



Independent observer
of the Global Fund

Observations et recommandations du Comité technique d'examen des propositions sur les demandes de financement de la Fenêtre 1: Partie II

Le 8 mai, le comité technique d'examen des propositions (CTEP) a informé les partenaires techniques, dont les fournisseurs d'assistance technique et les autres acteurs, de ses conclusions concernant les demandes de financement (DF) soumises dans le cadre de la Fenêtre 1. Les grandes lignes de ces conclusions ont également été présentées lors d'une réunion préalable au Conseil d'administration le 9 mai.

Les pays qui présenteront leurs demandes dans le cadre des fenêtres 2 et 3 ont encore le temps d'intégrer les leçons apprises ainsi que les recommandations dans leurs projets de documents.

Le présent article est une présentation de ces leçons et recommandations, que nous avons divisée en deux parties: La première partie couvre les conclusions et les recommandations thématiques et a été publiée le 13 mai dans le numéro spécial 431 consacré au CA. La deuxième partie couvre les observations et les recommandations techniques concernant les composantes maladie et SSRP.

Enquête du CTEP sur la qualité des demandes de financement: Observations et recommandations techniques

Dans l'ensemble, selon l'enquête du CTEP sur la qualité des demandes de financement, concernant les DF de la Fenêtre 1 recommandées pour l'octroi de subventions (N=39), 72 % des membres du CTEP estiment que les DF de la Fenêtre 1 ont fourni des réponses stratégiquement ciblées et techniquement solides, alignées sur le contexte épidémiologique et maximisant le potentiel d'impact. 23 % des membres du CTEP ont même déclaré qu'ils étaient "tout à fait d'accord " avec cette conclusion. 5 % n'étaient

toutefois pas d'accord avec ce point de vue.

L'article précédent couvrait les observations et recommandations thématiques et peut être téléchargé [ici](#). Nous passons à présent aux observations et recommandations techniques.

Systèmes de santé résilients et pérennes (SSRP)

Leçon 1: Progrès mitigés du SSRP, y compris dans les pays prioritaires en matière de SSRP

Le CTEP a fait les observations suivantes:

- Les DF intégrées ont permis d'avoir une meilleure visibilité des possibilités d'intégration (en ce qui concerne la prestation de services, le S&E, la formation, la supervision, l'amélioration de la qualité et la chaîne d'approvisionnement) avec des améliorations notables dans le renforcement des systèmes communautaires plus larges et l'optimisation des laboratoires.
- L'engagement du secteur privé, notamment la contractualisation dans le cadre de la lutte contre les trois maladies souvent catalysé par les innovations relatives à la COVID-19, connaît un certain essor. Toutefois, les interventions proposées sont souvent axées sur le plaidoyer, avec une attention limitée accordée à l'établissement de rapports, au suivi des performances et à la réglementation.
- Certaines demandes de financement et notes d'information du Secrétariat ont permis d'accroître la visibilité des investissements actuels et planifiés concernant le SSRP dans le cadre du Mécanisme de riposte à la COVID-19 (C19RM). Cependant, le CTEP a noté un risque possible de duplication entre les subventions de la F1 et la seconde vague d'optimisation du portefeuille du C19RM.
- La qualité des analyses du SSRP était variable (certains pays ont effectué l'analyse séparément pour chaque programme) sans adopter une optique systémique et sans saisir les opportunités de combler les lacunes transversales dans le domaine du SSRP.
- Les investissements dans le SSRP ne sont pas suffisamment priorisés dans les budgets d'allocation, en particulier pour les soins de santé primaires (SSP) dans les pays dont les portefeuilles sont ciblés et qui sont classés comme contextes d'intervention difficile. La majeure partie des investissements concerne les agents de santé communautaires (ASC), les systèmes de laboratoire et les systèmes de gestion des données.

