dépistage du VIH

Le dépistage est essentiel autant en prévention qu'en traitement. Il est recommandé d'accorder la priorité aux investissements dans les approches de dépistage qui sont le mieux adaptées au contexte épidémique local et aux besoins et préférences de la population. Un examen minutieux des coûts unitaires et du rapport coût-efficacité des différentes approches peut relever les options les plus efficaces par rapport aux ressources disponibles.

Services de dépistage différenciés du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Dépistage en structure de santé et au niveau communautaire et autodépistage pour les populations clés et les adolescentes et les jeunes femmes à haut risque et leurs partenaires sexuels masculins	Dépistage chez les populations clés. Dépistage chez les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins : dans les régions où l'incidence est élevée (1-3 %), ou modérée (0,3-1 %) en présence de comportements à haut risque chez ces populations. Dépistage des cas index et dans le réseau social		Faire appel à des prestataires non professionnels pour le dépistage du VIH peut être **moins coûteux** que le dépistage effectué par des agentes et agents de santé. Cette option peut combler certaines lacunes de ressources humaines pour la santé et étendre considérablement la portée du dépistage du VIH dans les communautés et l'accès des populations clés et vulnérables au dépistage. La transition vers des trousses et des produits de dépistage du VIH peu coûteux permettrait de réaliser des économies. • Il existe des options de qualité garantie à faible coût, en particulier le premier test dans l'algorithme à trois tests. • La transition vers l'autodépistage du VIH (y compris dans les structures de santé) pourrait permettre de réaliser des économies, si les autotests remplacent les tests effectués par un soignant • Voir la FAQ de l'OMS pour d'autres gains d'efficacité : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/priorization_low_cost_faq_handout_may2025_final.pdf?sfvrsn=f49f2626_3.
Dépistage en structure de santé et au niveau communautaire et autodépistage pour d'autres populations	Dépistage intégré aux services de lutte contre la tuberculose, pour les enfants à risque, pour les personnes porteuses d'une IST et pour les personnes jugées à risque par le soignant (dépistage à l'initiative des soignants). Dépistage des cas index et dans le réseau social		

Prévention du VIH

Intégrer des programmes de prévention du VIH pour les populations clés et les adolescentes et les jeunes femmes dans les services généraux, au sein des structures disposant des compétences nécessaires et de protections contre la stigmatisation et la discrimination.

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Programmes de préservatifs et de lubrifiants pour toutes les populations clés et pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans les contextes d'incidence modérée à élevée[4]	Préservatifs masculins et lubrifiants Élargir l'accès aux préservatifs, lubrifiants et équipements d'injection sûrs dans les sites informels (p. ex. les bars, les maisons closes, les distributeurs automatiques) gérés par les acteurs locaux.	Préservatifs féminins (coût plus élevé et usage limité)Il s'agit d'une approche flexible qui est recommandée lorsque la demande est forte, en particulier chez les travailleuses du sexe.	Cibler en premier lieu les investissements dans les contextes où l'incidence du VIH est élevée, puis les contextes d'incidence modérée. Envisager une approche globale de marché pour pérenniser les marchés des préservatifs.

[4] Dans les programmes destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes (15 à 24 ans), « incidence modérée » correspond à 0,3-1 % et incidence élevée à 1-3 %.

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Programmes de PrEP pour les travailleuses du sexe (y compris les adolescentes et les jeunes femmes qui pratiquent le travail du sexe)	Introduction ou intensification dans les contextes où la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) est supérieure à 3 % à l'échelle nationale. Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses. Accès continu pour les personnes actuellement sous PrEP	Milieux où la prévalence chez les adultes (15-49 ans) est inférieure à 3 % à l'échelle nationale Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[5]	Les personnes qui demandent la PrEP devraient être en mesure de la démarrer et de la poursuivre sans avoir à s'identifier à une population spécifique ni à révéler de comportements spécifiques. Les plans d'introduction et d'intensification de la PrEP orale et injectable doivent être poursuivis pour les populations et les contextes identifiés sous la rubrique « Investissements prioritaires ». Il s'agit notamment de catalyser l'introduction de la PrEP au lénacapavir dans des portefeuilles spécifiques dans le cadre d'efforts de planification institutionnels plus larges. Intégrer la PrEP / PEP dans les services existants de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale, de contrôle des IST et autres et, si possible, dans le cadre de services différenciés basés dans la communauté. Utiliser des tests de diagnostic rapide et des autotests de dépistage du VIH pour le démarrage et le suivi de la PrEP, sachant que l'autotest n'est pas recommandé pour le démarrage et le suivi de la PrEP injectable. Appuyer la délégation ou le partage des tâches en lien avec la PrEP.
Programmes de PrEP pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres et de diverses identités de genre	Introduction ou intensification dans les contextes où l'on estime qu'une partie de la population présente une incidence supérieure à 3 %[6]. Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses.	Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet	

[5] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230

[6] On peut évaluer avec plus de granularité les taux d'incidence au sein d'une partie de la population en soustrayant de l'estimation de la taille de la population les personnes vivant avec le VIH et les personnes qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif. S'il y a peu de données sur l'incidence, les données sur la prévalence combinées aux données sur l'avancement des cibles 95-95-95 peuvent être utilisées pour appuyer l'établissement des priorités.

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
	Accès continu pour les personnes actuellement sous PrEP	minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[7]	
Programmes de PrEP pour les personnes qui consomment des drogues injectables	Introduction ou intensification dans les contextes où les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont peu répandus et où la couverture du traitement de substitution aux opiacés est faible Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses. Accès continu pour les personnes actuellement sous PrEP	Milieux où les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont très répandus et où la couverture de substitution aux opiacés est élevée Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[8]	
Programmes de PrEP pour les personnes incarcérées ou se trouvant dans d'autres lieux de détention	Introduction ou intensification dans les contextes où la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) est supérieure à 10 % à l'échelle nationale. Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses.	Milieux où la prévalence chez les adultes (15-49 ans) est inférieure à 10 % à l'échelle nationale Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du	

[7] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230
[8] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
	Accès continu pour les personnes actuellement sous PrEP	VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[9]	
Programmes de PrEP pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins et d'autres populations vulnérables dans les contextes d'incidence élevée	Introduction ou intensification dans les contextes où l'incidence dans la population est soit : a) >3 % ; ou b) 1-3 % **et** accompagnée de comportements à haut risque Utiliser les options de PrEP orale et injectable les moins coûteuses. Accès continu pour les personnes actuellement sous PrEP	Contextes où l'incidence dans la population est soit : a) >3 % ; ou b) 1-3 % **et** accompagnée de comportements à haut risque Achat d'anneaux de PrEP pour les nouvelles utilisatrices, tout en favorisant la transition vers d'autres options de prévention du VIH qui répondent le mieux aux besoins individuels Diagnostics et services pour le démarrage et le suivi de la PrEP qui ne font pas partie du paquet minimum de services suggéré par l'OMS pour la PrEP[10]	

[9] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230
[10] https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Communication, information et création de la demande en matière de prévention du VIH pour toutes les populations clés et pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans les contextes d'incidence modérée à élevée	Combiner des modalités interpersonnelles avec des modalités de santé en ligne et mobile, avec ciblage des populations prioritaires.	Campagnes médiatiques non ciblées	Les activités de communication, d'information et de création de la demande doivent être intégrées à la prestation des services afin de garantir un recours accru aux options de prévention du VIH fondées sur des données probantes (préservatifs, PrEP / PEP, réduction des risques) Envisager des activités de création de la demande visant plusieurs options de prévention et de dépistage du VIH plutôt que des campagnes à cible unique. Envisager de mobiliser les capacités de marketing du secteur privé pour accroître la portée des campagnes de communication et de création de la demande pour la santé en ligne et mobile.
Autonomisation de la communauté pour toutes les populations clés	Prévention ciblée du VIH basée sur des approches de proximité visant le recours aux moyens de prévention Participation à des groupes de travail technique ainsi qu'à des instances de décision aux niveaux national, provincial et local Sécurité des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires des programmes destinés aux populations clés et vulnérables	Campagnes d'autonomisation des communautés, enquêtes, formations et réunions nécessitant des indemnisations ou des remboursements pour les déplacements	Envisager la prestation de services de santé en ligne et mobile. Envisager d'inclure des investissements au niveau organisationnel pour les partenaires de mise en œuvre d'activités de sécurité dans le module de renforcement des systèmes communautaires (voir la section sur le renforcement des capacités des organisations à assise communautaire et des organisations dirigées par les communautés ci-dessous pour plus d'informations).
Interventions de protection sociale pour	Communication interpersonnelle structurée sur	Subventions directes à l'éducation	Cibler les investissements dans la communication interpersonnelle structurée sur les adolescentes et les jeunes femmes dans les contextes

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
les adolescentes et les jeunes femmes *dans les contextes à forte incidence du VIH avec une prévalence élevée de facteurs de risque du VIH*	la prévention du VIH et normes sociales associées (p. ex. Stepping Stones et SASA!)	Programmes d'incitation financière directe	d'incidence élevée du VIH avec une prévalence élevée de facteurs de risque du VIH. Cibler les programmes sur un recours accru à des options de prévention éprouvées. Accélérer la transition vers les programmes gouvernementaux pour le soutien de la protection sociale et de l'éducation basés sur la mobilisation des parties prenantes et un plan de transition. Rediriger progressivement le soutien des projets de protection sociale vers le renforcement des plateformes nationales de protection sociale. Dans les zones non prioritaires, assurer un retrait progressif réduisant au minimum les perturbations.
Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d'IST, d'hépatite et de prise en charge à la suite de violences pour les populations clés et les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans les contextes d'incidence élevée	PEP pour toutes les expositions potentielles au VIH, y compris dans le cadre de services intégrés d'intervention de première ligne en cas de violence fondée sur le genre Services intégrés de base pour les IST et prise en charge syndromique des IST Dépistage et traitement du virus de l'hépatite C dans les services de réduction des dommages, dans les pays	Tous les investissements dans le diagnostic moléculaire (étiologique) des IST (p. ex. le test Xpert CT/NG) Dépistage de l'hépatite B chez l'adulte	Intégrer les services de lutte contre l'hépatite C dans des modèles de prestation peu coûteux. Le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B peuvent être soutenus dans les contextes à forte prévalence chez les personnes à haut risque Soutenir l'intégration de la prévention du VIH aux informations et services en lien avec la contraception, la planification familiale et la grossesse. Appuyer les réseaux d'orientation pour les interventions en cas de violence fondée sur le genre et les services de soutien aux personnes survivantes.

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
	présentant des taux élevés de co-infection		
Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de prévention pour les populations clés et les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans les contextes d'incidence modérée à élevée	Activités de droits humains directement liées à l'amélioration de l'accès aux services, p. ex. le changement de pratiques policières néfastes, l'aide juridique d'urgence, les mesures de sûreté et de sécurité.		Poursuivre le suivi dirigé par la communauté des violations des droits humains dans le cadre des activités de renforcement des systèmes communautaires et assurer l'orientation vers des voies de recours.
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour les personnes qui consomment des drogues injectables	Équipement d'injection sûr tenant compte des choix des consommateurs Soins des plaies		Faire attention à l'achat de seringues à faible coût : l'option la moins coûteuse est l'option que les consommateurs utiliseront (cela dépend du contexte). Contrôler les coûts des services en limitant le panier de services complémentaires, en réduisant au minimum le personnel non essentiel et en étendant la portée des activités de proximité, notamment avec des approches de santé en ligne et mobile. Envisager de distribuer du matériel d'injection sûr en dehors des centres de consultation sans rendez-vous, comme les programmes de bons de pharmacie et les distributeurs automatiques.
Traitement de substitution aux opiacés pour les personnes qui	Prévenir les interruptions d'approvisionnement et de distribution.		Intégrer les services, dans la mesure du possible. Encourager la prise de médicaments à domicile pour les patients stables afin de réduire les coûts de prestation de services, y compris les coûts liés

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
consomment des drogues injectables			aux ressources humaines, et pour des modèles à faible seuil (comme les pharmacies communautaires), dans la mesure du possible.
Prévention et prise en charge des surdoses pour les personnes qui consomment des drogues injectables	Toutes les activités directement liées à la prestation de services		
Interventions de réduction des dommages liés à la consommation de drogues pour les personnes incarcérées	Toutes les activités directement liées à la prestation de services		
Éducation sexuelle complète pour les adolescentes et les jeunes femmes et pour les adolescents et les jeunes hommes	Dans les contextes à forte incidence du VIH uniquement, et si celle-ci n'est pas financée par le secteur de l'éducation Élaboration de programmes d'études qui sont clairement associés à un recours accru aux options de prévention du VIH	Éducation sexuelle dans les zones d'incidence faible ou modérée du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes ; activités sans lien précis avec les options de prévention du VIH	Encourager le financement national de l'éducation sexuelle complète. Tirer parti des programmes existants d'évaluation des contextes d'intervention difficiles fondés sur des données probantes élaborés ou dirigés par les ministères de l'Éducation.
Circoncision masculine médicale volontaire	Intégration à la santé sexuelle de base ou aux soins de santé primaires	Services autonomes de circoncision masculine médicale volontaire	
Gestion du programme de prévention	Gestion et adaptation de la prestation de services, intégration de la prévention du VIH dans la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les soins		Consacrer suffisamment d'attention et de ressources à la gestion du programme de préservatifs, à la livraison jusqu'au dernier kilomètre et aux fonctions de création de la demande.

Prévention du VIH			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
	primaires, et prise en compte des besoins critiques en matière d'approvisionnement (préservatifs et lubrifiants, PrEP / PEP, produits de réduction des dommages)		

Considérations relatives à la priorisation de la prestation de services de lutte contre le VIH :

Activités de proximité communautaires :

- Renforcer le système d'approche communautaire dans le continuum de prévention, dépistage et traitement du VIH et de soutien. Éviter les activités de proximité à problématique ou intervention unique.
- Prioriser les investissements dans les organisations à assise communautaire et les organisations dirigées par les communautés touchant un grand nombre de personnes.
- Veiller à ce que les activités de proximité soient axées sur la prévention et le dépistage du VIH et liées aux résultats de la prise en charge.
- Accroître la prestation de services de santé en ligne et mobile.
- Transférer les coûts des ressources humaines liés aux organisations à assise communautaire et aux organisations dirigées par les communautés et aux activités de proximité vers des grilles salariales nationales pérennes et normalisées. Si le contexte ne permet pas un changement immédiat sans interruption des services de proximité, commencer à planifier un changement des grilles salariales nationales normalisées pour le début du CS8 (voir la section Ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires pour plus d'informations).

Tirer parti des plateformes existantes de prestation de services :

- Les services de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale et de contrôle des IST (du gouvernement et des organisations de la société civile) sont sous-utilisés pour la prévention et le dépistage du VIH. Envisager le passage à une plateforme de services de santé sexuelle et reproductive comme principale plateforme de prestation de services de prévention et de dépistage du VIH.
- Élargir la livraison de produits de prévention du VIH par les pharmacies et d'autres modèles impliquant le secteur privé, comme les modèles de services directs aux consommateurs.
- Revoir les coûts des services mobiles et des sites fixes (p. ex. les centres de consultation sans rendez-vous pour les populations clés, les espaces sûrs pour les populations clés), en évaluant la performance par rapport aux cibles fixées pour le VIH.
- Centrer les investissements sur les sites à forte concentration de populations clés.

Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose

Les obstacles liés aux droits humains et au genre entravent l'accès aux services vitaux de lutte contre le VIH. Les interventions et activités essentielles doivent être priorisées si l'on souhaite assurer l'efficacité et l'efficience de la lutte contre le VIH.

Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Éliminer la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes Garantir une offre de soins de santé non discriminatoires	Activités visant à réduire la stigmatisation et la discrimination dans 1) les milieux de soins de santé et 2) les milieux communautaires, dans le but de réduire les obstacles aux services de santé. Maintien des mécanismes multipartites existants (y compris les groupes de travail technique et les comités d'orientation) pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre des plans stratégiques et des programmes relatifs aux droits humains.	Activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans d'autres contextes (sauf si un contexte particulier, comme la justice, est plus pertinent pour le pays).	Intégrer les compétences en matière de non-discrimination, de populations clés et de genre dans les activités de renforcement des capacités pertinentes pour les prestataires de soins de santé.
Amélioration de l'accès à la justice	Maintenir le suivi dirigé par la communauté des violations des droits humains et des recours dans les structures de santé. Maintenir les interventions dirigées par la communauté (p. ex. les auxiliaires juridiques communautaires) à l'appui de l'accès à la justice, de la redevabilité et des recours dans le contexte des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de santé.	Élaboration de nouvelles politiques institutionnelles et de nouveaux mécanismes de communication de l'information.	Pour la pérennité à long terme, soutenir l'intégration des activités d'accès à la justice liées au VIH dans les institutions et mécanismes nationaux de défense des droits humains, y compris les mécanismes de redevabilité pour les services de lutte contre le VIH fondés sur les droits et les mécanismes de communication de l'information pour les patients.

Réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose			
Intervention	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations et gains d'efficacité
Mobilisation et plaidoyer communautaires en faveur des droits humains	Maintenir les capacités communautaires en matière de surveillance et de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, y compris dans les soins de santé et les contextes communautaires et judiciaires.	Évènements de sensibilisation autonomes, journées commémoratives et projets de recherche.	

Dans un deuxième temps, les pays peuvent se pencher sur les **entrées de coûts** des interventions prioritaires et tenir compte des éléments suivants pour optimiser les coûts.

Entrée de coûts	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations
Produits de santé (pharmaceutiques)	Prioriser les antirétroviraux pour la poursuite et l'expansion du traitement, tous âges confondus, y compris dans l'élimination de la transmission verticale. Prioriser les antirétroviraux pour la prophylaxie infantile. Prioriser le traitement de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH (p. ex. l'observance du traitement par des moyens numériques, des membres de la famille ou de la communauté).	Anneau de PrEP pour les nouvelles utilisatrices Produits de traitement des maladies non transmissibles, autres produits non essentiels Antirétroviraux – introduction de schémas thérapeutiques alternatifs plus onéreux comme le ténofovir alafénamide (TAF), s'ils dépassent le pourcentage de cohorte recommandé par l'OMS, en reconnaissant que d'autres coûts y sont associés (p. ex. les formations)	Une attention particulière doit être portée aux produits de traitement de la méningite cryptococcique, y compris la flucytosine et l'amphotéricine B. Leur non-disponibilité conduit au décès des personnes touchées par la maladie, qui est universellement mortelle sans traitement. Un soutien de longue date a été fourni à certains pays pour les patients atteints du sarcome de Kaposi. La création de nouveaux programmes n'est pas recommandée, mais les programmes existants doivent être maintenus.