Le CTEP a formulé une série de recommandations présentées ci-dessous:

Tableau 3. Recommandations aux pays candidats, aux partenaires et au Secrétariat

Pour les candidats	Pour les partenaires et le Secrétariat
--------------------	--

· S'appuyer sur la coordination instaurée lors de l'élaboration des DF intégrées et de la cartographie des investissements dans l'annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SSRP pour renforcer la programmation intégrée. En plus d'utiliser les approches critiques dans le domaine du SSRP, les candidats sont encouragés à adapter le cadre opérationnel de l'OMS pour les soins de santé primaires pour la priorisation des investissements dans le SSRP au niveau des soins de santé primaires.

· Les candidats qui envisagent d'engager le secteur privé doivent élaborer des stratégies solides d'engagement du secteur privé comportant des possibilités de supervision de soutien intégrée, de rapports dans le Système national d'information sur la gestion de la santé et de renforcement des capacités dans le cadre de l'assurance qualité/du cadre réglementaire.

· Les candidats sont encouragés à poursuivre la mise en place de systèmes communautaires de santé et à accorder plus d'attention aux aspects plus larges du RSC ainsi qu'à l'augmentation et à l'optimisation des investissements consacrés aux agents de santé communautaire (ASC). Les candidats doivent réaliser une cartographie complète des éléments de SSRP dans les subventions de la Fenêtre 1 approuvée et dans les projets de la deuxième vague du Programme d'optimisation du C19RM, ainsi que dans les futures composantes du CS7 qui seront soumis à l'examen du CTEP, et s'assurer que le SSRP soutient réellement le renforcement du système de santé dans son ensemble (y compris les réformes en termes de gouvernance, de gestion décentralisée des ressources humaines et de financement), et qu'il ne se contente pas de fournir un soutien ponctuel ou spécifique à un programme du système de santé.

· Cartographie du SSRP et analyse du paysage financier à travers tous les piliers des systèmes de santé (au-delà de l'orientation actuelle des approches critiques qui se concentre sur seulement trois priorités par programme de lutte contre les maladies). Cela permettra d'accroître la visibilité en ce qui concerne les lacunes et les possibilités de complémentarité à tous les niveaux du système de santé.

· Le Secrétariat doit envisager d'adapter le modèle programmatique et financier pour aider à identifier les lacunes et les priorités en matière de SSRP de manière conséquente.

· Fournir des conseils plus détaillés aux candidats sur l'engagement du secteur privé, avec des définitions, des bonnes pratiques et des exemples de conception de programme, de cadre réglementaire et de résultats.

· Le Secrétariat et les partenaires doivent intensifier leur soutien au RSC conformément aux directives existantes du Fonds mondial sur le RSC. Le Secrétariat et le CTEP doivent veiller à ce que le CTEP participe davantage aux revues du C19RM afin d'améliorer la visibilité des revues aussi bien du C19RM que de la Fenêtre 2 du CS7, dans l'optique d'optimiser l'intégration et d'atténuer le risque de duplication des investissements.

Leçon 2: Des progrès ont été observés, mais des efforts restent à fournir dans plusieurs domaines

Le CTEP a fait les observations suivantes:

- Un plus grand nombre d'évaluations des droits humains et du genre dont la [Malaria Matchbox Tool](#), (outil d'évaluation de l'équité dans les programmes de lutte contre le paludisme), sont menées. Cependant, leur qualité varie, avec trop peu de processus participatifs et d'engagement communautaire significatif. De nombreuses évaluations ont été menées à la fin du cycle de subvention et les résultats n'ont pas été utilisés pour éclairer la programmation et la budgétisation des DF du CS7.
- Les activités essentielles relatives aux droits humains et au genre continuent d'être reléguées au niveau de la demande prioritaire au-delà de l'allocation (PAAR).
- Les objectifs de couverture et les interventions en direction de populations spécifiques (par exemple, les réfugiés, les populations migrantes) sont absents. Les populations clés (PC) sont souvent considérées comme un groupe homogène sans tenir compte des différences entre les PC et en leur sein, ainsi que des différences liées au genre.
- L'impact des déterminants sociaux conduisant à la vulnérabilité n'était souvent pas clairement articulé.
- Seuls quelques candidats ont tenté de traiter la question des risques liés à la détérioration de l'environnement des droits humains sur l'impact du programme, avec une législation répressive prévue dans plusieurs pays des différentes régions; et seuls quelques candidats ont développé des interventions pour faire face aux menaces imminentes qui pèsent sur l'efficacité programmatique en raison de cette détérioration des droits humains.
- [Les nouvelles directives relatives aux adolescentes et aux jeunes femmes](#) (AJF) publiées au cours de la Fenêtre 1 ont été appréciées et devraient éclairer la programmation. Peu de DF sur les AJF ont pris en compte le caractère intersectionnel des risques et le chevauchement entre les AJF et les PC.
- Les données ne sont toujours pas ventilées par sexe et par âge (même pour le VIH), ce qui limite l'efficacité de la priorisation. Certains candidats collectent ces données, mais ne les utilisent pas ou ne les communiquent pas au niveau national, et elles ne sont pas mentionnées dans la plupart des DF.
- Les activités de suivi pilotées par les communautés sont plus nombreuses, mais de qualité variable, et l'engagement significatif des communautés n'est pas clairement établi. Les mécanismes de retour d'information font souvent défaut et le soutien aux activités de plaidoyer menées par les communautés est absent, sous-financé ou uniquement inscrit dans le PAAR.
- Lorsque des services différenciés pour les populations clés sont inclus, certaines DF négligent la nécessité d'assurer la sécurité et la protection de ces populations, de leurs clients et du personnel des organisations de la société civile (OSC) (par exemple, les utilisateurs de drogues peuvent avoir besoin de protection lorsqu'ils suivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO); les pairs éducateurs travaillant auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ont besoin de protection lorsqu'il existe une législation répressive).

Les recommandations du CTEP aux candidats et aux partenaires/Secrétariat figurent dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Recommandations aux pays candidats, aux partenaires et au Secrétariat

Candidats	Partenaires et Secrétariat
-----------	----------------------------

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Veiller à ce que les évaluations des questions de droits humains et de genre (y compris la Malaria Matchbox) soient menées de manière participative au début du cycle de subvention, et que les résultats éclairent la programmation et la budgétisation. · Budgétiser les interventions en matière de droits humains et de genre dans l'allocation, en tant que modules distincts et/ou intégrés dans les modules VIH, tuberculose et paludisme (VTP) et SSRP. Éviter de placer les activités essentielles de DHG dans le PAAR. · La programmation des interventions en direction des PC devrait inclure des activités et un budget pour protéger les membres des PC et du personnel des OSC travaillant auprès de ces derniers contre la violence, la persécution légale et l'exploitation. · Envisager des interventions pour répondre aux défis émergents sur le plan législatif. · Suivre les orientations récemment publiées pour les adolescentes et les jeunes femmes et différencier les services en fonction des intersections, par exemple pour les jeunes femmes qui vendent des services sexuels et/ou qui utilisent des stupéfiants. · Élaborer et mettre en œuvre des systèmes de suivi pilotés par les communautés en adéquation avec les orientations normatives, en veillant à ce qu'ils soient effectivement dirigés par les communautés, comportent des mécanismes de retour d'information, utilisent les données pour éclairer la programmation et s'intègrent dans les systèmes de collecte de données de routine. | <ul style="list-style-type: none"> · Veiller au caractère obligatoire de la ventilation par sexe dans le cadre de performance, pour toutes les maladies, tant dans les pays à haut risque que dans les pays de base. L'absence de ces données a une incidence sur la priorisation, l'orientation stratégique, l'élaboration de cadres de référence techniquement solides et affaiblit le rapport coût-efficacité. · L'OMS et l'ONUSIDA doivent mettre à jour les orientations normatives de manière à exiger des données ventilées par sexe et par genre dans tous les rapports. |
|---|--|

Paludisme

Leçon 1: Absence de priorisation fondée sur les données dans certains contextes où les ressources sont limitées

Observations

Une stratégie efficace de priorisation comportant une adaptation infranationale des interventions de lutte contre le paludisme axée sur une stratification géographique fondée sur des données n'a pas été mise en œuvre dans tous les pays.