Entrée de coûts	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations
	Options peu coûteuses pour le traitement préventif de la tuberculose et le traitement et la prophylaxie de la méningite cryptococcique, notamment la flucytosine générique Produits pour le diagnostic et la gestion de l'histoplasmose, d'autres infections opportunistes et le sarcome de Kaposi Prioriser la méthadone pour le traitement aux agonistes opioïdes (et à la buprénorphine en l'absence de méthadone). Prioriser la naloxone pour la prévention des surdoses dans les programmes de réduction des dommages.		Des considérations détaillées relatives aux approvisionnements et aux produits de santé sont présentées plus loin.
Produits de santé (non pharmaceutiques)	Produits de test de la charge virale – potentiel de rationalisation (voir la colonne « Autres considérations ») Élimination de la transmission verticale – double test VIH/syphilis Tests moléculaires (p. ex. GeneXpert, TrueNat) pour la tuberculose chez les personnes	Hématologie et biochimie de routine qui dépassent les exigences de base de l'OMS Préservatifs féminins. Il s'agit d'une approche flexible qui est recommandée lorsque la demande est forte, en particulier chez les travailleuses du sexe. Dépistage de l'hépatite B dans le cadre de l'élimination de la transmission verticale (voir la colonne « Autres considérations »)	Dans certains pays qui doivent réaliser des économies dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, les plans de contingence peuvent prévoir une réduction de la fréquence du test de la charge virale ou un ciblage de celui-ci au-delà des recommandations de l'OMS. Les programmes soutenus par le Fonds mondial sont alignés sur les directives nationales des pays qui ont choisi cette approche. À noter : l'OMS recommande toujours le test

Entrée de coûts	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations
	vivant avec le VIH, et test urinaire LF-LAM Aiguilles pour ponction lombaire Préservatifs masculins Équipement d'injection sûr pour les programmes de réduction des dommages	Dépistage de l'hépatite B chez l'adulte	systématique de la charge virale en suivi des patients. Examiner attentivement toute proposition visant à introduire de nouvelles plateformes de dépistage en laboratoire, en tenant compte des alternatives sur les lieux de soins. En élimination de la transmission verticale, le dépistage de l'hépatite B a un impact plus élevé dans certains contextes épidémiologiques ; la priorité de cette intervention doit être réexaminée avec précaution, à défaut de quoi des activités d'intégration bien établies pourraient être interrompues.
Équipement non médical	Éléments essentiels à la mise en œuvre des interventions prioritaires ci-dessus	Équipement de santé non essentiel	
Coûts de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement	Éléments essentiels à la mise en œuvre des interventions prioritaires ci-dessus		Prioriser l'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre des principaux produits de prévention du VIH énumérés ci-dessus.
Ressources humaines (salaires) – personnel dans les structures de santé et dans la communauté	Éléments essentiels à la mise en œuvre et à l'accessibilité des interventions prioritaires ci-dessus Élimination de la transmission verticale – soutien par les pairs / mères mentors : à maintenir si le rapport coût-efficacité est satisfaisant. Envisager des possibilités de délégation des tâches		Fonctions prioritaires des ressources humaines pour les programmes de distribution de préservatifs : la gestion du programme comprend l'approche globale du marché, la distribution jusqu'au dernier kilomètre et la création de l'offre Envisager la mise en place d'équipes intégrées d'éducateurs pairs dans les structures de santé fournissant des services

Entrée de coûts	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations
	à l'appui de la fourniture de la thérapie antirétrovirale. Maintenir la sensibilisation par les pairs pour la prévention et le dépistage du VIH et l'orientation vers le traitement. Veiller à ce que les coûts des ressources humaines soient conformes aux normes nationales. Voir les considérations relatives aux ressources humaines.		aux populations clés (y compris des auxiliaires juridiques, si possible). Voir la section sur les SRPS et les ressources humaines pour la santé ci-dessous pour en savoir plus sur l'intégration dans les services de lutte contre le VIH.
Frais de déplacement – indemnités journalières / transport / autres coûts liés aux réunions / au plaidoyer / à l'assistance technique	Éléments essentiels à la mise en œuvre et à l'accessibilité des interventions prioritaires seulement		
Frais de déplacement – indemnités journalières / transport / autres coûts liés à la formation	Éléments essentiels à la mise en œuvre et à l'accessibilité des interventions prioritaires seulement Formation sur le lieu de travail	Formation hors du lieu de travail Formation de remise à niveau Déplacements pour des réunions	Suspendre toute formation hors du lieu de travail non critique, et lui substituer la formation sur le lieu de travail si nécessaire. Intégrer et optimiser, dans la mesure du possible. Transférer les coûts de formation au gouvernement, dans la mesure du possible. Voir la section sur les SRPS et les ressources humaines pour la santé ci-dessous pour en savoir plus sur la rationalisation des budgets de formation dans les services de lutte contre le VIH.

Entrée de coûts	Investissements à prioriser	Investissements à déprioriser	Autres considérations
Frais de déplacement – indemnités journalières / transport / autres coûts liés à la supervision	Éléments essentiels à la mise en œuvre et à l'accessibilité des interventions prioritaires ci-dessus Envisager de réduire la fréquence des activités de supervision.		L'assistance et la formation sur le lieu de travail peuvent réduire la nécessité d'une supervision distincte. Voir la section sur les SRPS et les ressources humaines pour la santé ci-dessous pour en savoir plus sur la rationalisation des budgets de supervision dans les services de lutte contre le VIH.
Frais de déplacement – indemnités journalières / transport / autres coûts liés aux enquêtes et à la collecte de données		Déprioriser les études et la recherche opérationnelle planifiées qui ne sont pas critiques pour les programmes et la redéfinition des priorités.	Remarque : le soutien à l'intégration de la communication des résultats de la prévention du VIH dans le suivi régulier des services demeure prioritaire (conformément aux orientations sur les systèmes d'information sanitaire et le suivi et l'évaluation ci-après).
Supports de communication et publications	Prioriser les interventions de santé en ligne et mobile, et les approches de proximité par les pairs dans les lieux et les populations prioritaires.	Impression de rapports, affichages sur des autobus, panneaux d'affichage, tasses, annonces à la radio et à la télévision, t-shirts et démarches dans les médias de masse	Voir les commentaires ci-dessus sur la communication des résultats de la prévention du VIH et la création de la demande.

Tuberculose

Nous recommandons d'envisager les options suivantes pour la lutte contre la tuberculose, selon le contexte du pays et la disponibilité de financements provenant de toutes les sources.

- **Utilisation optimale et efficace** des ressources et des outils dans tout scénario de financement, car des déficits de financement ont été constatés dans les ripostes à la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- **Priorisation** des investissements dans les interventions et les activités de la cascade des soins, pour les scénarios de baisse du financement.
- **Dépriorisation** des investissements dans certaines interventions et activités, selon le contexte du pays, les déficits de financement et la disponibilité des fonds de sources nationale et externe.

Utilisation optimale et efficace des ressources et des outils

Les programmes de lutte contre la tuberculose accusent d'importants déficits de financement depuis des années. Il va de soi que les sources nationales doivent continuer d'augmenter leurs investissements, à travers des sources de financement novateur et mixte et des sources externes. Dans un même temps, il est possible de réaliser des **gains d'efficacité** pour combler les déficits urgents, notamment pour les produits de santé essentiels, de garder l'élan acquis et de pérenniser les progrès. Il peut s'agir d'**intégrer** (au sein des programmes de lutte contre la tuberculose ou avec les programmes d'autres maladies et secteurs) ou d'**optimiser** l'utilisation des ressources, des outils, des approches et des algorithmes existants, et d'accélérer la transition vers les nouveaux outils, tout au long de la cascade des soins. L'optimisation est un important levier qui peut combler les déficits de financement et être mis en œuvre à court, moyen ou long terme. Les options listées ci-après sont basées sur des exemples de pays qui ont réalisé ce genre de gains d'efficacité et qui ont optimisé leur utilisation des outils pour appuyer et accélérer la riposte à la tuberculose.

Veuillez consulter cette analyse de l'efficacité et de l'optimisation des programmes de lutte contre la tuberculose (*TB programmatic efficiency and optimization analysis*) pour plus d'informations sur l'optimisation et l'efficacité, avec des exemples de pays.

Efficacité des programmes de lutte contre la tuberculose	Intégration des services de lutte contre la tuberculose dans d'autres programmes ou secteurs et contribution aux SRPS
Combiner le dépistage des contacts et le dépistage dans d'autres groupes à haut risque avec le diagnostic, le traitement et le traitement préventif de la tuberculose.	Intégrer le dépistage des maladies (tuberculose, VIH, diabète, santé maternelle et infantile et nutrition) à travers les programmes de santé et les réseaux d'orientation, pour une prise en charge et des soins optimaux et complets.
Décentraliser et intégrer la tuberculose pharmacorésistante et l'intégrer aux activités de lutte contre la tuberculose pharmacosensible.	Former et habiliter les agentes et agents de santé communautaires à la détection des maladies, à l'observance du traitement et à la prestation de services de santé intégrés pour de multiples états de santé ou maladies.
Investir dans de nouveaux outils peu coûteux, plus sensibles et spécifiques pour le dépistage, le diagnostic et le test de pharmacosensibilité, lorsque ceux-ci sont disponibles et recommandés. Privilégier des schémas thérapeutiques efficaces au regard des coûts et plus courts pour la tuberculose pharmacorésistante, la tuberculose pharmacosensible infantile non sévère et le traitement préventif.	Élargir et intégrer les réseaux et les systèmes intégrés d'envoi d'échantillons basés sur des plateformes nationales ou locales pour la tuberculose et d'autres maladies.
Optimiser les ressources en combinant le dépistage par radiographie thoracique numérique avec l'intelligence artificielle, le regroupement des échantillons d'expectorations et les tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS.	Privilégier des plateformes de test et de dépistage multimaladies susceptibles de contribuer aux SRPS et à la préparation et la riposte aux pandémies.
Numériser les dossiers et la communication de l'information, améliorer l'interopérabilité et renforcer les systèmes de surveillance et l'utilisation des données.	Utiliser des plateformes numériques et en ligne pour la formation et la participation communautaire.
Mettre à l'échelle les nouveaux modèles les plus efficaces de participation des prestataires privés.	Utiliser des solutions numériques pour l'intégration des activités de surveillance et de communication de l'information.

Priorisation des interventions et des activités dans la cascade des soins

Au terme de l'exercice d'optimisation et d'efficacité programmatique (qui peut aussi être un processus continu), envisager de prioriser les interventions et les activités de lutte contre la tuberculose ci-dessous selon le contexte du pays et la disponibilité des financements. En tête des priorités viennent les interventions de diagnostic et de traitement des personnes atteintes de la tuberculose (y compris la tuberculose pharmacorésistante et la co-infection tuberculose/VIH). Celles-ci englobent non seulement les achats et la distribution des produits de santé, mais également la prestation des services, l'accès et les interventions programmatiques connexes. Le tableau ci-dessous synthétise les interventions et les investissements prioritaires, ainsi que les options à envisager lors de la planification et de la mise en œuvre, selon le contexte du pays et la disponibilité des ressources, toutes sources confondues.

Interventions	Investissements prioritaires	Considérations
Dépistage et diagnostic (tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante, co-infection tuberculose/VIH et infection tuberculeuse)	• Continuer à soutenir la recherche de cas dans les structures de santé et la recherche intensifiée de cas principalement dans les structures de santé hautement fréquentées, notamment en faisant appel à des agentes et agents de santé communautaires pour la détection des personnes présentant des symptômes de la tuberculose. • Maintenir les services essentiels de dépistage et de diagnostic et l'accès aux services de diagnostic rapide, et optimiser leur utilisation. Opérer une transition rapide vers des tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS moins coûteux, s'ils sont disponibles. • Continuer à soutenir les systèmes d'envoi des échantillons d'expectorations, qui procurent actuellement un accès fonctionnel et efficace aux tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS et aux tests de pharmacosensibilité. • Conserver la priorité des activités de riposte à la co-infection tuberculose/VIH, comme le dépistage du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose, le dépistage et le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, ainsi que la mise sous traitement antirétroviral des personnes coinfectées.	• Procéder à un examen de la recherche active de cas de tuberculose dans la communauté, à savoir où est-elle essentielle, quelles populations atteint-elle le plus efficacement et dans quels contextes son intégration aux activités communautaires existantes peut-elle maximiser l'impact et l'efficacité. • Au besoin, réaffecter aux structures de santé les équipements achetés pour les campagnes de sensibilisation au dépistage, afin d'éviter le gaspillage et de résoudre les problèmes de garanties limitées et de durée de conservation. • Envisager le regroupement des échantillons pour le dépistage des maladies respiratoires afin d'optimiser les coûts des cartouches (peu de données probantes, *examen / approbation de l'OMS obligatoire*). Utiliser la radiographie numérique (de préférence avec l'intelligence artificielle) pour le dépistage, afin de réduire la consommation de cartouches / puces.

Interventions	Investissements prioritaires	Considérations
	• Poursuivre la prestation de services intégrés, y compris le dépistage et les tests bidirectionnels et les activités collaboratives, pour les personnes présentant des comorbidités, qu'il s'agisse du diabète, d'autres maladies ou de la malnutrition. • Continuer d'investir dans la participation du secteur privé dans la lutte contre la tuberculose. Il s'agit de l'une des approches les plus efficaces au regard des coûts, en particulier dans les pays où la plupart des personnes présentant des symptômes de tuberculose accèdent aux services dans le secteur privé. • Préserver la participation communautaire pour lutter contre la stigmatisation, renforcer la confiance envers les prestataires de services et créer une demande de services. Garantir aux populations clés et vulnérables un accès durable aux soins vitaux contre la tuberculose.	• Utiliser des tests d'échantillonnage différents pour des groupes spécifiques, p. ex. le dépistage des selles chez les enfants.
Traitement de la tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante, de la co-infection tuberculose/VIH et de l'infection tuberculeuse	• Veiller à ce que les patients atteints de tuberculose, toutes formes confondues, reçoivent un traitement et un soutien adéquats, avec des médicaments antituberculeux de première intention achetés par le biais du financement national, et viser une transition progressive vers le financement national des médicaments de deuxième intention. • Pour réaliser des économies (sur l'achat de produits, pour les programmes et pour les patients) et améliorer les résultats, utiliser les nouveaux schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces, comme le schéma BPaL/M de 6 mois (BDLLfx/C pour les enfants et les femmes enceintes) contre la tuberculose pharmacorésistante, le schéma 3HP pour le traitement préventif et le schéma de 4 mois pour les enfants et les adolescents atteints de la tuberculose pharmacosensible non sévère. • Pour le traitement préventif de la tuberculose, se concentrer sur les groupes prioritaires, comme les personnes vivant avec le VIH et les contacts familiaux des patients atteints de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement.	• Opérer une transition vers des schémas thérapeutiques plus courts contre la tuberculose pharmacorésistante, car ceux-ci sont plus efficaces, notamment au regard des coûts, et mieux adaptés aux patients. • Intégrer les services de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et pharmacosensible et opérer une transition vers des modèles de traitement centrés sur la personne soutenus par des technologies numériques d'observance du traitement, des membres de la famille ou des intervenants communautaires. • Envisager d'utiliser le dépistage basé sur les symptômes chez les personnes vivant avec le VIH et les cas contacts familiaux des personnes atteintes de tuberculose confirmée bactériologiquement (au lieu du test de libération de l'interféron gamma [IGRA] ou du test cutané à la tuberculine [TST]) pour renseigner

Interventions	Investissements prioritaires	Considérations
	• Continuer à soutenir les activités de prévention des infections, en particulier la fourniture d'EPI (masques pour les personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante et respirateurs pour le personnel, y compris les agentes et agents de santé communautaires, qui leur prodigue des soins).	l'administration du traitement préventif de la tuberculose, comme le recommande l'OMS.
Données, suivi, supervision, examens des programmes et formation	• Conserver le système de communication de l'information de routine et les activités de renforcement de la surveillance pour suivre avec précision la performance du programme, y compris les orientations par les agentes et agents de santé communautaires. • Réaliser des analyses de routine et, au moyen des résultats, relever les lacunes et cibler les interventions. • Examiner et prioriser les formations essentielles aux interventions vitales, en tenant compte des considérations liées aux droits humains et au genre. • Continuer à soutenir les activités de supervision régulière des programmes et de suivi et d'évaluation, y compris celles intégrées à d'autres programmes (p. ex. de lutte contre le VIH), si elles sont efficaces.	• Utiliser les informations déjà disponibles pour la cartographie des zones sensibles et les analyses de la cascade de soins de la tuberculose pour orienter les interventions, cibler les populations et optimiser l'utilisation des ressources. • Utiliser les données de surveillance régulière, les examens épidémiologiques et les approches / outils simples pour renseigner la planification et l'établissement des priorités. • Au besoin, soutenir un processus simplifié d'examen épidémiologique et programmatique pour renseigner la révision / l'élaboration du plan stratégique national, sur la base des données disponibles et par un soutien à distance, conformément à la nouvelle approche récemment annoncée par l'OMS. • Tirer parti des plateformes et des technologies d'apprentissage en ligne pour la formation à distance, la mise en place de réseaux de mentorat et la supervision, afin de réduire les coûts liés au transport, aux indemnités journalières et au temps consacré à des tâches non programmatiques.

Dépriorisation d'interventions et d'activités financées par le Fonds mondial

Le choix des interventions et des activités à déprioriser varie selon le contexte du pays et la disponibilité des financements. Les interventions à envisager sont énumérées dans le tableau ci-dessous. Nous invitons les pays à envisager les options ou considérations qui y sont présentées en fonction de leur contexte, de leurs déficits de financement et des ressources à leur disposition.

Interventions / activités	Investissements à déprioriser	Considérations
Dépistage et diagnostic	• Achat de nouveaux équipements	• Prioriser la microscopie pour le suivi du traitement plutôt que pour le diagnostic. • Optimiser l'utilisation des cartouches, p. ex. la mise en commun des échantillons d'expectorations, les radiographies (avec intelligence artificielle) pour le dépistage et le triage des patients et l'analyse des échantillons de selles chez les enfants. • Remplacer les modules défectueux au lieu d'acheter de nouveaux appareils complets et envisager d'utiliser des innovations locales pour le couplage des données plutôt que des licences de solutions de connectivité coûteuses. • Introduire et utiliser les nouveaux tests près des lieux de soins abordables.
Recherche active de cas	• Vastes campagnes ou grands déploiements de campements sanitaires mobiles, et recherche active de cas non prioritaires ou non ciblés	• Envisager de cartographier et de cibler les groupes à haut risque et les zones géographiques à forte incidence (zones sensibles), au moyen des données disponibles, y compris les indices de vulnérabilité.
Traitement	• Remplacer les schémas thérapeutiques longs et coûteux par des schémas courts, efficaces et moins coûteux (schéma long contre la tuberculose pharmacorésistante ou de 4 mois contre la tuberculose pharmacosensible chez l'adulte).	• Accélérer la transition vers de nouveaux schémas thérapeutiques plus courts (p. ex. les schémas de 6 mois pour la tuberculose pharmacorésistante, 3HP/1HP, 3HR pour le traitement préventif, les schémas de 4 mois pour les cas de tuberculose pharmacosensible infantile non sévère). Maintenir le schéma de 6 mois contre la tuberculose pharmacosensible chez l'adulte comme option efficace au regard du coût.
Catalyseurs, y compris le soutien à la nutrition et au transport	• Soutien complet à la nutrition et au transport	• Maintenir ou prioriser le soutien à la nutrition et au transport pour des groupes ciblés, comme les patients atteints de

		tuberculose pharmacorésistante et les enfants souffrant de dénutrition sévère.
Enquêtes	• Nouvelles enquêtes sur la tuberculose, y compris les enquêtes de prévalence • Projets de recherche opérationnelle non urgents et coûteux	• Utiliser les données existantes pour actualiser l'estimation de la charge de morbidité de la tuberculose, si nécessaire. • Limiter la recherche opérationnelle aux recherches critiques, et utiliser les données et les études existantes pour améliorer la couverture et la qualité des services.
Gestion de programme, ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires **Nouvelles constructions** **Assistance technique**	• Recours accru aux agentes et agents communautaires et aux auxiliaires juridiques spécialisés dans la tuberculose • Mises à niveau des infrastructures qui n'ont pas encore beaucoup progressé ou dont l'achèvement est peu probable avant la fin du CS7	• Maintenir en fonction les agentes et agents de santé communautaires et les champions de la tuberculose actuellement actifs. Voir la section sur les SRPS et les ressources humaines pour la santé ci-dessous pour en savoir plus sur l'intégration des agentes et agents de santé communautaires. • Examiner de manière critique les coûts et les salaires de gestion de programme de tous les cadres responsables des prestataires de soins de santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires. • Envisager la participation à distance plutôt que les conférences, les réunions et les formations internationales en personne. • Réduire les dépenses liées aux réunions, ateliers, etc. dans le pays. • Examiner et prioriser l'assistance technique afin que celle-ci soit plus ciblée et efficace, notamment par le soutien à distance.
Levée des obstacles	• Nouveaux cadres juridiques et politiques visant à prévenir les mesures punitives ou coercitives et à améliorer les services de lutte contre la tuberculose fondés sur les droits	• Appuyer l'intégration des cadres juridiques et politiques et des activités d'accès à la justice liées à la tuberculose dans les institutions et mécanismes nationaux de défense des droits humains, y compris les mécanismes de redevabilité pour les services de lutte contre la tuberculose fondés sur les droits et les mécanismes de communication de l'information pour les patients, et poursuivre le soutien aux réformes juridiques qui progressent bien.

Le premier objectif est d'explorer les possibilités de gains d'efficacité opérationnels dans chacune des interventions de base, en garantissant une mise en œuvre et un impact de qualité. Même s'ils parviennent à réaliser des économies, il est possible que les responsables des programmes constatent que les ressources disponibles sont encore insuffisantes pour financer les interventions prévues. Si c'est le cas, l'objectif premier est d'assurer le maintien des activités les plus efficaces pour réduire au minimum la mortalité liée au paludisme. L'accès rapide à un diagnostic et à un traitement de qualité pour les personnes malades doit donc demeurer un pilier central. Les interventions de prévention, comme la lutte antivectorielle et la chimioprévention du paludisme saisonnier, doivent ensuite être hiérarchisées en fonction des besoins infranationaux, des contributions des partenaires et de la dynamique de transmission locale. Idéalement, un programme devrait viser à atteindre et à maintenir une couverture universelle de la lutte antivectorielle, en ciblant la chimioprévention du paludisme saisonnier dans les zones à transmission saisonnière très élevée. Cependant, reconnaissant que cela peut ne pas être faisable dans tous les contextes qui le nécessitent, certaines variations dans les stratégies de prévention peuvent être justifiées. La surveillance recoupe toutes les interventions. Elle doit être rationalisée en fonction des activités prioritaires, afin que suffisamment de données soient produites pour la prise de décision. Il est important de noter que l'approche décrite n'exige pas que tous les éléments soient traités de manière séquentielle. Au contraire, les pays doivent examiner toutes les stratégies potentielles de gains d'efficacité et de redéfinition des priorités, pour adopter la combinaison d'interventions la mieux adaptée à leur contexte, en reconnaissant que l'ordre des priorités peut varier selon le contexte de transmission du paludisme. Cela dit, la redéfinition des priorités doit être clairement justifiée, notamment que la prise en charge des cas dans le secteur public sera couverte par toutes les ressources disponibles (que ce soit par l'intermédiaire du Fonds mondial, du gouvernement ou d'autres partenaires).

Les composantes essentielles de ces interventions sont celles qui assurent la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité de services de qualité et le suivi de leur mise en œuvre. En mettant de l'avant une approche adaptable au niveau infranational, les pays peuvent centrer les interventions là où les besoins sont les plus grands, et adapter leur mise en œuvre aux contextes locaux afin de maximiser l'impact (p. ex. en ciblant la supervision, la formation et l'amélioration de la qualité en fonction des besoins des différentes régions). Tout exercice de redéfinition des priorités touchant les populations ou les zones géographiques nécessite une attention particulière au maintien de l'équité, en particulier dans les contextes d'intervention difficiles où certaines populations peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de lutte contre le paludisme.

Dans les contextes d'élimination et de pré-élimination, les mêmes principes généraux doivent s'appliquer à la redéfinition des priorités des subventions. En général, une transition a déjà été amorcée vers le financement national de certains éléments essentiels, comme les produits pour

la gestion des cas. Ainsi, les orientations portent sur l'adaptation des méthodes de prestation de services. Les subventions ciblent déjà les populations vulnérables qui portent la charge de morbidité du paludisme la plus élevée. Il est à noter qu'à la fin de chaque section, des recommandations spécifiques aux contextes d'élimination sont formulées.

Principaux éléments à prendre en compte :

- Passer en revue les interventions dans l'ordre indiqué.
- Tout au long de l'exercice de redéfinition des priorités, mesurer les répercussions de chaque décision sur les décisions précédentes.
- La gestion des cas et la prévention doivent être équilibrées.
- Une réduction de la prévention entraînera une augmentation du nombre de cas et, par conséquent, des dépenses de gestion des cas. Il importe d'équilibrer au mieux l'utilisation des fonds entre la prévention et la gestion des cas.
- Envisager toutes les sources de financement, et relever les nouveaux déficits de financement qui pourraient découler de l'évolution du paysage des donateurs.
- Le Fonds mondial et ses partenaires peuvent aider les pays à faire des compromis dans la combinaison d'interventions entre le niveau national et le niveau infranational.

Gestion des cas

Considérations relatives au traitement dans les structures de santé publiques et à la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire
Un approvisionnement suffisant de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, de tests de diagnostic rapide et d'artésunate injectable **dans les structures de santé publiques et au niveau communautaire** vient en tête des priorités, car il s'agit de produits qui sauvent des vies. Si l'artésunate par voie rectale a été déployé dans le pays, il doit également être maintenu. **Quantification et sélection des produits** • **Réévaluer la quantification standard, et l'ajuster si nécessaire** en fonction de la charge de morbidité actuelle et projetée. Il peut être nécessaire d'ajuster la charge de morbidité projetée, en particulier en cas de réduction ou de retard des interventions préventives. • Remarque : des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et des tests de diagnostic rapide supplémentaires pourraient être nécessaires si la surveillance à la première consultation en soins prénatals est mise en œuvre (voir la section Surveillance).

1. Dans le cas d'un pays appuyé par l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI), **il faut évaluer les quantités supplémentaires qui pourraient être nécessaires en cas de rupture des stocks financés par la PMI.**
2. Évaluer si ces stocks peuvent être livrés par l'intermédiaire du **système national de chaîne d'approvisionnement** (si ce n'est déjà le cas). Faut-il des investissements supplémentaires du Fonds mondial et, dans l'affirmative, peut-on les transférer au gouvernement (immédiatement ou progressivement) ? La livraison de médicaments et de consommables peut-elle être optimisée ?
3. **Choix des produits pour les tests de diagnostic rapide.** Selon les prix de référence du Fonds mondial, les trousses de 25 tests de dépistage *Pf* seulement coûtent 0,11 dollar US de moins que les tests de diagnostic rapide *Pf/*PAN, et les trousses de tests de diagnostic rapide en boîte (sans solution tampon individuelle) coûtent 0,32 dollar US de moins que les tests pour les lieux de soins (solution tampon individuelle fournie pour chaque test). Le Fonds mondial collabore avec les fabricants pour résoudre les problèmes d'ordre pratique (p. ex. pas assez de solution tampon) pour les trousses en boîte.
    - **Le Fonds mondial financera l'achat de tests de dépistage *Pf* pour les pays à prédominance de *Pf,* et l'achat de tests *Pf/Pv* si la charge de morbidité du *P. vivax* est importante**.
    - **La diversification des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et les multiples traitements de première intention dans le cadre de la stratégie de lutte contre la résistance aux antipaludéens sont une priorité,** en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne. Les pays qui se sont dotés, ou qui prévoient se doter, d'une stratégie de multiples traitements de première intention pour le CS7 doivent prioriser celle-ci. Pour la sélection des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine à l'appui de cette stratégie, les pays doivent prioriser la combinaison AL-ASAQ dans les approches de simultanéité ou de cyclage rapide recommandées par l'OMS comme option transitoire (compte tenu de leur neutralité par rapport aux coûts) et envisager la combinaison AS-PY ou DP seulement si les dernières données sur l'efficacité montrent que l'AL et l'ASAQ ne conviennent pas ou chevauchent la chimioprévention du paludisme saisonnier, si un soutien à l'accès est disponible, si les prix deviennent plus avantageux et si l'approvisionnement devient plus durable. Il est recommandé de consulter l'équipe de pays du Fonds mondial pour obtenir des informations supplémentaires sur la sélection des médicaments et de l'approche en fonction des besoins du pays.
    - **L'ajout de primaquine à dose unique faible** au traitement par combinaison thérapeutique à base d'artémisinine en tant qu'agent gamétocytocide doit être poursuivi, car il est peu coûteux et contribue à la réduction de la transmission dans les contextes de faible transmission. Il peut également être envisagé dans les pays présentant une résistance partielle à l'artémisinine ou un échec du traitement associé. Le test G6PD n'est pas nécessaire.
    - Dans la plupart des contextes, **les tests de diagnostic rapide doivent être privilégiés par rapport à la microscopie et aux produits connexes.** Dans les contextes d'élimination, le maintien d'un niveau élevé de microscopie de qualité est important pour assurer la qualité du diagnostic et la pérennité. Envisager de tirer parti de l'équipement existant et d'autres programmes de lutte contre les maladies pour un soutien intégré à la microscopie dans les structures de santé de niveau supérieur.
    - Dans les pays où le ***P. vivax*** est l'espèce prédominante, les tests de diagnostic rapide *Pf/Pv* doivent être utilisés. Des stocks suffisants d'antipaludéens (chloroquine et/ou combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) et de primaquine doivent être conservés. Si la tafénoquine ou la primaquine à forte dose sur 7 jours est utilisée, maintenir des stocks suffisants du médicament et de produits de dépistage du déficit en G6PD. Discuter avec un conseiller de l'équipe de pays du Fonds mondial au sujet de la marche à suivre pour mettre en œuvre des stratégies agressives de guérison au moyen de schémas thérapeutiques plus

courts (primaquine sur 7 jours et/ou tafénoquine), car celles-ci nécessitent des tests du déficit en G6PD et le déploiement initial est coûteux. Envisager le soutien d'une organisation partenaire pour ce déploiement.

Qualité des soins

- **La formation et la supervision doivent :**
  - **Être intégrées au programme d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires.** La formation et la supervision spécifiques au paludisme doivent être progressivement abandonnées (de préférence immédiatement). De même, les formations générales autonomes sur l'équité, les droits humains et le genre doivent être abandonnées progressivement au profit de leur intégration. Les pays doivent former des superviseurs et des formateurs polyvalents qui veilleront à ce que l'intégration ne se résume pas à réunir des équipes de différents programmes au même endroit et en même temps.
  - **Être adaptées** au niveau infranational pour répondre aux besoins spécifiques, sur la base d'un examen des données des examens de routine des patients permettant d'évaluer les résultats des structures de santé et des agentes et agents de santé communautaires (ou au niveau des unités administratives le plus bas possible en fonction de la disponibilité des données). Par exemple, si le Programme national de lutte contre le paludisme constate que le taux de dépistage dans une structure est de 80 %, alors qu'il est en moyenne de 40 % dans un autre, cette dernière doit être ciblée pour la supervision et l'enquête. Il en est de même pour les structures qui signalent des taux de mortalité élevés, dont l'activité de notification est faible ou nulle et où le traitement est dispensé sans tests préalables.
  - **Tenir à jour un référentiel de formation des ressources humaines** pour assurer le suivi des formations reçues et éviter les formations répétées.
  - **Intégrer le changement social et comportemental à la prestation des services** au niveau des structures de santé et des communautés (p. ex. la communication interpersonnelle), en renforçant les messages en faveur du recours aux soins et de la prévention et en s'attaquant aux normes sociales et de genre néfastes.

Accès aux soins

- **Le déploiement optimal des agentes et agents de santé communautaires** varie selon le contexte des pratiques de recours aux soins. Il peut être avantageux de revoir attentivement les plans de maintien des activités et/ou de ciblage infranational plus avancé, et d'examiner la portée actuelle du soutien à la prise en charge communautaire des cas et le mandat des agentes et agents de santé communautaires qui fournissent des services de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire avec des ressources du Fonds mondial (au titre des subventions pour les trois maladies / les SRPS / le C19RM), ainsi que l'état des plateformes communautaires soutenues par la PMI ou d'autres bailleurs de fonds (p. ex. le soutien du PEPFAR pour les agentes et agents de santé communautaires qui offrent des soins pour le paludisme). La mise en œuvre des produits de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire non liés au paludisme doit continuer, mais il faut planifier une transition vers un financement par le gouvernement.
- Des activités de proximité ciblées dans les zones reculées ou dangereuses et pour les sous-populations ayant un accès limité (p. ex. les populations urbaines pauvres, migrantes, déplacées) doivent être envisagées.
- La prise en charge communautaire doit être prioritaire pour les enfants de moins de 5 ans, mais si elle est déjà assurée pour toutes les tranches d'âge, essayer de conserver la même portée.

- **Orientation communautaire :** le financement de l'orientation assistée réduit les dépenses pour la prise en charge des cas graves. Dans la mesure du possible, et si le système d'orientation est jugé fonctionnel, le traitement préalable à l'orientation des patients atteints de paludisme avec complications doit être poursuivi.

La plupart des pays ont déjà commencé à **éliminer progressivement le copaiement des produits par le secteur privé.** Selon le contexte du pays (p. ex. le pourcentage de recours au secteur privé), il peut être avantageux de maintenir le soutien des efforts du secteur privé en faveur de l'accès à des soins de qualité, en mettant l'accent sur la communication de l'information et le suivi de l'assurance qualité du traitement plutôt que sur la prestation directe de services.

Dans les contextes d'élimination, la détection passive des cas doit être priorisée. Les pays doivent envisager de reporter les stratégies de détection active et réactive des cas, qui sont plus coûteuses. Bien que les tests rapides demeurent la principale méthode de diagnostic, en particulier pour les populations difficiles d'accès, les pays peuvent souhaiter maintenir un niveau élevé de microscopie de qualité, laquelle doit être intégrée aux autres activités de lutte contre les maladies. Une attention particulière doit être accordée à la prise en compte des cas diagnostiqués dans le secteur privé. Les activités de prévention de la réintroduction du paludisme doivent être maintenues, avec une attention particulière portée à l'optimisation des activités, comme pour d'autres interventions. Les activités de surveillance de l'élimination et de prévention de la réintroduction doivent être maintenues.

Lutte antivectorielle

Considérations relatives à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent

Les pays sont encouragés à travailler en étroite collaboration avec les équipes de pays du Fonds mondial si leur programme comprend la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent soutenue par le Fonds mondial ou un partenaire, pour laquelle le financement ne pourra peut-être pas être maintenu. Si la campagne de pulvérisation est imminente, elle doit être prioritaire, compte tenu du risque élevé de recrudescence consécutif à un arrêt soudain. Si la campagne n'est pas imminente, les pays doivent envisager sérieusement de la remplacer par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à double principe actif, compte tenu des contraintes budgétaires et des problèmes potentiels de pérennité. La distribution des moustiquaires doit être prioritaire dans les zones ainsi ciblées, et coïncider avec le calendrier prévu pour le prochain cycle de pulvérisation (et non pour le prochain cycle de distribution de moustiquaires). En outre, il importe de surveiller les taux d'incidence pour détecter les recrudescences et de prévoir des réserves pour la prise en charge des cas.

Gains d'efficacité opérationnelle

- Le tableau Adaptations pour les activités opérationnelles ci-dessous contient des orientations sur les gains d'efficacité des campagnes de distribution de moustiquaires pouvant être adaptés aux campagnes de pulvérisation. Cependant, il se peut que les possibilités de réduire à court terme les coûts des campagnes de pulvérisation soient moindres, compte tenu des exigences de protection de la santé environnementale et humaine et de l'importance des activités de communication pour l'acceptation de l'intervention parmi les foyers.

Choix de produits

- Il se peut également que les possibilités de changer les produits soient limitées, puisque les achats doivent être conformes aux plans de gestion de la résistance aux insecticides. Il peut être utile de discuter avec l'équipe de pays du Fonds mondial au sujet d'éventuelles différences de prix liées aux formulations et aux types d'emballage.

Considérations relatives aux moustiquaires imprégnées d'insecticide – campagnes de distribution de masse et distribution continue

Le degré d'avancement et la situation diffèrent grandement d'un pays à l'autre : certains ont déjà terminé une campagne, d'autres non, et certains de ces derniers ont passé des commandes, et d'autres non. Certains contextes peuvent présenter des difficultés ou des besoins particuliers (p. ex. les contextes d'intervention difficiles). Les recommandations générales ci-après doivent être appliquées en fonction du contexte du pays.