- Les fonds provenant de la Malaria Matchbox et d'autres évaluations de l'égalité des sexes et de l'équité devraient également être déployés lorsqu'ils permettent d'identifier des sous-populations nécessitant une attention supplémentaire.
- Dans les contextes où les ressources sont limitées et où toutes les populations à risque ne peuvent pas être couvertes par les interventions de base contre le paludisme, il est recommandé de prioriser une lutte antivectorielle efficace et l'accès à une prise en charge efficace des cas avec une couverture intégrale dans les zones les plus touchées afin de maximiser l'impact sur la mortalité due au paludisme d'abord, puis d'étendre les interventions sur la base d'une adaptation infranationale aux zones moins touchées, en fonction des fonds disponibles.
- Dans les contextes à ressources limitées, les DF doivent inclure un plan visant à mobiliser des ressources supplémentaires pour combler les lacunes afin que toutes les populations à risque puissent être couvertes par des interventions efficaces de lutte antivectorielle et de prise en charge des cas, au minimum, suivies par l'expansion d'interventions adaptées au contexte infranational.
- Pour les partenaires techniques et le Secrétariat, le CTEP a recommandé d'aider tous les pays à utiliser la stratification des risques fondée sur les données, l'adaptation infranationale et la priorisation dans leurs DF.

Leçon 2: Stagnation et résurgence des cas de paludisme et des décès dans certains pays

Observations

Malgré des investissements continus dans la lutte contre le paludisme, le nombre de cas et de décès a augmenté au cours des deux derniers cycles de financement dans de nombreux pays. Les DF de certains pays n'ont pas fourni de stratégie actualisée fondée sur des données pour inverser ces tendances. Dans ces contextes, il est peu probable que le statu quo permette d'obtenir de l'impact, une orientation stratégique ou un bon rapport coût-efficacité.

Recommandations

Pour les candidats:

- Tous les pays qui connaissent une stagnation/résurgence doivent entreprendre une analyse de la situation afin de mieux comprendre les facteurs sous-jacents, en sollicitant une assistance technique si nécessaire. En outre, les candidats doivent mieux utiliser les revues de programme et les revues à mi-parcours pour identifier de manière régulière et systématique les facteurs associés à des progrès insuffisants.
- Les facteurs minimums suivants doivent être pris en compte dans l'analyse de la situation : évolution de l'épidémiologie du paludisme, déficits de financement et retards dans l'exécution des programmes, tendances en matière de couverture et d'accès aux interventions de base, échecs des interventions, système de santé et obstacles communautaires, ainsi que catastrophes naturelles, humaines et économiques ayant eu un impact sur l'exécution des programmes de lutte contre le paludisme, sur les populations à risque et sur la transmission du paludisme.
- Les résultats des analyses de situation doivent être utilisés pour élaborer une stratégie actualisée présentée dans la DF afin d'inverser ces tendances et de maximiser l'impact de la prévention des décès dus au paludisme.
- Lorsque les ressources sont insuffisantes pour mettre en œuvre l'intégralité de la stratégie actualisée, il convient d'appliquer les principes de priorisation des interventions basés sur une

microstratification des risques fondée sur des données et une adaptation au niveau infranational, afin de maximiser la réduction du nombre de décès dus au paludisme.

Tuberculose

Leçon 1: Des lacunes dans la détection plus systématique des personnes atteintes de TB-Sensible et de TB-Résistante, malgré les investissements et les stratégies élargies

Observations

- La plupart des DF ont présenté des investissements passés et prévus visant à élargir l'accès aux mWRD (tests moléculaires de diagnostic rapide de la tuberculose recommandés par l'OMS), au diagnostic, à la radiographie pulmonaire numérique, à la collaboration TB-VIH, à des soins communautaires solides en matière de tuberculose, à des interventions de recherche active de cas et à l'engagement du secteur privé.
- Toutefois, les progrès et les ambitions en matière de détection des personnes atteintes de tuberculose sont à la traîne. De nombreux candidats ont fourni peu d'informations sur le dépistage de la tuberculose dans les établissements de santé.
- Mise en œuvre plus conséquente de la recherche communautaire de cas de tuberculose et de la recherche active de cas chez les personnes clés (enfants, personnes incarcérées, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, migrants, mineurs, etc.) Toutefois, les algorithmes de dépistage spécifiques au contexte ont été présentés de manière peu élaborée. Bien que la majeure partie des DF prévoient de trouver les enfants atteints de tuberculose, elles ne présentent aucune information sur la cascade de recherche des cas contacts, ni sur le traitement préventif de la tuberculose.
- Rares sont les DF qui décrivent la manière dont les registres des expectorations et des cas de tuberculose présomptive seront utilisés, ainsi que la manière dont les données issues des différentes stratégies de recherche des cas de tuberculose "manquants" seront intégrées dans l'analyse des cascades de diagnostic et des systèmes d'information sur la tuberculose. Il manquait des données sur les stratégies visant à remédier au problème relatif aux patients perdus de vue avant le traitement (PDV).
- La plupart des candidats prévoient une collaboration VIH-TB, mais ne couvrent pas les autres comorbidités de la tuberculose et les déterminants sociaux tels que la malnutrition, le diabète, le tabagisme, la silicose, etc.

Les recommandations du CTEP sont les suivantes:

Tableau 5. Recommandations aux pays candidats, aux partenaires et au Secrétariat

Candidats	Partenaires et Secrétariat
-----------	----------------------------

· Appliquer l'analyse en cascade pour identifier et réduire les lacunes dans les diverses stratégies de recherche de cas, et notamment la détection de la tuberculose dans les établissements de santé et au niveau infranational, afin d'assurer un meilleur continuum de soins:

- o Le cas échéant, établir des registres de personnes atteintes de tuberculose présumée en intégrant des données provenant de différents points d'entrée et approches,
- o Utiliser les taux de tuberculose présumée pour 100 000 habitants et les taux de positivité des expectorations (c'est-à-dire la proportion de personnes dont la tuberculose est bactériologiquement confirmée par rapport à l'ensemble des personnes dont les expectorations ont été examinées) pour mieux comprendre la qualité des services de recherche de cas de tuberculose par établissement et au niveau infranational, et;
- o Établir des estimations du nombre de patients perdus de vue avant le traitement.

· Optimiser l'utilisation des nouvelles technologies pour une meilleure détection des cas.

· Adopter un suivi axé sur les données et des interventions de soutien pour les établissements, les districts de santé, etc. qui sont "à la traîne".

· Envisager la recherche opérationnelle en vue de faciliter la sélection de l'algorithme le plus approprié pour le dépistage et le lien avec le diagnostic et les soins.

· Soutenir un flux de données intégré partant des interventions communautaires et axées sur la population pour retrouver les personnes atteintes de tuberculose "manquantes" vers le système général de gestion de l'information sur la tuberculose (dans les établissements de santé).

· Soutenir l'assistance technique et la recherche opérationnelle en vue de produire les cascades et de définir les algorithmes optimaux pour établir un lien entre les approches communautaires et les approches axées sur la population en ce qui concerne les soins contre la tuberculose.

· Faire progresser le façonnage du marché en vue de réduire le coût de toutes les technologies de diagnostic et des nouveaux schémas thérapeutiques, étant donné que les candidats sont confrontés à une priorisation difficile dans le cadre d'un budget limité.

VIH

Leçon 1: Programmation limitée au sein des populations clés les plus affectées et les plus vulnérables

Observations

- Une tendance positive s'est dessinée en faveur d'une plus grande attention accordée aux PC dans l'ensemble des DF.

- Toutefois, la programmation des interventions en direction des PC était souvent absente; notamment
- Ambition pour l'impact (par exemple, de faibles objectifs en matière de prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les HSH, la PrEP souvent présentée dans le PAAR, l'OST à faible échelle ou au stade de projet pilote),
- Différenciation des diverses (sous-)populations (par exemple, les populations trans et de genre divers, les sous-groupes d'utilisateurs de drogues; et attention insuffisante aux interconnexions entre les (sous-)populations (dont les AJF),
- Adaptations à des environnements politiques complexes et inégalités de genre importantes, alignement sur les orientations relatives aux traitements de substitution aux opiacés fondés sur des données probantes, stratégies de lutte contre l'hépatite virale chez les utilisateurs de drogues et d'autres populations.
- Précision limitée de la programmation chez les AJF à l'aide des données sur l'incidence du VIH et faible priorisation des personnes appartenant aux groupes de population clés et présentant des vulnérabilités intersectorielles.
- Certains pays ont planifié des approches visant à lever les obstacles à l'adoption de la PrEP et à diversifier les options de PrEP, bien que l'on note des opportunités manquées d'inclure la Dapivirine vaginale et la PrEP pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes.
- Plusieurs candidats retardent l'adoption de documents clés destinés à éclairer la programmation stratégique, à établir des ensembles de mesures de prévention combinées et à accroître leur viabilité.