- Tous les déploiements de moustiquaires imprégnées d'insecticide doivent être optimisés tel que suggéré ci-après :
  - Pour toutes les moustiquaires, voir la section Sélection des produits plus bas dans le présent tableau – p. ex. envisager une taille de moustiquaire plus petite si nécessaire.
  - En ce qui concerne les campagnes, voir le tableau Adaptations pour les activités opérationnelles ci-dessous (en gardant à l'esprit ce qui peut être réalisable dans l'intervalle de temps restant avant le déploiement de la campagne).
  - Le tableau Adaptations pour les activités opérationnelles contient également des pistes de réflexion sur la pertinence des canaux de distribution. Un accent particulier doit également être mis sur l'intégration des livraisons de moustiquaires et du soutien associé dans les programmes nationaux pertinents (p. ex. les programmes de santé maternelle et infantile et le programme élargi de vaccination).
- Les stratégies de déploiement doivent être examinées en tenant compte du budget disponible :
  - Dans l'idéal, et pour obtenir un impact maximal sur la charge de morbidité et la mortalité liées au paludisme, une couverture élevée dans les zones à charge élevée et modérée (en tenant compte du potentiel paludogène plutôt que de la charge actuelle) devrait être maintenue, l'accès étant assuré par les canaux courants pour les groupes biologiquement vulnérables dans toutes les zones à risque. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les groupes vulnérables clés dans la plupart des cas, mais il convient d'envisager l'inclusion d'autres groupes à haut risque au niveau local.
  - S'il n'est pas possible de maintenir une couverture élevée dans les zones à risque élevé ou modéré, la priorité absolue est de couvrir les groupes biologiquement vulnérables dans toutes les zones à risque.
  - Différentes stratégies de déploiement peuvent convenir, selon le contexte de l'accès et de l'équité d'accès aux différents canaux de distribution, sachant qu'aucun canal unique ne sera suffisant. Les canaux peuvent également être combinés de différentes manières au niveau infranational.
  - Tous les canaux ne fournissent pas directement de moustiquaires aux groupes vulnérables. Cela dit, les données démontrent constamment qu'au sein d'un foyer, les moustiquaires reçues – de n'importe quel canal – vont protéger en priorité les membres les plus vulnérables du foyer s'il n'y a pas suffisamment de moustiquaires pour couvrir tous les membres du foyer.
  - Pour déterminer quels canaux utiliser et comment les adapter, les pays doivent soupeser les facteurs suivants :
    - **Approvisionner suffisamment les canaux réguliers dans toutes les zones à risque.** Les canaux passant par les soins prénatals et le programme élargi de vaccination garantissent aux femmes enceintes et aux nourrissons l'accès aux services et assurent une certaine disponibilité des moustiquaires entre les campagnes. Ces canaux demeurent importants. Envisager de prioriser les canaux les plus fonctionnels (p. ex. les soins prénatals plutôt que le programme élargi de vaccination), et envisager d'augmenter le stock de réserve si l'approvisionnement régulier en moustiquaires est incertain, notamment dans les pays soutenus par la PMI. Si les soins prénatals et le programme élargi de vaccination ne sont pas accessibles (p. ex. dans certains

contextes d'intervention difficile), d'autres canaux avec des points de contact fréquents ou réguliers avec les populations vulnérables peuvent les remplacer.

- **Recourir à d'autres canaux dans la mesure du budget ; les canaux réguliers à eux seuls n'atteindront pas une couverture élevée et n'atteindront pas tous les enfants de moins de 5 ans.**
- S'il est impossible de viser la couverture universelle, les programmes doivent toujours viser une couverture aussi élevée que possible dans les zones d'incidence élevée ou modérée en mettant en œuvre des campagnes de couverture réduite (ciblant uniquement les enfants de moins de 5 ans, ou ciblant tous les ménages, mais avec une couverture réduite) ou en utilisant des canaux continus à haut débit, comme la distribution annuelle dans les écoles.

- Pour les campagnes, envisager ce qui suit :
  - Retirer les zones à faible charge de morbidité et, si nécessaire, les zones urbaines. Les campagnes ne sont pas recommandées dans bien des zones urbaines, en raison des difficultés logistiques et d'un meilleur accès aux soins. Dans ces zones, garantir l'accès continu aux moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les groupes vulnérables, par le biais des soins prénatals et du programme élargi de vaccination, et poursuivre les efforts visant à renforcer la prise en charge des cas. Dans les zones urbaines où le *An. stephensi* est une préoccupation, il est recommandé de discuter de l'approche de lutte antivectorielle avec l'équipe de pays du Fonds mondial. Les campagnes de distribution peuvent demeurer un besoin dans les zones périurbaines ou pour les groupes vulnérables localisés (p. ex. les habitants des bidonvilles). Toutefois, il est recommandé d'identifier ces zones ou groupes au moyen des données du système de santé et des connaissances et de l'expertise locales, plutôt qu'au moyen d'approches de microstratification complexes qui se sont avérées difficiles et coûteuses et dont le financement avec les fonds de la subvention n'est pas recommandé. Discuter des solutions possibles pour résoudre ces problèmes avec l'équipe de pays du Fonds mondial.
  - En dehors des zones urbaines, envisager soit une campagne de distribution fournissant une moustiquaire par enfant de moins de 5 ans (ce qui a l'avantage d'assurer une couverture élevée dans ce groupe vulnérable) soit une campagne générale couvrant tous les foyers (ce qui a l'avantage d'atteindre tous les foyers, y compris ceux comptant un enfant de moins de 5 ans), mais avec un nombre réduit de moustiquaires par personne ou un groupe cible spécifique (p. ex. une moustiquaire pour 1,8 personne, ou un nombre fixe par foyer).
  - Échelonner les campagnes dans les régions où les données disponibles confirment que les moustiquaires sont conservées plus de trois ans (c.-à-d. que l'utilisation de moustiquaires efficaces demeure élevée dans ces régions).

- **Autres canaux à grand volume :** parallèlement aux options de campagne ci-dessus, déterminer si d'autres canaux pourraient fonctionner dans le contexte local, ou si le nombre de moustiquaires diminue au point de rendre les campagnes exagérément coûteuses. Par exemple, la distribution annuelle à l'école est une excellente alternative à une campagne, car elle peut être adaptée en fonction du nombre de moustiquaires disponibles, atteint les enfants qui n'ont pas bénéficié des soins prénatals ou du programme élargi de vaccination, et achemine des moustiquaires aux foyers entre les campagnes, ce qui remédie à l'attrition des moustiquaires.
- Dans les cas où même les campagnes de couverture des moins de 5 ans ou les campagnes réduites ne peuvent être réalisées dans toutes les zones à charge élevée ou modérée, il convient de garantir d'abord un accès continu aux groupes vulnérables dans toutes les zones à risque, puis d'exécuter au mieux une campagne ou une approche à haut débit dans les zones où la charge est la plus élevée, sachant que le taux d'incidence dans les zones qui ne sont plus couvertes augmentera et que les plans de prise en charge des cas devront être ajustés en conséquence.

- **Les pays qui ont déjà commandé des moustiquaires** préféreront probablement s'en tenir le plus possible aux plans existants, mais devront s'efforcer d'optimiser les coûts de livraison et de rationaliser la portée de la distribution (p. ex. en écartant les zones à faible charge de morbidité ou les zones urbaines, si nécessaire). Ils peuvent également réévaluer la nécessité de la distribution d'une partie des quantités à travers les canaux réguliers (dès maintenant, ou pour consolider les stocks de réserve si l'approvisionnement régulier futur est incertain). Si le nombre de moustiquaires disponibles pour les campagnes est réduit, les options mentionnées ci-dessus doivent être envisagées.
- **Les pays qui n'ont pas encore commandé de moustiquaires** ont encore la possibilité de revoir les quantités initialement prévues, ainsi que de déterminer quels canaux de distribution seraient optimaux, en tenant compte des suggestions ci-dessus, pour maximiser l'impact. Comme indiqué ci-dessus, les canaux efficaces de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux populations vulnérables sont prioritaires. Si des fonds supplémentaires sont disponibles, optimiser les coûts de distribution, puis déterminer combien de moustiquaires peuvent être distribuées.

Autres considérations

- Si une campagne de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide est cofinancée avec un partenaire autre que le gouvernement ou le récipiendaire principal (p. ex. Against Malaria Foundation), il est important de connaître ses exigences en matière de soutien et de travailler conjointement avec toutes les parties prenantes sur les éventuelles adaptations. Il est très utile pour les programmes de trouver des fonds des subventions pour accéder à des moustiquaires qui ne sont pas financées par des subventions. La mise sur pied de ce type de partenariat est fortement encouragée.

Sélection des produits

- Si la résistance aux pyréthrinoïdes est un problème connu dans la région, et que les moustiquaires à PBO ou à double principe actif (pyréthrinoïdes et chlorfénapyr) sont déjà planifiées ou déployées, conserver le même choix de produits. Dans ces régions, les pays doivent toujours envisager de remplacer les moustiquaires imprégnées uniquement de pyréthrinoïdes par des moustiquaires à double principe actif (pyréthrinoïdes et chlorfénapyr). Le rapport coût-efficacité est plus élevé (même si l'on tient compte du coût unitaire plus élevé et de la possibilité qu'un nombre réduit de moustiquaires puisse être acheté). L'équipe de pays du Fonds mondial peut répondre aux questions.
- Aucune personnalisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- Envisager des moustiquaires de taille réduite. L'approche conduit à d'importantes économies, et de nombreux pays atteignent des taux d'utilisation élevée en raison de l'accessibilité des moustiquaires de petite taille.

Dans les contextes d'élimination, cibler les interventions de lutte antivectorielle dans les zones à risque de poursuite ou de recrudescence de la transmission. Dépendamment de la faisabilité et de la disponibilité des ressources, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent ou les moustiquaires imprégnées d'insecticide représentent souvent le principal moyen de réduire la transmission dans les foyers résiduels ou les nouveaux foyers actifs.

Adaptations pour les activités opérationnelles (applicables surtout aux campagnes, mais adaptables à d'autres canaux)

Adaptations pour rationaliser les coûts : conception des campagnes
• Campagne en une seule phase (enregistrement et distribution simultanés). • Déterminer si une phase de macroplanification est nécessaire. • Réévaluer et optimiser l'approche de microplanification, p. ex. en tenant un atelier à échelle réduite couvrant le contenu essentiel et avec les participants essentiels. Tirer parti des données disponibles – microplanification antérieure (y compris d'activités non liées au paludisme), données du bureau national de la statistique, etc. • Envisager de fournir un nombre fixe de moustiquaires par foyer, sans enregistrement. • Évaluer le nombre de foyers et de distributeurs et déterminer s'il est adéquat (en particulier si l'approche de la campagne a été modifiée). Déterminer si un impact similaire peut être obtenu par une distribution à partir d'un point fixe. • Intégrer la mise en œuvre de la campagne aux effectifs locaux, comme les agentes et agents de santé communautaires (y compris le soutien aux paiements électroniques, si des systèmes d'incitation de routine sont utilisés). • Exclure les zones urbaines (les moustiquaires supplémentaires peuvent être utilisées pour redéfinir les plafonds à la hausse, assurer la distribution régulière ou couvrir les logements non traditionnels, comme les orphelinats, etc.). Voir le point sur la zone géographique ci-dessus. • Relever les possibilités d'intégration de la campagne, y compris le partage de données, de matériel ou de logiciels, mais aussi l'intégration de la campagne ou de la distribution de moustiquaires à la communauté cible au moyen de programmes comportant des campagnes planifiées (p. ex. la campagne de vaccination contre la rougeole, le paludisme ou la filariose lymphatique). Envisager au minimum des campagnes conjointes de distribution de moustiquaires et de chimioprévention du paludisme saisonnier au premier cycle de chimioprévention. • Aucune campagne de ratissage.
Adaptations pour rationaliser les coûts : formation
• Réduire le nombre de jours de formation ou modifier la façon dont la formation est dispensée (en ligne, si possible, en profitant de l'occasion pour migrer vers des formations et outils numériques). • Choisir minutieusement les participants aux formations (viser le personnel prioritaire). • Réduire les dépenses pour les locaux des formations, s'il existe des possibilités d'utilisation d'espaces gratuits ou en échange de services. • Envisager de combiner des formations. Par exemple, cela est réalisable si les campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier sont prévues plus ou moins au même moment, même si les activités des campagnes ne sont pas intégrées.

Adaptations pour rationaliser les coûts : transport et entreposage
• Examiner minutieusement les budgets de transport : dans certaines subventions, des moyens ont été trouvés pour réduire considérablement les coûts. • Envisager de limiter l'entreposage au niveau national et de transitionner plus rapidement au niveau infranational. Les plus petits volumes sont plus faciles à gérer avec les espaces existants. • Réduire les coûts d'entreposage lorsque des espaces peuvent être utilisés gratuitement ou en échange de services. • Éviter les économies qui compromettent la sécurité des produits et la qualité des produits de santé.
Adaptations pour rationaliser les coûts : changement social et comportemental
• Aucun lancement de campagne. • Aucune campagne de changement social et comportemental dans les régions où l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide est historiquement élevée. • Aucune campagne d'installation de moustiquaires. • Maintenir les activités de changement social et comportemental à faible coût (p. ex. les communications interpersonnelles, y compris les réseaux sociaux) dans les zones où l'utilisation de moustiquaires est historiquement faible pour des raisons d'accès. Aucune distribution de dépliants ou de campagne dans les médias de masse (p. ex. les annonces à la radio ou à la télévision). • Maintenir les annonces sur l'approche / le calendrier / le lieu de la campagne, mais donner la priorité aux options à faible coût, en particulier la communication interpersonnelle. Par exemple : crieurs publics, griots et autres (dont le nombre est réduit au minimum), collaboration avec les principaux leaders d'opinion, notamment dans les rassemblements religieux (églises, mosquées), évènements politiques et sociaux et activités sportives (envisager également les réseaux sociaux, les messages WhatsApp / SMS ou la radio si nécessaire, mais pas les annonces à la télévision). Ces activités de communication peuvent être classées dans le budget comme des activités de changement social et comportemental, mais elles doivent être considérées comme des activités essentielles, en particulier lorsque les stratégies de campagne ont changé et peuvent cibler uniquement certains groupes / communautés. • Conserver les supports qui servent d'identifiants pour les distributeurs de la campagne (brassard, badge, casquette – choisir l'option locale la moins chère). Ces supports peuvent être classés dans le budget comme des activités de changement social et comportemental, mais doivent être considérés comme des activités essentielles.
Adaptations pour rationaliser les coûts : numérisation
• Revoir les besoins de numérisation et prioriser l'essentiel. • Encourager le personnel à utiliser son propre appareil pour les campagnes numériques. • Si la numérisation est en phase de démarrage :

- Déterminer si les coûts de démarrage (y compris les ressources humaines) seront plus élevés que ceux d'une campagne non numérique. Dans l'affirmative, envisager de suspendre la numérisation jusqu'à ce que les financements soient clarifiés (p. ex. reporter au prochain cycle de subvention), car il est possible que les coûts de démarrage ne soient pas justifiés.
- Vérifier si d'autres programmes dans le pays mènent des activités numériques et, dans l'affirmative, adopter leurs outils et applications. Étant donné que chaque outil présente des avantages et des inconvénients qui lui sont propres, il n'y a pas d'outil recommandé « le moins cher ». Le choix d'une plateforme à accès libre au lieu d'une plateforme exclusive réduit probablement les coûts à long terme.

  Utiliser des supports de formation disponibles publiquement plutôt que d'en élaborer de nouveaux.

Adaptations pour rationaliser les coûts : rapports et activités post-campagne

- Déprioriser les ateliers de validation des données – ils sont probablement inutiles pour les campagnes numériques.
- Supprimer les ateliers annuels d'examen ; s'appuyer plutôt sur l'amélioration continue fondée sur la supervision.
- Envisager des ateliers virtuels.
- Déprioriser les enquêtes post-campagne et, si possible, mesurer la couverture au moyen de méthodologies de routine (suivi de la première consultation prénatale, échantillonnage par lots appliqué à l'assurance-qualité, suivi dirigé par la communauté).

Considérations relatives à la gestion des gîtes larvaires

- Dans la plupart des contextes, la gestion des gîtes larvaires n'est pas prioritaire relativement à d'autres activités de lutte antivectorielle, mais les considérations relatives à la menace du vecteur *An. stephensi* doivent être prises en compte. Discuter de tout plan de gestion des gîtes larvaires avec l'équipe de pays du Fonds mondial afin d'envisager s'il y a lieu de reporter certaines activités.

Chimioprévention

Considérations relatives à la chimioprévention du paludisme saisonnier
Ces dernières années, les programmes de chimioprévention du paludisme saisonnier ont élargi leur couverture géographique, couvert davantage de groupes d'âge et augmenté le nombre de cycles. Le Fonds mondial suggère les priorités suivantes pour la poursuite de la chimioprévention du paludisme saisonnier : ○ **Donner la priorité aux enfants de moins de 5 ans** (le groupe ayant le taux de mortalité le plus élevé) et cibler les zones géographiques les plus lourdement touchées et ayant un accès limité aux services de santé (y compris, entre autres, les zones d'insécurité). ○ Déprioriser les zones urbaines, compte tenu de l'accès aux soins et des défis logistiques pour l'opérationnalisation des campagnes. ○ Examiner les données sur la durée de la saison de transmission de pointe pour **optimiser le nombre de cycles.** Dans la mesure du possible, utiliser les données climatiques pour ajuster le calendrier et le nombre de cycles. ○ Tenir compte des déficits de financement qui pourraient survenir en raison de changements dans le financement des donateurs (notamment la PMI). Il pourrait être nécessaire de modifier la couverture géographique à la lumière de l'analyse de la charge de morbidité, etc. Un programme peut réduire le nombre de cycles de chimioprévention du paludisme saisonnier afin de couvrir des populations supplémentaires. Consulter l'équipe de pays du Fonds mondial pour obtenir des conseils sur ce type de compromis. Comme pour les campagnes de lutte antivectorielle, il convient de tenir compte des problèmes opérationnels présentés dans le tableau Adaptations pour les activités opérationnelles. En outre : • Explorer les points de contact existants avec la population cible et les possibilités d'intégration (p. ex. la campagne de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la campagne de vaccination, les journées dédiées à la santé infantile, les autres activités de proximité). Les pays qui envisagent d'intégrer le vaccin antipaludique à la chimioprévention du paludisme saisonnier doivent contacter l'équipe de pays du Fonds mondial. • Déterminer la faisabilité d'affecter les agentes et agents de santé communautaires disponibles à la chimioprévention du paludisme saisonnier (à l'échelle infranationale si les effectifs sont insuffisants pour couvrir les zones ciblées pour la chimioprévention). • **Déprioriser** le traitement sous observation directe pour les doses 2 et 3 à chaque cycle pourrait permettre aux distributeurs de se rendre dans un plus grand nombre de foyers par jour. Explorer les options de rappels par SMS pour l'administration des doses suivantes par les soignants.
Considérations relatives au traitement préventif intermittent pendant la grossesse
Les services de soins prénatals doivent être pleinement intégrés, et la gestion de ces services, y compris pour les cas de paludisme pendant la grossesse, doit être assurée par le service de santé maternelle et infantile. Le programme national de lutte contre le paludisme doit être associé au groupe de travail technique et donner des conseils techniques au service de santé maternelle et infantile, si nécessaire. Il importe de planifier dès que possible cette transition en tenant compte des ressources

globales disponibles pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (y compris par l'intermédiaire d'autres subventions du Fonds mondial). Si des moustiquaires sont distribuées régulièrement par l'intermédiaire des soins prénatals ou du programme élargi de vaccination, envisager l'intégration aux activités régulières du système de santé et la transition vers la gestion de la santé maternelle et infantile et du programme élargi de vaccination, respectivement. Noter que **les systèmes de données et la communication de l'information par ces services devront inclure ces interventions.** Il importe de tenir compte des déficits de financement qui pourraient survenir en raison de changements dans le financement des donateurs (notamment la PMI) pour le renforcement des plateformes de traitement préventif intermittent pendant la grossesse et de soins prénatals.