Leçon 2: Des progrès variables dans la résolution des problèmes liés aux cascades du VIH et aux soins, et ce malgré l'amélioration des données.

Observations

- La plupart des pays ont adopté ou prévoient d'adopter les objectifs de 95-95-95 de l'ONUSIDA. Certains pays dans lesquels l'épidémie est généralisée affichent une amélioration des cascades. Par contre, d'autres candidats continuent d'être confrontés à des cascades particulièrement faibles
- et des plans insuffisants pour relever les défis à chaque étape de la cascade.
- Certains candidats continuent de retarder la mise en place d'orientations normatives telles que les algorithmes de dépistage et de diagnostic recommandés par l'OMS, la décentralisation de la thérapie antirétrovirale des soins tertiaires ou secondaires et la planification insuffisante de tests de charge virale à plus grande échelle.
- Les pays continuent d'utiliser progressivement la dispensation multi-mois du traitement ainsi que d'autres approches différenciées de prestation de services. Toutefois, peu d'entre eux ont mis en place des systèmes efficaces pour prévenir les pertes ou atteindre les PDV, et pour mesurer/résoudre le problème de l'observance au traitement.
- Plusieurs DF n'ont pas de stratégies pour combler les lacunes dans la prise en charge du VIH chez les enfants, les PC et/ou la prévention de la transmission mère-enfant, notamment par une meilleure intégration avec la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, la santé et les droits sexuels et reproductifs, la tuberculose et les soins de santé primaires.
- Les candidats, même ceux qui se rapprochent des 95-95-95, ont souvent manqué des opportunités de traiter la question des stades avancés de la maladie à VIH, notamment les co-infections et l'intégration des maladies non transmissibles.

Les recommandations du CTEP sont les suivantes:

Tableau 6. Recommandations aux pays candidats, aux partenaires et au Secrétariat

Candidats	Partenaires et Secrétariat
· Mettre davantage l'accent sur la qualité de la programmation des interventions en direction des PC, notamment pour les utilisateurs de drogue, en les amenant à s'adapter à des environnements complexes et aux inégalités de genre. · Mettre à jour les priorités et les ensembles d'interventions des programmes en faveur des AJF en utilisant les données sur l'incidence du VIH, conformément aux nouvelles orientations de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH. · Suivre les plans stratégiques nationaux et les directives nationales dans l'élaboration des DF, en veillant à assurer la pérennité et la visibilité des priorités nationales des pays auprès des partenaires extérieurs, dont le Fonds mondial. · Renforcer l'attention portée à la qualité des soins, à l'observance au traitement, à l'atteinte des patients perdus de vue et à la longévité, en plus des objectifs 95-95-95.	· Fournir une assistance technique aux pays en vue de relever les défis qui entravent les progrès vers l'atteinte des objectifs 95-95-95, en particulier dans les pays présentant des points faibles dans leurs cascades, certaines épidémies concentrées et au sein des populations mal desservies ; · Soutenir la visibilité et fournir une assistance technique pour traiter la question de l'observance au traitement et de la longévité. · Pour le Fonds mondial, les partenaires techniques et les autres principaux donateurs, aligner les messages et les politiques de financement sur des options diversifiées de PrEP, l'AHD, les CD4 et la prise en charge des coïnfections/comorbidités dans un contextende financement restrictif. · Soutenir les pays dans la mise à jour de l'algorithme de diagnostic du VIH, en particulier dans le présent contexte de mutation de l'épidémie.

[Read More](#)