- L'achat de sulfadoxine-pyriméthamine doit être transféré au gouvernement dès que cela est possible (déjà en cours dans de nombreux pays).
- La formation et la supervision doivent être intégrées au programme d'amélioration de la qualité des soins prénatals dans le cadre de la santé maternelle et infantile, et la formation et la supervision spécifiques au paludisme doivent être abandonnées progressivement (de préférence immédiatement).
- La formation et la supervision doivent être adaptées au niveau infranational pour qu'elles répondent aux besoins spécifiques en fonction des performances des structures de santé / agentes et agents de santé communautaires (ou au niveau de l'unité administrative la plus basse possible, selon la disponibilité des données). Par exemple, si le premier traitement préventif intermittent est de 60 % dans une structure offrant des services de soins prénatals alors qu'il est de 90 % dans une autre, il convient de donner la priorité au soutien de la première.
- Le traitement préventif intermittent pendant la grossesse communautaire peut accroître la couverture de cette intervention. Il doit être intégré à la stratégie relative aux agentes et agents de santé communautaires.
- Le changement social et comportemental doit être intégré à la prestation de services au niveau des structures de santé et des communautés (p. ex. la communication interpersonnelle), y compris le recours à des groupes bénévoles ou à faible rémunération comme les groupes de soins prénatals et postnatals.

Considérations relatives à la chimioprévention du paludisme pérenne

Dans les zones où le déploiement de la chimioprévention du paludisme pérenne n'a pas commencé, la priorité doit être donnée aux autres interventions en cours.

La chimioprévention du paludisme pérenne est exécutée principalement par l'entremise du programme élargi de vaccination. Cette intervention doit reposer sur une approche similaire au traitement préventif intermittent pendant la grossesse, où la gestion, y compris la supervision et la formation, est transférée au groupe de travail technique du programme élargi de vaccination, appuyé au besoin par le programme national de lutte contre le paludisme. Si des moustiquaires sont distribuées régulièrement par l'intermédiaire des soins prénatals ou du programme élargi de vaccination, envisager l'intégration aux activités régulières du système de santé et la transition vers la gestion de la santé maternelle et infantile et du programme élargi de vaccination, respectivement. Noter que les systèmes de données et la communication de l'information par ces services devront inclure ces interventions.

- Le médicament utilisé pour la chimioprévention du paludisme pérenne est également la sulfadoxine-pyriméthamine. Les achats doivent être transférés au gouvernement dès que cela est possible.
- Étant donné que la chimioprévention du paludisme pérenne est une intervention relativement récente, son démarrage et son déploiement ultérieurs pourraient nécessiter une participation accrue du programme national de lutte contre le paludisme. Idéalement, le programme élargi de vaccination serait capable d'assurer la continuité du service, et le programme de lutte contre le paludisme jouerait un rôle dans le groupe de travail technique et donnerait des conseils techniques.

- Noter que la chimioprévention du paludisme pérenne peut être dispensée par des canaux autres que le programme élargi de vaccination, et qu'une approche similaire, intégrée dans les systèmes existants pour élargir la couverture à la deuxième année, peut être adoptée (p. ex. déploiement par l'intermédiaire d'agentes et agents de santé communautaires).
- Le changement social et comportemental doit être intégré à la prestation de services au niveau des structures de santé et des communautés (p. ex. la communication interpersonnelle), y compris le recours à des groupes bénévoles ou à faible rémunération comme les groupes de soins prénatals et postnatals.

Remarque : le Fonds mondial ne finance pas l'achat ni le déploiement direct de vaccins antipaludiques, car ces activités relèvent de Gavi. Le Fonds mondial soutient des interventions complémentaires au déploiement du vaccin antipaludique. Voir les directives sur le soutien du Fonds mondial dans ce domaine : https://resources.theglobalfund.org/fr/updates/2024-12-02-gavi-global-fund-malaria-vaccine-guidelines/

Surveillance épidémiologique et suivi et évaluation

Considérations relatives aux données et à leur utilisation
Ce tableau dresse un sommaire des activités rationalisées qui permettront de poursuivre le renforcement des données et de l'utilisation des données pour la prise de décision. Il importe de tenir compte des déficits de financement qui pourraient survenir en raison de changements dans le financement des donateurs (notamment la PMI) pour s'assurer que tous les éléments seront couverts. **Données du système d'information sanitaire bien structurées et nettoyées** • Les systèmes d'information sanitaire et l'assurance qualité des données doivent être intégrés et inclure la communication de l'information de base sur le paludisme, y compris les cas suspectés ou fébriles, les cas testés et les cas traités. Les coûts doivent être partagés entre les départements du ministère de la Santé. Consulter la section SRPS pour plus d'informations. • Si un soutien du Fonds mondial est prévu pour la mise en place d'un recueil national de données sur le paludisme, celui-ci doit être prioritaire. S'il est déjà en place, en confier la maintenance au financement national dès que possible. **Données en l'absence d'enquêtes** • Comme mentionné précédemment, les enquêtes à grande échelle financées par le Fonds mondial (p. ex. les enquêtes sur les indicateurs du paludisme, les enquêtes démographiques et de santé), si elles ne sont pas déjà en cours, doivent être reportées ou redéfinies dans leur portée (centrage sur la couverture des interventions) si d'autres méthodes ne sont pas réalisables. Pour les enquêtes en cours et pour lesquelles un financement du Fonds mondial est prévu, tout doit être mis en œuvre pour trouver une autre source de financement pour l'achèvement de l'enquête. En parallèle, envisager l'introduction de stratégies plus efficaces au regard des coûts pour évaluer la couverture, l'utilisation et la prévalence de façon régulière.

- La surveillance systématique de la prévalence à la première consultation prénatale est une nouvelle stratégie ; son introduction nécessite donc des ressources. Il s'agit notamment du recalcul des associations thérapeutiques à base d'artémisinine et des tests de diagnostic rapide nécessaires en soins prénatals (et inclus dans la quantification globale), d'une possible révision des registres (si de nouvelles colonnes doivent être ajoutées), d'amendements aux directives permettant le dépistage et le traitement pendant la grossesse lors de la première consultation prénatale et de l'orientation vers les prestataires de soins prénatals afin que toutes les femmes enceintes passent un test de dépistage lors de leur première consultation. Bien que les coûts initiaux, comme les coûts des produits et des formations, doivent être pris en compte, les coûts liés au maintien de cette surveillance sans les ressources du Fonds mondial doivent être envisagés pour l'introduction. Remarque : si la prévalence en soins prénatals peut être utile pour observer les tendances et approximer la prévalence dans la communauté, le nombre d'infections chez les femmes enceintes est souvent beaucoup plus bas que chez les enfants de moins de 5 ans. Ainsi, ce genre d'approximation sous-estime la transmission communautaire et doit être ajustée en conséquence.
- Le suivi des résultats en matière de couverture, d'accès et d'utilisation doit être effectué à l'aide de méthodologies efficaces au regard des coûts, comme l'échantillonnage ciblé par lots appliqué à l'assurance qualité ou d'autres enquêtes à petite échelle visant un nombre réduit de foyers et assorties de seuils d'utilisation et d'accès bien établis et axés sur les données nécessaires à la prise de décision. L'échantillonnage par lots appliqué à l'assurance-qualité n'est pas recommandé à l'échelle nationale en raison de son rapport coût-efficacité.

Prise de décision fondée sur les données

- Les examens des programmes de lutte contre le paludisme et les examens à mi-parcours doivent être réalisés avec une prise en compte de l'efficacité des coûts et de l'absence de financement supplémentaire pour les locaux. La participation virtuelle peut être envisagée pour réduire les déplacements. Il est possible que certains déplacements demeurent nécessaires (p. ex. pour les participants communautaires). Ceux-ci pourront être appuyés par des partenaires établis d'assistance technique pour l'adaptation à l'échelle infranationale.
- Les investissements dans les systèmes de surveillance doivent être axés sur les données nécessaires à la prise de décision plutôt que sur la production de rapports.
- L'établissement des priorités programmatiques doit tenir compte de toutes les interventions de lutte contre le paludisme, y compris les vaccins antipaludiques, la gestion des gîtes larvaires et d'autres interventions qui ne sont pas nécessairement financées suffisamment ou financées par une subvention du Fonds mondial. Cela garantira que l'affectation au niveau infranational ou la réaffectation de ces interventions se fera de manière holistique et aura pour objectif de sauver le plus grand nombre de vies possible.
- Les interventions de suivi dirigé par la communauté matures et efficaces dans les soins de santé primaires doivent être maintenues pour le suivi de l'accès aux services et de la qualité de ceux-ci, ainsi que pour le suivi des violations des droits humains ou des droits liés au genre qui doivent être traitées.

Surveillance des menaces biologiques

- Études d'efficacité thérapeutique : limiter à une fois tous les deux ans, **avec sélection optimale des sites.** Contacter l'équipe de pays du Fonds mondial si des fonds PMI ou PMI / Fonds mondial ont été prévus pour la mise en œuvre d'une étude d'efficacité thérapeutique. Les pays sont invités à envisager ce qui suit :
    - **Assurer la production et le partage en temps opportun de données de haute qualité issues des études d'efficacité thérapeutique (cliniques et moléculaires) :** les données issues des études passées et en cours doivent servir à éclairer le choix des sites sentinelles pour les études ultérieures. Il

devient ainsi possible de planifier plus efficacement des essais avec des sites sentinelles mieux ciblés. Cette approche vise à optimiser l'utilisation des ressources tout en garantissant la production de données probantes pour la prise de décision.

- **Cibler les études d'efficacité thérapeutique sur les zones présentant une résistance partielle à l'artémisinine suspectée ou confirmée** pour confirmer les impacts cliniques des mutations K13. Il est essentiel de continuer la surveillance dans ces domaines. La décision de réduire les études d'efficacité thérapeutique dans certains domaines doit également être étayée par des données actualisées issues de ces études.
- **S'appuyer sur la surveillance moléculaire si les capacités existent :** les marqueurs de résistance sont des signaux d'alerte précoce qui doivent être inclus dans les analyses visant à orienter les politiques et la surveillance futures.
- **Recourir au personnel de santé publique :** mobiliser le programme national de lutte contre le paludisme, le ministère de la Santé local et le personnel des instituts de recherche locaux pour diriger les études d'efficacité thérapeutique. En fonction des besoins en expertise, envisager de faire appel à des consultants externes ayant une expérience en études d'efficacité thérapeutique pour améliorer la qualité et réduire les coûts. L'OMS propose une liste de consultants pouvant offrir une assistance technique.
- **Surveillance à distance et outils numériques :** intégrer, autant que possible, des modèles de surveillance à distance (numériques, dans la mesure du possible).
- **Traitement plus efficace des échantillons dans les études d'efficacité thérapeutique :** envisager des options pour éviter les retards dans l'analyse des échantillons et la diffusion des résultats (p. ex. la collaboration entre les pays pour le partage des ressources de laboratoire, le partage de données mises à jour pour éclairer la planification des études ultérieures) et d'autres gains d'efficacité opérationnels pour réduire les coûts.

- Surveillance des délétions HRP2/3 : limiter à une fois tous les trois ans. Si les résultats comportent plus de 3 % de faux négatifs au test de diagnostic rapide en raison du gène pfhrp2/3, consulter l'équipe de pays du Fonds mondial.
- Surveillance entomologique : la surveillance de la résistance aux insecticides doit être maintenue comme guide pour le choix des produits, mais d'autres contrôles entomologiques peuvent être suspendus. Dans les régions où le vecteur *An. stephensi* est une préoccupation, il est recommandé de consulter l'équipe de pays du Fonds mondial.

La détection des flambées épidémiques et les activités de préparation aux épidémies seront plus importantes que jamais ; le programme de lutte contre le paludisme doit donc avoir la capacité d'identifier et d'analyser ces flambées et disposer d'un plan de riposte. Si les programmes intégrés de surveillance des maladies (ou le groupe sectoriel de la santé dans les contextes d'intervention difficiles) assurent actuellement le suivi des flambées de paludisme, les efforts d'analyse et de riposte doivent être intégrés. En cas de **flambée épidémique,** la riposte doit également être mise en œuvre à partir d'un niveau décentralisé, si possible. Cette approche réduit les coûts de déplacement et est plus rapide. Dans les régions où le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte et la communication de l'information sur les flambées épidémiques sont embryonnaires, envisager un soutien ciblé aux structures de santé clés qui pourraient servir de centres de détection précoce.

Le passage des systèmes de communication de l'information globaux aux systèmes de communication de l'information fondés sur les cas doit être interrompu (sauf dans les contextes d'élimination). Si l'activité est bien entamée, consulter l'Équipe Paludisme / SRPS ou le Département du Suivi programmatique.

Dans les contextes d'élimination, la surveillance des cas doit être maintenue, et la mise en œuvre de la communication de l'information sur les cas et des enquêtes doit être décentralisée.

Considérations relatives aux produits de santé et aux achats

La priorité des services et des produits varie d'un programme de lutte contre les maladies à l'autre. De manière générale, les produits de santé accapareront toujours une part importante des investissements.

Les programmes doivent cibler l'achat subventionné de produits de santé vitaux contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et envisager de se procurer les médicaments essentiels et les fournitures ordinaires de laboratoire par l'intermédiaire de fournisseurs locaux de qualité garantie.

Le maintien d'un marché sain et viable pour les produits de santé est essentiel à la pérennité des ripostes au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Des choix programmatiques entraînant une réduction du volume des produits essentiels pourraient compromettre la sécurité des approvisionnements, avec pour conséquences des hausses de prix ou des pénuries.

Toute redéfinition des priorités doit soupeser minutieusement les répercussions sur les approvisionnements et inclure celles-ci dans les **prévisions et les plans relatifs aux achats.** Si des modifications importantes à ces plans sont prévues, elles doivent être communiquées le plus tôt possible au Département de l'Approvisionnement du Fonds mondial.

Lorsqu'ils font des choix par rapport aux produits de santé, les **responsables des programmes doivent tenir compte du coût global de la mise en œuvre et de la prestation de services, et non du seul coût du produit.** Par exemple, un produit plus coûteux peut être la meilleure option, s'il réduit le coût de la prestation de services dans le pays (p. ex. la distribution d'antirétroviraux pour plusieurs mois, les formulations à action prolongée qui réduisent les coûts de prestation de services).

Considérations d'ordre général :

- **Les bons de commande et les contrats déjà passés ne peuvent être annulés.** Une fois que le fournisseur a accepté et signé le contrat / bon de commande de l'acheteur, les deux parties sont liées juridiquement pour la fourniture des produits commandés au prix

convenu et dans les délais spécifiés. L'annulation des bons de commande et des contrats en vigueur peut entraîner des pénalités jusqu'à hauteur du plein montant du contrat. En outre, une annulation pourrait avoir des impacts sur le marché et sur les prix dans l'ensemble du portefeuille.

- **Tarification de référence.** Pour tous les canaux d'approvisionnement, les **documents types de gestion des produits de santé (DGPS) doivent obligatoirement être mis à jour avec la tarification de référence du mécanisme d'achat groupé ou du Fonds mondial** pour les produits de santé et les services connexes. Cette pratique permet une évaluation rapide à l'échelle du portefeuille des implications de toute modification des prix pour les subventions, notamment les augmentations de prix réelles ou potentielles. Informations supplémentaires.

- **Information sur les marchés.** Les récipiendaires principaux doivent rester à l'affût des recommandations du Fonds mondial sur les délais d'approvisionnement afin de passer leurs commandes à temps, notamment si les délais pour certains produits sont prolongés.

- **Optimisation des canaux d'approvisionnement pour le financement au moyen des subventions et du financement national.** L'utilisation du mécanisme d'achat groupé / de wambo et du Service pharmaceutique mondial est recommandé, si possible pour les produits de base. Cela peut permettre aux pays de bénéficier de conditions et de prix négociés et de produits de qualité garantie provenant d'une base d'approvisionnement diversifiée et durable, grâce au pouvoir d'achat du Fonds mondial et à ses effets sur la stabilité de l'accès et des prix. Cela peut également simplifier les commandes, en particulier pour les produits à plus faible volume, comme les médicaments pour les enfants, qui peuvent devenir rares sur le marché mondial.

- **Uniformisation des spécifications des produits utilisés massivement.** Les volumes globaux étant réduits, centrer la demande sur des variantes de produits moins nombreuses pour appuyer les efforts visant à maintenir les gains d'efficacité au niveau des prix unitaires. Des spécifications uniformisées permettent également de simplifier les chaînes d'approvisionnement mondiales et nationales (p. ex. le stockage, la distribution).

Paludisme

- Privilégier l'uniformisation des spécifications des moustiquaires imprégnées d'insecticide pyréthrinoïdes et PBO pour optimiser la fourniture de moustiquaires à double principe actif.
    - 180 x 160 x 150
    - 180 x 190 x 150

Tuberculose

- Le recours au schéma de traitement de 4 mois contre la tuberculose pharmacosensible chez l'adulte (2HPMZ/2HPM) doit être réduit au minimum, car ce schéma n'a pas de combinaison à dose fixe et son coût est actuellement beaucoup plus élevé que celui des schémas de 6 mois existants (6HRZE), formulés en combinaison à dose fixe.
- Les tests cutanés antigéniques de nouvelle génération pour le dépistage de l'infection tuberculeuse doivent avoir la priorité sur les tests de libération de l'interféron gamma (IGRA), qui sont beaucoup plus chers, et sur les tests cutanés à la tuberculine, qui ne sont pas spécifiques.

VIH

- Consolider les achats de ténofovir / lamivudine / dolutégravir (TLD) dans les flacons de 90 comprimés, car ce format est offert au plus bas prix de référence et permet différentes modalités de distribution pour plusieurs mois.
    - Remarque : des flacons de 30 comprimés sont nécessaires pour la PEP du VIH.

- Consolider les achats de pALD dans les flacons de 180 comprimés (au lieu de 90), car le prix de référence est plus bas et donne une plus grande flexibilité entre les tranches de poids.

- Consolider tous les achats de préservatifs dans quelques produits répondant à la plupart des préférences des utilisateurs, comme les préservatifs ordinaires de 53 mm.

- Le Fonds mondial pourra conseiller d'autres uniformisations dans les semaines à venir.

- **Alternatives moins coûteuses.** Adopter des produits moins coûteux et de qualité garantie, s'il en existe. Envisager des adaptations de politiques et des activités de gestion du changement.
    - Utilisation professionnelle des tests de dépistage du VIH et tests doubles VIH/syphilis : l'OMS, dans ses nouvelles directives, recommande l'usage de tests d'utilisation professionnelle moins coûteux comme premier test, avec des études de vérification menées pendant ou après la transition vers les nouveaux tests.
    - Autotests du VIH : envisager les tests par prélèvement sanguin, moins chers, disponibles sur le marché et les nouveaux produits lorsqu'ils sont commercialisés.

- CD4 : envisager l'utilisation de dosages en flux latéral abordables ; les réseaux de numération des CD4 ne doivent pas s'appuyer exclusivement sur ces dosages. Les achats doivent par conséquent être basés sur une cartographie et une quantification globales du réseau.
- PrEP orale pour le VIH : adopter et acheter la combinaison TDF/3TC générique moins coûteuse pour la PrEP orale, au lieu de la combinaison TDF/FTC, plus coûteuse.

- **Préférences en termes de produits.** Dans les catégories de produits où un choix est offert, acheter et proposer exclusivement des produits qui répondent aux besoins des utilisateurs pour éviter les péremptions et le gaspillage. S'assurer que la quantification des produits et les achats tiennent compte des préférences et des besoins des utilisateurs. Exemples de catégories de produits :
  - Aiguilles et seringues stériles pour la réduction des risques.
  - Préservatifs et lubrifiants.
  - PrEP pour le VIH.

- **Cesser la personnalisation.** Par exemple, utiliser les étiquettes et les notices, qui offrent une souplesse optimale permettant de mieux répondre aux besoins urgents et de réaffecter des produits à un autre pays. Ceci concerne notamment les étiquettes personnalisées pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide et les préservatifs.

- **Mettre à jour les quantifications.** Ajuster la quantification en vue d'une consommation accrue ou réduite dans certaines interventions. En plus des considérations habituelles sur les stocks disponibles et la consommation historique, les pays doivent tenir compte des projections à court terme sur les hausses et les baisses de consommation et sur la quantification, par exemple :
  - les révisions dans l'admissibilité des produits, les changements dans la couverture prévue, et la réduction de la fréquence des tests ;
  - les problèmes liés aux réseaux de distribution, notamment le transport des échantillons, et la distribution des produits aux structures de santé ;
  - les quantités de produits à courte durée de conservation commandées (moins de 12 mois), comme certains réactifs et contrôles de laboratoire ;
  - la consolidation des commandes de réactifs et de consommables pour les différents programmes / agents pathogènes et l'utilisation optimale des plateformes de dépistage, des réactifs et consommables.

- **Abandon des schémas thérapeutiques non optimaux.** Promouvoir l'abandon accéléré des schémas thérapeutiques dont les volumes sont globalement faibles, lorsqu'il existe de meilleurs produits. Toute transition forcée due à l'indisponibilité d'un produit doit être évitée. Envisager des adaptations des politiques et des activités de gestion du changement pour mettre en œuvre efficacement les changements

de produits de santé. Cela comprend l'optimisation du traitement antirétroviral pédiatrique et de deuxième intention et la transition vers des schémas thérapeutiques plus courts contre la tuberculose. Des informations spécifiques à chaque maladie et plus détaillées sont incluses dans les sections correspondantes.

- **Équipements.** Étant donné que l'achat de nouveaux véhicules et d'équipement informatique de laboratoire et autre n'est généralement pas prioritaire, les pays doivent privilégier la réparation, la maintenance et la couverture de garantie des équipements pour assurer la précision des instruments et maximiser la durée de vie utile des équipements. Accélérer les discussions avec le ministère de la Santé pour qu'il assume le financement de la maintenance des serveurs, des frais de licence le cas échéant, des garanties et des coûts d'entreposage des équipements.

- **Innovation.** Les programmes doivent toujours envisager l'introduction de nouveaux produits de santé optimaux quand ils deviennent disponibles, si ceux-ci offrent la possibilité d'améliorer les résultats en matière de santé et le rapport coût-efficacité ou de faire des économies. Exemples : la diversification du traitement de première intention du paludisme ; l'acheminement de produits de diagnostic de la tuberculose près des lieux de soins ; les nouveaux produits à longue durée d'action pour la prévention du VIH, comme la PrEP injectable et la buprénorphine à longue durée d'action.

SRPS

Les investissements dans les systèmes de santé et communautaires qui sous-tendent la prestation des services vitaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme proposés ci-dessus, et sans lesquels ces services seraient lacunaires, sont des investissements vitaux à prioriser. Ces investissements varient considérablement d'un pays à l'autre, de sorte qu'un examen critique des investissements dans les systèmes vitaux pour chaque domaine thématique est essentiel. En général, la priorité doit être donnée aux investissements dans les SRPS qui facilitent directement la prestation de services **intégrés** de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, y compris l'accessibilité, l'équité et la qualité des services, et qui accélèrent la transition vers des plateformes et des systèmes nationaux pérennes. Les domaines thématiques suivants contribuent directement à la prestation de services vitaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

- **Les ressources humaines pour la santé et les agentes et agents de santé communautaires** qui fournissent des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, y compris la prestation communautaire et dirigée par la communauté, lorsque celle-ci est

efficace au regard des coûts, alignée sur les modèles de prestation de services intégrés et conforme aux stratégies nationales de santé communautaire et de ressources humaines pour la santé.

- **La chaîne d'approvisionnement (systèmes de gestion des produits de santé),** y compris les systèmes d'information logistique, ainsi que le stockage et la distribution dans le pays de produits de santé prioritaires achetés avec les subventions du Fonds mondial.

- **Les systèmes de laboratoire** qui fournissent des services de diagnostic de qualité garantie pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, et les systèmes de laboratoire intégrés, y compris le transport des échantillons et le retour des résultats.

- **Les systèmes d'information sanitaire de base, ainsi que les fonctions de surveillance, de suivi et d'évaluation,** y compris le personnel, la maintenance numérique du système d'information sanitaire, l'assurance qualité des données régulières intégrée et les activités d'optimisation de l'analyse et de l'utilisation des données au niveau des districts et des structures de santé.

- **Le renforcement des systèmes communautaires** pour améliorer les orientations au niveau communautaire, la prestation de services et le suivi de la qualité, de l'équité et de l'accessibilité des services vitaux.

Tout en comblant les principales lacunes dans la prestation de services prioritaires de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, il est également essentiel d'aider les pays à **bâtir des systèmes plus pérennes en intégrant les activités de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires,** si possible, et en améliorant l'efficience des allocations, par exemple au moyen de réformes politiques ciblées qui soutiennent l'intégration (p. ex. la délégation des tâches, l'intégration du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans les programmes de soins de santé primaires essentiels, etc.) et de systèmes de financement de la santé plus solides (p. ex. l'intégration financière des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les régimes de financement de la santé, les réformes de gestion des finances publiques et le suivi des ressources). Il est également essentiel de continuer à prioriser des exercices et des activités spécifiques de planification de la pérennité et de la transition conçus pour soutenir l'affranchissement à court, moyen et long terme vis-à-vis du financement externe.

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
La priorité doit être donnée à **l'optimisation des performances des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires à travers l'avancement de l'intégration et de la pérennité.** Il est probable que des compromis soient nécessaires et que des risques à court terme soient à envisager, selon le contexte. Cependant, il est essentiel de faire progresser et d'accélérer la pérennité et l'intégration. En règle générale, il est également essentiel de trouver un juste milieu entre le soutien dans la communauté et le soutien en structure, afin de protéger à la fois l'accessibilité et la qualité des services intégrés (c.-à-d. éviter de prioriser seulement les agentes et agents de santé communautaires ou seulement l'amélioration de la qualité). Il est recommandé de hiérarchiser les activités en fonction : 1) de l'état d'avancement ; 2) de l'impact probable et de la pertinence stratégique pour des services de qualité intégrés et centrés sur la personne ; et 3) des approches de formation et de supervision allégées et efficaces. • Maintenir le soutien à la **rémunération et aux équipements et aides à l'emploi, y compris les outils de collecte de données numériques pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires** qui fournissent des services vitaux intégrés (y compris de lutte contre le VIH, la	Selon le contexte du pays, envisager de déprioriser les activités visant une seule maladie ou les ressources humaines pour la santé / les agentes et agents de santé communautaires pris isolément. • **Recrutement, rémunération, déploiement et formation préalable à l'emploi / aux activités des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires,** en particulier pour ceux spécialisés dans une seule maladie / verticaux, y compris les agents de suivi et d'évaluation spécialisés dans une seule maladie. Les besoins en ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires pour les campagnes peuvent faire l'objet de considérations d'ordre contextuel, notamment s'assurer que les processus de planification visent à optimiser les ressources et à intégrer la planification avec d'autres campagnes (y compris celles qui ne sont pas financées par le Fonds mondial) et les services de proximité (p. ex. tirer parti des brigades mobiles, lorsque cela est efficace au regard des coûts). Les plateformes existantes d'agentes et agents de santé communautaires, là où celles-ci sont matures et où la couverture est	Accélérer ou lancer des activités favorisant la pérennité et l'intégration. **Politique et planification, y compris le déploiement des effectifs** • Élaborer ou mettre à jour des stratégies chiffrées concernant les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires. • Élaborer des contrats ou plans de pérennité pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires. Par exemple : engagements nationaux de cofinancement pour le personnel des soins de santé primaires, y compris les agentes et agents de santé communautaires, et plans pour une transition progressive des investissements spécifiques à une maladie en faveur d'un personnel polyvalent intégré et pérenne. • Formaliser le rôle des agentes et agents de santé communautaires, notamment avec un cadre juridique habilitant. • Réformer le partage des tâches pour permettre l'intégration des services. Par exemple : coordination accrue des agentes et agents de santé communautaires avec les modèles de prestation de services intégrés.

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
tuberculose et le paludisme et de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente) au niveau des communautés, des soins de santé primaires et des structures de santé hautement fréquentées, notamment les pairs, les auxiliaires juridiques, le personnel de laboratoire et les fonctions de santé publique. • Lorsque les contextes le permettent sans interruption des services vitaux, opérer une transition des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires spécialisés dans une seule maladie / verticaux vers des services intégrés (alignée sur les paquets de services nationaux et les stratégies nationales relatives aux ressources humaines pour la santé et à la santé communautaire). • Un examen et une optimisation du déploiement peuvent également générer des gains d'efficacité. • Selon les contextes, les engagements de cofinancement doivent être négociés, parallèlement à l'accélération des travaux sur la pérennité et la transition. • Maintenir le soutien à la **formation préalable aux activités des agentes et agents de santé communautaires polyvalents,** conformément aux stratégies nationales de santé communautaire, à condition qu'au moins un des éléments suivants soit en place : 1) un financement à partir de ressources nationales ou autres pour le déploiement et la rémunération ; ou 2) une approche crédible de pérennité. Encourager activement la requalification des pairs verticaux en agentes et agents de santé communautaires polyvalents dans le cadre du déploiement de la formation préalable intégrée des agentes et agents de santé communautaires.	élevée, peuvent être utilisées à la fois pour la participation communautaire, la création de la demande et le suivi post-campagne. **Déprioriser la formation préalable aux activités des agentes et agents de santé communautaires** spécialisés dans une seule maladie / verticaux (p. ex. les pairs). Prioriser à la place la requalification des pairs existants en agentes et agents de santé communautaires polyvalents fournissant des services intégrés aux populations clés et vulnérables, tout en équilibrant les considérations d'équité et de droits humains. • **Formation continue de remise à niveau / autonome hors site** (pour tout domaine thématique) pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires (tous cadres). Prioriser à la place l'amélioration continue de la qualité, le mentorat clinique et les options virtuelles ou mixtes. Toute mise à jour portant sur un protocole ou un problème ponctuel doit être effectuée sur des plateformes numériques ou mobiles ou, dans l'alternative, par une supervision sur le lieu de travail. - **Formation des agentes et agents de santé communautaires** sur un seul sujet pour des éléments qui ne sont pas compris dans les programmes de formation préalable aux activités. La priorité en	• Les auxiliaires juridiques et les mécanismes de recours juridiques sont des composantes importantes, distinctes et complémentaires axées sur l'amélioration de l'accès à la justice lorsque les obstacles liés aux droits humains entravent l'accès à la santé. Selon le contexte, des gains d'efficacité et une intégration accrue des services de soutien juridique entre les maladies peuvent être réalisés. **Financement et rémunération** . Opérer une transition des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires spécialisés dans une seule maladie / verticaux vers des services intégrés (alignée sur les paquets nationaux et les stratégies nationales relatives aux ressources humaines pour la santé et à la santé communautaire). Harmoniser les grilles salariales des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires (y compris les pairs) avec les grilles de salaires nationales. Si le contexte ne permet pas de transitionner immédiatement à des paquets nationaux intégrés et à des grilles salariales nationales sans perturber les services, amorcer des discussions sur la planification et les politiques dans le but de faire coïncider le début de la transition avec le début du cycle de financement du CS8.

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
• **La formation préalable à l'emploi des ressources humaines pour la santé (autres que les agentes et agents de santé communautaires) peut être envisagée dans les circonstances suivantes (sinon, déprioriser) :** o Elle contribue aux priorités de perfectionnement du personnel de soins de santé primaires (p. ex. les programmes de formation du personnel infirmier et des sages-femmes), selon l'avancement ou l'historique du récipiendaire principal, l'alignement sur les stratégies nationales ou les plans d'investissement en matière de ressources humaines pour la santé. o Elle a une valeur ajoutée démontrable pour l'intégration, la qualité ou l'innovation de la prestation de services (p. ex. la transition vers l'apprentissage mixte ; l'intégration de compétences liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans les programmes révisés de formation du personnel de soins de santé primaires, y compris des soins exempts de stigmatisation, respectueux des droits et du genre ; les soins adaptés aux populations clés). • Maintenir les **activités d'analyse, de politique et de planification relatives aux ressources humaines pour la santé,** si elles sont spécifiquement axées sur l'intégration et l'alignement du personnel sur la mise en œuvre des soins de santé primaires, la réforme du partage des tâches et/ou la planification de la transition, ou si elles peuvent catalyser de tels processus (p. ex. le soutien de l'analyse du marché du travail de la santé peut être maintenu, si cela peut aider à déverticaliser la planification du personnel et à intégrer les agentes et agents de santé	formation doit être le déploiement d'un programme intégré de formation préalable aux activités, notamment la requalification des agentes et agents de santé communautaires spécialisés dans une seule maladie / verticaux en agents polyvalents dans le cadre du programme intégré. **Équipement des agentes et agents de santé communautaires** non conforme à l'uniforme de travail national (se concentrer également sur le ciblage optimal de la distribution de l'équipement pour ces agents). • **Ateliers et réunions dans des hôtels à des fins de planification stratégique et politique, de diffusion et de validation**. Privilégier les réunions internes et virtuelles. Mettre l'accent sur le maintien de la planification essentielle pour l'intégration et la pérennité, mais avec des approches allégées. • **Supervision des ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires spécialisés dans une seule maladie ou un seul service,** par exemple toute supervision qui n'est pas une supervision formative intégrée. Pour la supervision intégrée, envisager des orientations transversales sur la rationalisation des intrants et l'intégration. • **Formation préalable à l'emploi des ressources humaines pour la santé,** à	. Cartographier les ressources et le suivi des dépenses pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires, y compris le renforcement des processus nationaux de suivi, notamment pour quantifier les écarts de salaire, les doublons et les inefficacités dans le financement de ces effectifs. **Supervision et renforcement des capacités de formation** • Définir et accélérer l'inclusion des fonctions et des compétences spécifiques aux maladies et des compétences en matière de droits humains et de genre dans les programmes de formation préalable aux activités pour les cadres de soins de santé primaires concernés, dont les agentes et agents de santé communautaires, les systèmes de supervision et de collecte de données, ainsi que les listes des équipements. • Revoir les approches de formation en vue de la transition vers l'amélioration de la qualité, complétée (le cas échéant) par un apprentissage mixte ou un mentorat clinique au lieu d'une formation continue. • Planifier conjointement la formation et la supervision pour les subventions de lutte contre les trois maladies, en intégrant les approches aux différents niveaux du système, dans le but de passer d'une formation et

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
communautaires dans les argumentaires d'investissement du personnel). Mettre l'accent sur le principe transversal d'efficacité des réunions et viser des processus de planification allégés des ressources humaines pour la santé. • Maintenir le soutien à l'**amélioration continue de la qualité des services intégrés** dans les soins de santé primaires ou les structures hautement fréquentées (p. ex. les équipes interdisciplinaires d'assurance qualité qui utilisent régulièrement des données à des fins d'amélioration continue). Mettre l'accent sur certains indicateurs des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dont les résultats n'ont pas été optimaux et sur la garantie de soins exempts de stigmatisation, fondés sur les droits et tenant compte du genre. Cette approche doit être préférée à la formation et à la supervision. Considérer la qualité à travers tout le système d'orientation comme un objectif d'amélioration (les équipes multidisciplinaires d'amélioration de la qualité impliquant les ressources humaines pour la santé et les agentes et agents de santé communautaires ne se concentrent pas uniquement sur le personnel des structures ou les agentes et agents de santé communautaires pris isolément). Pour la mise à jour des compétences des agentes et agents de santé communautaires, l'accent doit être mis sur le renforcement du système national de supervision des agentes et agents de santé communautaires, leur intégration dans les approches d'amélioration de la qualité et l'apprentissage	l'exclusion des agentes et agents de santé communautaires, si : 1) l'activité ne contribue pas au développement du personnel de soins de santé primaires ou au plan relatif aux ressources humaines pour la santé, ou présente une valeur ajoutée limitée pour l'intégration ou l'innovation de la prestation de services (p. ex. le financement pour la formation des ressources humaines pour la santé dans le cadre d'un panier de formation ou visant à renforcer l'apprentissage mixte peut être conservé) ; 2) l'activité concerne des infrastructures (p. ex. les installations de formation) qui n'ont pas significativement progressé ; et/ou 3) l'activité n'a pas commencé. • **Maintenance des systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé,** sauf si le niveau de progression est satisfaisant ou si le risque ou l'impact de l'annulation du soutien est élevé. Le développement de nouveaux systèmes doit être dépriorisé (à l'exception des listes de référence d'agentes et agents de santé communautaires et de leur migration vers le système d'information sur les ressources humaines pour la santé). • Autres activités de qualité des soins, sauf si elles bénéficient directement à la prestation de services.	d'une supervision cloisonnées à une amélioration continue et ciblée de la qualité. • Intégrer les éléments relatifs aux trois maladies dans les systèmes de supervision intégrée au niveau des soins de santé primaires.

Ressources humaines pour la santé, y compris les agentes et agents de santé communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
virtuel si les technologies numériques leur sont accessibles.		

Systèmes de gestion des produits de santé

Systèmes de gestion des produits de santé		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
L'approche de hiérarchisation recommandée aux pays est la suivante : la priorité des investissements dans la chaîne d'approvisionnement doit être accordée principalement aux interventions et aux coûts qui sont essentiels pour sauver des vies et qui garantissent un accès équitable aux produits de santé, tout en accélérant l'efficacité, l'intégration et la pérennité des systèmes de gestion des produits de santé. Cela comprend : • **Maintenir les coûts de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement pour garantir l'efficacité du transport, de l'assurance qualité, de l'entreposage, du stockage et des services de distribution dans le pays des produits de santé prioritaires achetés au moyen de subventions du Fonds mondial.** Les subventions du Fonds mondial doivent continuer à financer ces coûts de gestion, y compris ceux qui soutiennent l'externalisation des services susmentionnés, le cas échéant. Les coûts de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement peuvent s'étendre à l'ensemble des activités de gestion des produits de santé, du choix des produits jusqu'à leur livraison aux	Envisager de déprioriser les investissements dans la chaîne d'approvisionnement cloisonnés / spécifiques à une maladie, notamment dans des domaines comme les systèmes d'information et les infrastructures, en tenant compte du contexte du pays, du niveau d'adhésion politique et des investissements de cofinancement. Ces activités doivent être intégrées dans tous les domaines programmatiques. Autres éléments et domaines d'investissement à déprioriser : • **Projets de mise à niveau d'infrastructures qui n'ont**	Au regard de la maturité globale de leur chaîne d'approvisionnement, les pays doivent prioriser les investissements qui leur permettront d'identifier les éléments indispensables à la pérennité des approvisionnements, appuyés par des chaînes d'approvisionnement intégrées et efficaces au regard des coûts garantissant la disponibilité ininterrompue des produits de santé. • **Stratégies nationales de chaîne d'approvisionnement alignées qui accélèrent et intègrent la pérennité de la chaîne d'approvisionnement** dans tous les domaines essentiels (financement, numérisation, gouvernance, politiques, optimisation des ressources, modèles de partenariat public-privé, etc.). Ces domaines peuvent être pris en compte dans les plans stratégiques nationaux révisés. • Il s'agit de mettre l'accent sur la **conception et la mise en œuvre de chaînes d'approvisionnement plus intégrées,** sous la direction des pays et en coordination

Systèmes de gestion des produits de santé		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
bénéficiaires, leur utilisation et la communication de l'information. Ces coûts ne sont pas inclus dans la section SRPS du cadre modulaire, mais constituent une priorité en raison de leur nature vitale. • Au-delà du paiement des coûts de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, **relever les possibilités de réaliser des gains d'efficacité en payant ces coûts en aval au moyen de subventions, dans une optique d'optimisation des ressources et d'application continue de mesures efficaces au regard des coûts.** Selon le contexte du pays et la nature des services financés au titre des subventions, les pays doivent chercher à réaliser des gains d'efficacité, y compris dans les cas où certaines fonctions sont externalisées, afin de garantir une fourniture de services efficace au regard des coûts. Pour faciliter cet exercice, prioriser les activités de routine liées à la gestion des contrats et de la performance. L'objectif général ici est de valoriser les coûts de stockage et de distribution payés dans le cadre des subventions. • **Prioriser les interventions d'amélioration des opérations, notamment l'intégration** entre les structures et les actifs, comme les processus de gestion des stocks, l'optimisation des itinéraires et la gestion de la flotte, en fonction du contexte du pays. Les interventions au titre des subventions doivent être hiérarchisées de manière à garantir l'efficacité des principales fonctions de la chaîne d'approvisionnement, notamment les systèmes de données et les services de stockage et de distribution. • **Accélérer le déploiement et le soutien de systèmes d'information interopérables non spécifiques à une maladie,** comme le système électronique d'information pour la gestion logistique, les systèmes de gestion d'entrepôt, les systèmes de planification des ressources d'entreprise et les	**pas encore progressé de façon substantielle** ou dont l'achèvement avant la fin du CS7 est peu probable (p. ex. les infrastructures d'entreposage, de stockage ou de gestion des déchets dont la construction n'a pas encore commencé). Plus précisément, si la construction n'a pas commencé et qu'il n'existe pas de plan précis d'achèvement dans le respect des délais et du budget, envisager des alternatives moins risquées. En outre, envisager de déprioriser les projets qui n'ont pas encore nommé d'entreprises contractantes ou dont la conception n'est pas terminée. • Pour l'**achat d'équipement,** y compris l'équipement pour la gestion des déchets, et particulièrement si la préparation opérationnelle du site est à haut risque, déterminer au cas par cas si des commandes en cours peuvent être annulées. • **Déprioriser le financement des ateliers résidentiels** pour les activités liées à la chaîne d'approvisionnement (p. ex.	avec les partenaires clés. Cela demande d'accélérer la rationalisation des fonctions disparates de la chaîne d'approvisionnement, de consolider et de normaliser les processus de base afin de générer des économies d'échelle, et de réduire au minimum la duplication des efforts des fonctions de base qui ont des responsabilités en matière d'achats et de chaîne d'approvisionnement tout au long de la chaîne de valeur. Ces actions permettront de réaliser des gains d'efficacité et des réductions de coûts et pérenniseront la chaîne d'approvisionnement. • **Élargir l'accès à des produits de santé de qualité garantie par le biais des pharmacies du secteur privé et d'autres canaux de distribution alternatifs en prévoyant le remboursement de ces canaux de distribution par les régimes d'assurance maladie –** y compris des analyses sur la possible contribution des coûts des produits et des services aux régimes de primes, de copaiements et de prestations de santé, afin de garantir à la fois la pérennité financière et une couverture maximale de la population.

Systèmes de gestion des produits de santé		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
systèmes numériques de gestion du transport. Cette activité peut faire intervenir des fonds de subventions affectés à des systèmes d'information intégrés et généraux assurant la vérification et la traçabilité des produits de santé. Ces systèmes seront essentiels pour garantir une visibilité de bout en bout, générer des données opérationnelles à l'appui des fonctions essentielles de la chaîne d'approvisionnement, notamment la planification intégrée et la détection précoce des lacunes en matière d'approvisionnement (p. ex. la disponibilité sur le marché, le stockage selon le plan) et soutenir l'analyse complète de la chaîne d'approvisionnement pour la gestion des performances et des risques. Les coûts associés à la configuration, à l'hébergement, à l'octroi de licences, à la maintenance et à la formation du personnel sur l'utilisation du système doivent être priorisés. Ces investissements doivent s'étendre à toutes les plateformes et activités connexes pour renforcer les capacités d'analyse, l'utilisation et la qualité des données, ainsi que les prévisions et la planification de la demande. Dans certains pays, une augmentation des investissements initiaux sera nécessaire, mais elle conduira à des économies à long terme. • **Élaborer ou réviser les plans stratégiques nationaux,** notamment les stratégies pour la santé numérique (si nécessaire). Ces activités peuvent être renseignées par des données issues d'évaluations récentes de la chaîne d'approvisionnement, notamment des évaluations de la maturité de la chaîne d'approvisionnement à l'appui de la planification stratégique. • **Assurer une gouvernance coordonnée et complète de la chaîne d'approvisionnement nationale** qui assure la responsabilité, la gestion, le leadership et le suivi stratégique de l'ensemble des performances du système de chaîne	l'élaboration de lignes directrices, de plans stratégiques et d'outils, les exercices de quantification et les examens de programmes). Relever d'autres options qui ne nécessitent pas d'indemnités journalières, etc. • **Supervision de la chaîne d'approvisionnement spécifique à une seule maladie** (qualité des données, disponibilité des produits et autres domaines de supervision non intégrés). Pour la supervision intégrée, envisager des orientations transversales sur la rationalisation des intrants et l'intégration.	

Systèmes de gestion des produits de santé		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
d'approvisionnement et garantit une gestion efficace de la performance et l'exécution efficace de toutes les activités liées aux politiques et à la planification. • **Assurer la pérennité de l'équipement et des infrastructures de gestion des déchets et d'entreposage existants (achevés ou presque achevés),** comme les garanties et la maintenance, les coûts d'exploitation et le renforcement des capacités opérationnelles (à compléter par un cofinancement) ; après le terme du C19RM, dans les cas où l'utilisation des ressources nationales ne sera pas possible.		

Renforcement des systèmes de laboratoire intégrés

Renforcement des systèmes de laboratoire intégrés		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
Les pays peuvent s'orienter davantage vers des systèmes de laboratoire intégrés, en s'éloignant des systèmes spécifiques aux maladies. Les priorités sont les composantes clés des systèmes intégrés de laboratoire, comme les systèmes d'envoi d'échantillons, les systèmes d'information de laboratoire et le système de gestion de la qualité des	Envisager de déprioriser les investissements dans les systèmes de laboratoire cloisonnés ou spécifiques à une maladie, les infrastructures et les équipements immobilisés, par exemple : • Tous les **systèmes d'envoi d'échantillons ou systèmes d'information de laboratoire (spécifiques à une maladie)** cloisonnés et	• Promouvoir des **initiatives régionales,** notamment l'**apprentissage de pair à pair** qui améliore la mise en œuvre de systèmes de laboratoire intégrés. • Optimiser les **capacités existantes des pays,** p. ex. le système d'information de laboratoire intégré local ou à source ouverte, afin d'élargir la couverture du

Renforcement des systèmes de laboratoire intégrés		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
laboratoires, selon le contexte et les besoins du pays. Il peut s'agir d'activités qui : • renforcent les **systèmes d'envoi d'échantillons intégrés** et la communication des résultats des tests ; • **facilitent la participation aux programmes intégrés de tests des compétences** (diagnostics des trois maladies), en s'appuyant sur les programmes régionaux ou nationaux certifiés ISO 17043 ; • appuient l'**interopérabilité du système d'information de laboratoire** avec d'autres systèmes de données ; • utilisent des **données d'optimisation du réseau de diagnostic existantes** pour améliorer les fonctions de l'ensemble du réseau de laboratoires ; • **maintiennent les contrats et les garanties** relatifs aux équipements existants ; • **privilégient le remplacement des modules d'appareils Xpert** au lieu de l'achat de nouveaux équipements.	précédemment financés : abandon progressif au profit des systèmes intégrés, qui sont prioritaires. • Mises à niveau des infrastructures qui n'ont pas encore beaucoup progressé ou dont l'achèvement est peu probable avant la fin du CS7.Mises à niveau d'infrastructures qui n'ont pas encore commencé ou dont l'achèvement est peu probable avant la fin du CS7. • Optimisation du réseau de diagnostic spécifique à une maladie / un équipement. • Réexamen des achats de nouveaux équipements au cas par cas et **dépriorisation fondée sur une préparation opérationnelle insuffisante des sites.** • Supervision des sites spécifiques à une maladie et mentorat des laboratoires de niveau inférieur à partir du niveau central. • **Réunions et ateliers dans des hôtels** en vue d'élaborer ou de valider des directives, des outils ou des procédures opérationnelles normalisées de laboratoire, pour lesquels d'autres options n'engendrant pas de coûts peuvent être envisagées, p. ex. les salles de conférence de laboratoires ou de partenaires du ministère de la Santé.	système d'information de laboratoire pour une meilleure prise en charge des patients. • Soutenir le déploiement du modèle de maturité du laboratoire, en collaboration avec des partenaires régionaux (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies en Afrique et OMS-AFRO), pour évaluer la maturité des systèmes de laboratoire, en visant l'accès équitable aux soins de santé, l'intégration des services de diagnostic et d'autres objectifs clés du système de santé (y compris des cibles spécifiques à une maladie). Encourager l'intégration des évaluations du modèle de maturité des laboratoires dans le cycle de subvention du Fonds mondial. Appuyer la mise en place d'un tableau de bord mondial offrant une vue d'ensemble des niveaux de maturité du système de laboratoire dans divers pays. Appuyer l'adoption du modèle de maturité des laboratoires dans d'autres régions en dehors de l'Afrique.

Systèmes d’information sanitaire et suivi et évaluation

Systèmes d’information sanitaire et suivi et évaluation		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
Prioriser les interventions qui assurent la continuité de la surveillance essentielle, du système d’information sanitaire et des fonctions de suivi et d’évaluation, y compris le personnel, la maintenance du système d’information sanitaire numérique, l’assurance qualité de routine des données et les activités optimisées d’analyse et d’utilisation des données au niveau des districts et des structures de santé, en mettant l’accent sur les sites hautement fréquentés et les districts ou structures de santé prioritaires, etc. **Priorités transversales (ordre des priorités donné à titre indicatif) :** • **Maintenir le personnel clé de suivi et d’évaluation** des programmes de lutte contre les trois maladies et de la direction du système d’information sanitaire, y compris aux niveaux infranationaux. Envisager d’intégrer des fonctions et du personnel, dans la mesure du possible, conformément aux orientations sur la priorisation des ressources humaines pour la santé dans le présent document. • Garantir la disponibilité **de la collecte de données et des outils de communication de l’information sur papier** pour tous les secteurs (public, privé, communautaire) dans les systèmes hybrides (papier / numérique). La révision des outils de collecte de données et de communication de l’information dans le cadre du CS7 ne doit être soutenue que si elle est essentielle ; les pays doivent déterminer si la révision peut être reportée au CS8.	Envisager de déprioriser : 1) les processus verticaux de données qui peuvent être optimisés au moyen de processus intégrés ; 2) les évaluations et les enquêtes qui demandent beaucoup de ressources ; 3) l’impression de documents de stratégie, de directives et de bulletins ; et 4) les ateliers nationaux coûteux en lien avec les données. Plus précisément, les pays doivent envisager ce qui suit : • Suspendre la **nouvelle décentralisation numérique des systèmes hybrides (papier / numérique)** (ne concerne pas les systèmes presque totalement numériques).Lors de la planification du développement d’un nouveau système pour les patients (outil de suivi ou dossiers médicaux électroniques), **éviter** d’opter pour des **systèmes spécifiques aux maladies** et viser des systèmes intégrés. • Arrêter le financement des **ateliers résidentiels** pour les activités liées aux données (p. ex. l’élaboration de directives, de stratégies et d’outils, les réunions du groupe de travail technique au niveau	Les pays doivent tenir compte de la maturité de leur système d’information sanitaire, numérique ou non, et de leur DHIS2 dans l’orientation de leurs investissements essentiels. Le profil du système de suivi et d’évaluation peut guider l’équipe de pays dans ses discussions sur la hiérarchisation des priorités. Pour relever des gains d’efficacité à moyen et à long terme et poursuivre la mise en place de systèmes nationaux d’information sanitaire fonctionnels et pérennes qui génèrent des données clés et de qualité, il est nécessaire d’adopter de nouvelles approches qui engageront des coûts dans un premier temps, mais généreront des économies à plus long terme. Quelques exemples : • **Outil numérique intégré d’évaluation régulière de la qualité des données pour l’assurance qualité des données :** remplacer les audits périodiques des données nationales ou spécifiques aux maladies qui demandent beaucoup de ressources et les évaluations complètes du système de surveillance par des évaluations

Systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)

• Assurer la **maintenance du système numérique d'information sanitaire national** (DHIS2 ou autre).
  - Personnel de l'équipe de base du système d'information sanitaire numérique et formation essentielle (réduction de la fréquence et amélioration de la méthodologie, exploration de la modalité virtuelle) ; service d'assistance ; maintenance du matériel informatique ; frais de licence ou de logiciels ; frais d'hébergement ; frais de données Internet.
  - Assistance technique pour les mises à jour prioritaires de l'expertise de haut niveau, p. ex. pour les mises à jour des versions logicielles.
• Prioriser l'interopérabilité ou l'intégration des systèmes (système d'information sanitaire communautaire, secteur privé, système d'information de laboratoire, système d'information pour la gestion logistique, système de surveillance intégrée de la maladie, etc.) lorsque le niveau de maturité du système d'information sanitaire numérique est moyen ou élevé et dans les pays dotés de systèmes au niveau des patients.
• Les formations doivent être **limitées aux processus essentiels liés aux données** (collecte, assurance qualité, analyse et utilisation des données), dispensées sur les lieux des activités / de travail ou virtuellement, dans la mesure du possible. Voir également la section Surveillance.
• Soutenir la **configuration des fonctionnalités de qualité des données** du logiciel du **système numérique de gestion de l'information sanitaire** (p. ex. la boîte à outils pour la qualité des données du DHIS2).
	national pour le suivi de la mise en œuvre). Trouver de nouvelles méthodes (p. ex. les réunions de validation virtuelles, les options de réunion sans indemnités journalières, etc.).
	
	• **Arrêter les audits de données spécifiques aux maladies,** les évaluations régulières de la qualité des données **au format Excel.** Privilégier les approches **intégrées et numériques.**
	• Arrêter ou **limiter l'impression** de directives, rapports, bulletins, etc. Diffuser et utiliser des versions électroniques.
	• Renoncer aux **nouvelles évaluations autonomes du système de surveillance.** Mettre l'accent sur la mise en œuvre des résultats des évaluations passées.
	• S'abstenir de mettre en œuvre de nouvelles enquêtes / études ou évaluations, décider au cas par cas.
	  - **VIH :** aucune nouvelle enquête basée sur la population ou autre (enquête démographique et de santé, enquête sur l'indice de stigmatisation) ni évaluation spécifique ; modérer / déprioriser les enquêtes biocomportementales intégrées, en particulier si elles sont réalisées dans le cadre du CS6 ; et
		régulières de la qualité des données au moyen d'un outil numérique.
		
		• Les **formations virtuelles** doivent être élaborées en premier lieu, certaines peuvent déjà être en place (p. ex. les réunions de suivi des structures / districts de santé en Côte d'Ivoire et au Mali, le programme de formation en ligne sur les SRPS, etc.). Explorer l'utilisation à l'échelle nationale des supports de formation virtuels existants sur les systèmes d'information sanitaire.
		• **Amélioration de la méthodologie pour les réunions de suivi des données :** transformer la validation des données en analyse des données et organiser des réunions au niveau des districts ou des structures de santé. Utiliser les documents existants élaborés dans le cadre de l'initiative stratégique sur les données. Recourir à l'assistance technique pour faciliter l'introduction. Utiliser des modalités virtuelles pour la formation associée et envisager le mentorat. Ces mesures se traduisent par une amélioration de la qualité des données, la mise en œuvre et le ciblage des programmes, des gains d'efficacité et une amélioration de l'impact.

Systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
• Mettre en œuvre **l'outil numérique intégré d'évaluation régulière de la qualité des données** dans les sites hautement fréquentés. La fréquence peut être adaptée en fonction des fonds disponibles, p. ex. une ou deux fois par année au lieu de trimestriellement. • Soutenir l'**analyse des données et les réunions de suivi** régulières à tous les niveaux, en particulier **au niveau des districts et des structures de santé,** dans le but de relever les lacunes, de suivre les tendances et de mieux cibler les interventions. Réduire la fréquence et améliorer la méthodologie, si nécessaire (transformer les réunions de validation des données en réunions de suivi où l'on analyse la qualité des données et la performance des programmes, et où l'on définit les mesures à entreprendre). Envisager des réunions virtuelles aux niveaux national et régional, privilégier les réunions en personne au niveau des districts et des structures de santé. • Soutenir les **systèmes de données basés sur les cas / les patients déjà en place,** p. ex. la mise en œuvre et le soutien des dossiers médicaux électroniques / du DHIS2 Tracker. • **Maintenir les recueils de données existants** et continuer de soutenir ceux en cours de création. Éviter d'en mettre sur pied de nouveaux, mais s'assurer qu'une triangulation des données de base est effectuée lors des analyses des données. Voir également la section Surveillance. • Adapter une **méthodologie efficace pour les examens des programmes et des systèmes :** étudier les possibilités d'économies, privilégier les études documentaires, notamment les évaluations de surveillance rapide, les	transitionner vers des méthodes simplifiées (telles que la trousse à outils de suivi des résultats en prévention : enquête biocomportementale intégrée allégée, enquête rapide sur la couverture, kiosques de sondage, surveillance sentinelle dans les soins prénatals et les populations clés). - **Tuberculose :** aucune nouvelle enquête sur la prévalence de la tuberculose. - **Paludisme :** aucune nouvelle enquête sur les indicateurs du paludisme ; revoir la portée des enquêtes en cours – se concentrer sur la couverture des interventions ; aucune nouvelle évaluation complète du système de surveillance. • **Priorités transversales :** aucune nouvelle évaluation harmonisée des structures de santé / examen national de la qualité des données. **Évaluation ciblée des structures de santé pour la communication de l'information sur les indicateurs clés de résultats :** envisager une consolidation avec les enquêtes existantes (p. ex. les Évaluations fréquentes et outils systémiques pour la résilience du Mécanisme de financement mondial [GFF FASTR]) si disponible ; envisager également l'utilisation de systèmes réguliers où l'information sur les	• La **poursuite de la numérisation et de l'intégration des systèmes** contribuera à améliorer la qualité des données (rapidité et exactitude) pour la prise de décision en vue de la mise en œuvre ciblée du programme et, à terme, permettra de réaliser des économies sur les outils papier et la logistique. • **Chercher à intégrer davantage les systèmes de surveillance des pandémies et du VIH / de la tuberculose / du paludisme au système d'information sanitaire.** • Éviter les ateliers résidentiels, mais cela nécessite une approche commune entre les donateurs et les secteurs / la gouvernance de haut niveau / la direction.

Systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
réunions de validation virtuelles et une réduction des visites sur le terrain. • Les enquêtes et les évaluations critiques en cours doivent être menées à bien, selon leur stade de mise en œuvre. **VIH** • Soutenir la sécurité du système pour garantir la confidentialité des données et la protection de la vie privée. • Appuyer le suivi des patients, y compris pour le démarrage et la reprise du traitement, et les patients perdus de vue. • Appuyer le suivi de la distribution d'antirétroviraux pour la thérapie antirétrovirale, la PrEP et la PEP. • Appuyer le suivi des tests de laboratoire, des tests de la charge virale, des tests de numération des CD4 et du dépistage du VIH. • Appuyer les systèmes de données numériques au niveau des patients (p. ex. le DHIS2 Tracker) et les systèmes de données agrégées (p. ex. le DHIS2, le système de gestion de l'information sanitaire). • Appuyer l'intégration du suivi des résultats de la prévention dans le suivi régulier des services. **Tuberculose :** • Prioriser les activités de renforcement du système de surveillance de routine de la tuberculose (communication de l'information au niveau des cas et agrégée). • Accélérer la transition vers la communication de l'information en temps réel, selon le contexte du pays.	indicateurs clés de résultats peut être intégrée.	

Systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
Paludisme : • Poursuivre le soutien au renforcement de la surveillance systématique du paludisme, y compris dans les lieux de prestation de services publics, privés et communautaires, et intégrer le suivi des épidémies et la riposte. Le renforcement du système de surveillance du secteur privé doit se concentrer sur les pays où il existe un soutien solide à la prise en charge des cas par le secteur privé. • Maintenir le soutien à la surveillance ciblée des menaces biologiques, qui peut inclure des évaluations entomologiques (en particulier sur les espèces vectrices invasives), la surveillance de la résistance aux insecticides, des études d'efficacité thérapeutique et des enquêtes sur les délétions HRP2/3. • Maintenir le soutien aux enquêtes en cours de préparation. Soutenir l'introduction de la surveillance à la première consultation prénatale comme alternative à l'enquête sur les indicateurs du paludisme.		

Renforcement des systèmes communautaires

Renforcement des systèmes communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
Protéger les investissements qui contribuent à un meilleur soutien des liens, de l'orientation et des droits humains parmi les plateformes de prestation de soins de santé formelles et communautaires qui tirent parti des partenaires communautaires pour les activités suivantes : ○ Maintenir les programmes existants *ou* matures de suivi dirigé par la communauté de la recherche opérationnelle qui fournissent des données en temps réel sur l'accessibilité et la qualité des services vitaux, notamment des produits et des diagnostics. Ces programmes sont peu coûteux et permettent des retours d'information essentiels sur la réactivité et l'utilisation. Le Secrétariat offre une assistance technique et des conseils pour faciliter le choix des sites prioritaires (couverture) et déterminer la durée de mise en œuvre (établissement des coûts). • S'assurer que les programmes de suivi dirigé par la communauté disposent d'un accès autorisé aux structures, et qu'ils ont déjà formé des moniteurs et déployé des cadres de collecte et	Déprioriser les initiatives communautaires de recherche, de plaidoyer et de suivi qui ne sont pas directement liées à l'utilisation des données pour l'amélioration de la qualité ou l'élimination des obstacles aux services, y compris les projets pilotes autonomes et les structures parallèles sans trajectoire d'action claire. Cela comprend : • **Les programmes de suivi dirigé par la communauté qui n'ont pas encore obtenu l'engagement de toutes les parties prenantes et les communautés qui n'ont pas encore déterminé les problématiques devant faire l'objet d'un suivi**. • **Les projets pilotes autonomes de suivi dirigé par la communauté** sans lien avec les cycles d'amélioration des programmes ou **les structures parallèles de suivi sans trajectoire de changement claire.** • Bien que les programmes de suivi communautaire autonomes ou expérimentaux doivent être dépriorisés, **chaque pays doit, au minimum, disposer d'un mécanisme de retour d'information entre les prestataires de services et les clients sur la qualité et l'équité.** Si un tel mécanisme n'est pas en place, en prioriser le	Intégrer les plateformes de suivi dirigé par la communauté dans les systèmes nationaux d'assurance ou d'amélioration de la qualité, ou financer des activités qui coordonnent ce suivi avec les mécanismes de responsabilité sociale au niveau national ou des districts (p. ex. les chartes de citoyens, les mécanismes de règlement des différends, le suivi parlementaire), afin d'éviter le cloisonnement dans la priorisation des aspects épidémiologiques et la portée géographique. Mettre en œuvre des mécanismes de suivi dirigé par la communauté intégrant plusieurs domaines (p. ex. les maladies non transmissibles, le VIH, la tuberculose et le paludisme, la préparation et la riposte aux pandémies, le genre et les droits humains, la protection sociale, la santé mentale et les droits humains) sur les lieux de soins, plutôt que des mécanismes verticaux susceptibles de faire double emploi (p. ex. plusieurs mécanismes verticaux s'adressant au même client pour obtenir des commentaires sur des services déjà intégrés dont il a bénéficié). Utiliser les systèmes de données existants (système de gestion de l'information sanitaire, système

Renforcement des systèmes communautaires		
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser	Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)
d'analyse des données pour l'amélioration de la qualité. Continuer d'investir dans le développement des capacités des organisations communautaires et dirigées par la communauté soutenant la prestation de services vitaux. Les organisations dirigées par les communautés et les organisations à assise communautaire sont indispensables pour atteindre les populations clés et vulnérables. • Maintenir les pairs cadres, notamment les mères mentors, leur rémunération et leur supervision pour la prestation de services vitaux de qualité (voir la section Ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires). • Investir dans la formation de pairs qui fournissent des services intégrés (VIH / tuberculose / paludisme, droits humains, maladies non transmissibles) aux communautés clés et vulnérables (selon le contexte). • Voir la section Ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires, sous la rubrique Formation et supervision.	financement (voir la colonne « À prioriser » de ce tableau). • Éviter d'investir dans des **mécanismes de retour d'information supplémentaires** en dehors des plateformes de participation existantes pour les retours d'information communautaires sur la qualité des services et la participation significative à la prise de décision et à la gouvernance. • **La recherche sur le suivi dirigé par la communauté,** en particulier dans les pays où le programme de suivi est nouveau ou n'a pas encore achevé plus de deux cycles de collecte de données. • **Les activités de recherche** dirigées ou mises en œuvre par des partenaires communautaires, si elles ne sont pas directement liées au soutien de la prestation de services de qualité.	électronique d'information pour la gestion logistique) pour rationaliser le retour d'information, les solutions et la communication de l'information communautaires – institutionnaliser les retours des clients sur la qualité, l'équité et l'accessibilité des services. Si possible, investir dans la mise en place d'environnements juridiques et politiques qui accélèrent le renforcement des capacités des partenaires communautaires et qui préparent ceux-ci à la contractualisation sociale ou à la prestation de services à travers d'autres sources de financement (donateurs, pays, secteur privé, sources de revenu social). Ces initiatives doivent s'inscrire dans une démarche systémique de renforcement des capacités techniques et institutionnelles, produisant des résultats précis et pérennes, et viser des organisations à assise communautaire et dirigées par les communautés matures offrant des services de qualité. Les partenaires de mise en œuvre en matière de sécurité doivent prévoir des investissements au niveau organisationnel dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires (voir la section sur le renforcement des capacités des organisations à assise communautaire et des organisations dirigées par les communautés ci-dessous pour plus d'informations).

Systèmes de financement de la santé

Systèmes de financement de la santé		
Envisager de prioriser	**Envisager de déprioriser**	**Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)**
La priorité doit être accordée au maintien du financement des activités actuellement subventionnées qui **soutiennent** spécifiquement la **planification de la pérennité et de la transition à l'échelle du pays, la résolution des problèmes de financement de la santé et le renforcement des systèmes de financement de la santé.** Ces activités demeurent essentielles, compte tenu de l'évolution du paysage de financement externe et de la nécessité de soutenir une transition progressive vers l'affranchissement du financement externe. Quelques exemples d'activités : • Appui aux **plans de transition, aux plans de pérennité, aux évaluations de la transition ou à d'autres exercices de planification** qui soutiennent directement la planification de la transition et de la pérennité à l'échelle du pays. • Stratégies de financement de la santé pour améliorer la mobilisation, la collecte et le financement des revenus nationaux du secteur de la santé. • **Interventions qui soutiennent spécifiquement le regroupement des financements et l'intégration des bénéficiaires des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les paquets de soins de santé primaires / régimes de santé.**	Envisager de déprioriser les activités qui n'ont pas d'impact direct sur le financement de base de la santé ou les objectifs de pérennité : • **Activités complémentaires** à celles d'autres partenaires de développement qui ne sont plus en mesure de remplir leurs engagements, en particulier si ces activités auraient un faible impact si elles étaient mises en œuvre de manière isolée. • Activités **non directement liées à l'amélioration des résultats en matière de santé ou aux fonctions essentielles des systèmes.** • Au sein des activités de gestion des finances publiques : **Évaluations des capacités liées à la gestion des finances publiques qui font double emploi avec les efforts d'autres partenaires de développement,** dans les situations où Fonds mondial pourrait tirer parti de ces évaluations pour étayer ses	Accélérer ou lancer des activités qui pourraient soutenir une pérennité et une intégration accrues, notamment : • Occasions d'appuyer **les exercices de planification à l'échelle du pays** conçus spécifiquement pour aider les pays à ne plus dépendre du financement du Fonds mondial et du financement externe. • Activités qui peuvent appuyer **le regroupement des subventions du Fonds mondial avec les régimes d'assurance maladie et de financement de la santé** pour l'intégration des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et le paludisme et des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. • Activités qui peuvent appuyer **des options de financement ou de paiement durables pour les ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires et la contractualisation sociale.** Voir la section Ressources humaines pour la santé / agentes et agents de santé communautaires pour plus de détails. • Activités de gestion des finances publiques qui ne relèvent pas du champ d'application défini

Systèmes de financement de la santé		
Envisager de prioriser	**Envisager de déprioriser**	**Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)**
• Activités qui soutiennent spécifiquement les **investissements de suivi des ressources** ou la **capacité des parties prenantes dans les pays à générer et à utiliser des données sur le financement de la santé** à l'appui de la transition vers la fin du financement externe. • Investissements qui contribuent aux **mécanismes de financement mixte** à l'appui de la mobilisation des ressources. • Activités visant à court ou à moyen terme[1] le **renforcement de la gestion des finances publiques** et le soutien à l'intégration des subventions du Fonds mondial dans les systèmes nationaux de gestion des finances publiques. Quelques exemples d'activités : i. Activités de gestion des finances publiques assujetties à un accord juridiquement contraignant ou pour lesquelles il existe une obligation juridique de livrer des biens ou des services iii. Activités stratégiques de gestion des finances publiques qui contribuent à la démonstration de la pérennité et de la transition et dont on a tiré parti pour démontrer sa complémentarité avec les financements d'autres donateurs. iv. Activités de gestion des finances publiques qui englobent les **initiatives de cofinancement de la gestion des finances publiques** avec d'autres partenaires de développement dans le cadre d'accords de cofinancement préalables.	interventions en matière de gestion des finances publiques. **Activités de formation sur le renforcement des capacités en gestion des finances publiques qui ne cadrent pas avec les activités décrites dans la colonne « À prioriser »,** et qui ne produisent pas de résultats clairement mesurables ou définis dans le temps. Budget de gestion des finances publiques pas encore identifié dans des activités spécifiques.	dans la colonne « À prioriser », mais qui ont un impact sur l'exécution ciblée ou prévue à long terme. Il s'agit d'investissements stratégiques et hautement pérennes dans la gestion des finances publiques, caractérisés par un délai d'exécution et d'achèvement à plus long terme[2]. En voici quelques exemples : ○ Activités de gestion des finances publiques liées à l'introduction ou à l'optimisation des systèmes de planification des ressources d'entreprise ou des systèmes d'information de gestion financière intégrés, y compris le travail connexe de cartographie du plan comptable avec les éléments de coûts du Fonds mondial pour améliorer le suivi des dépenses et les rapports. ○ Activités à l'appui de la professionnalisation ou de la certification des acteurs du financement du secteur de la santé, y compris le renforcement du cadre d'éthique et de réglementation. ○ Activités liées au renforcement institutionnel des acteurs de la gestion des finances publiques, comme l'audit interne et externe, les institutions supérieures de contrôle des finances publiques et les fonctions de contrôle financier du secteur public, qui sont essentielles à la généralisation du suivi fiduciaire des subventions (p. ex. pour le retrait progressif d'un agent fiscal).

Systèmes de financement de la santé		
Envisager de prioriser	**Envisager de déprioriser**	**Pérennisation et intégration à envisager (à travers des engagements politiques et des investissements)**
v. Activités de gestion des finances publiques **essentielles à la transition du récipiendaire principal vers l'utilisation des systèmes nationaux pour la gestion financière des subventions** et essentielles à la communication de l'information sur les indicateurs clés de résultats ou liées à la réalisation des objectifs et des résultats clés. En voici quelques exemples : fourniture de solutions numériques de paiement à l'appui de la prestation de services au niveau infranational ou au dernier kilomètre ; évaluations des institutions supérieures de contrôle et audits internes ; habilitation et activités à l'appui des subventions du Fonds mondial inscrites au budget national. vi. **Participation stratégique des pays à la gestion des finances publiques** organisée par le Fonds mondial pour accélérer l'utilisation des systèmes nationaux pour la prestation de services de santé.		○ Activités conçues pour soutenir la formulation et l'exécution adéquates et efficaces du budget national de la santé.

Renforcement des systèmes de surveillance

Renforcement des systèmes de surveillance	
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser
Remarque : les activités de surveillance non liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme se reflètent presque exclusivement dans les budgets du C19RM. Dans le contexte des plans de contingence du CS7, le Fonds mondial *ne s'attend pas* à ce que les pays cherchent à prioriser un financement limité du CS7 pour ces activités de surveillance. Ainsi, à l'instar des activités liées à l'oxygène, les activités sélectionnées ci-dessous représentent un ensemble restreint de besoins spécifiques et essentiels en matière de surveillance qui pourraient être considérés comme des priorités globales, même dans des environnements fortement limités, en particulier dans un contexte où les programmes nationaux de lutte contre les maladies accélèrent l'intégration des fonctions de santé publique. • Maintenir et mener à terme les activités financées au titre du C19RM. • Appuyer la formation préalable aux activités et la formation continue des agentes et agents de santé communautaires polyvalents sur la surveillance basée sur les évènements, conformément aux programmes nationaux du gouvernement. • Renforcer la maintenance infranationale des systèmes intégrés d'information sanitaire nationaux (p. ex. le DHIS2), y compris les modules de surveillance des maladies à déclaration obligatoire fondés sur des indicateurs, comme le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (IDSR). • Appuyer la formation en épidémiologie de terrain de première ligne, notamment sur l'analyse et l'utilisation régulières des données de suivi et de surveillance des programmes pour identifier les lacunes, suivre les tendances et mieux cibler les activités d'enquête et de riposte, en mettant l'accent sur les niveaux des districts et des structures de santé. • Élargir les recueils de données de surveillance intégrée des maladies au sein des centres d'opérations d'urgence de santé publique afin de focaliser davantage la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sur le suivi de la continuité des services essentiels, des flambées épidémiques, etc.	• Suspendre ou réduire considérablement le développement de nouveaux systèmes et modules de surveillance. • Suspendre ou réduire au minimum les séances de formation en surveillance tenues dans des hôtels et trouver des méthodes alternatives de réunion, notamment les formations virtuelles ou hybrides, la supervision formative et l'amélioration continue de la qualité. • Arrêter le financement des ateliers résidentiels pour les activités liées aux données. Trouver de nouvelles méthodes (réunions de validation virtuelles, options de réunion sans indemnités journalières, etc.). • Réduire au minimum les achats d'ordinateurs portables, de téléphones portables et d'autres équipements informatiques, sauf s'ils servent à des fonctions intégrées essentielles aux opérations. • Arrêter ou limiter l'impression de directives, rapports, bulletins, etc. • Diffuser et utiliser des versions électroniques. • Éviter de mettre sur pied de nouveaux recueils de données, mais s'assurer qu'une triangulation des données de base est effectuée lors des analyses des données de surveillance.

Oxygène médical et soins respiratoires

Oxygène médical et soins respiratoires	
Envisager de prioriser	Envisager de déprioriser
Remarque : l'oxygène est entièrement pris en compte dans les budgets du C19RM. Dans le contexte des plans de contingence du CS7, il *n'est pas* conseillé aux pays de chercher à prioriser un financement limité du CS7 pour l'oxygène. Ainsi, à l'instar des activités de surveillance, les activités sélectionnées ci-dessous représentent un ensemble restreint de besoins spécifiques et essentiels en oxygène qui pourraient être considérés comme des priorités globales, même dans des environnements fortement limités. • **Pérennité de l'infrastructure d'approvisionnement des installations de production d'oxygène par adsorption par inversion de pression (AIP) :** garantie et maintenance ; renforcement des capacités opérationnelles (à compléter par un cofinancement) dans les structures de santé servant de grandes populations de personnes vivant avec le VIH, la tuberculose ou le paludisme. Pour les pays qui ne pourront pas utiliser les ressources nationales après la date de fin du C19RM.	• **Expansion générale des installations d'AIP / infrastructures d'oxygène en vrac.** • Capacité et systèmes de distribution d'**oxygène liquide.** • Équipement médical d'administration d'oxygène. • Construction **de générateurs d'oxygène et de l'infrastructure connexe.**