



Independent observer
of the Global Fund

Observations et recommandations du comité technique d'évaluation des propositions au titre de la Fenêtre 2: Partie II

Le 17 juillet, le Comité technique d'évaluation des propositions (CTEP) a informé les partenaires techniques, y compris les prestataires d'assistance technique et autres, de ses constats concernant les demandes de financement (DF) soumises dans le cadre de la Fenêtre 2 (F2).

Le présent article est basé sur la présentation fournie et, en raison de sa longueur, il est divisé en deux parties: La partie I couvre les constats et recommandations thématiques et a été publiée dans le GFO 435; vous pouvez la lire [ici](#) ; et la partie II, qui fait l'objet du présent article, couvre les observations et recommandations techniques par maladie et les systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS).

Les pays qui postulent dans le cadre de la Fenêtre 3 ont récemment soumis leurs DF, le 21 août. Il sera intéressant de voir si les commentaires du CTEP concernant les deux premières fenêtres ont été pris en compte dans cette dernière série de demandes.

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

Équité, droits humains et genre

Observations

Recommandations

- Dans l'ensemble, le CTEP a observé un plus grand nombre de narratifs de DF qui évoquent les obstacles structurels aux soins et reconnaissent qu'il est essentiel de s'attaquer aux barrières liées aux droits humains et au genre pour pouvoir réaliser les activités jusqu'au dernier kilomètre, et ce, pour chacune des trois maladies.
 - Augmentation du nombre d'évaluations (y la boîte à outils pour la lutte contre le paludisme « Malaria Matchbox », les évaluations concernant le genre) bien que les évaluations ne soient pas encore systématiquement utilisées pour éclairer la programmation, le S&E et les budgets. Effort résolu dans la programmation de la lutte contre le paludisme en vue d'intégrer les considérations relatives à l'équité et aux droits humains.
 - Des environnements juridiques hostiles sont observés dans un nombre croissant de pays (conflits, application nouvelle ou accrue de lois criminalisant les populations lesbiennes, gays, bi, trans et queer (LGBTQ), stigmatisation, obstacles à l'enregistrement, normes préjudiciables), ce qui met en péril les fragiles progrès accomplis.
 - Le CTEP s'est appuyé sur l'annexe relative aux communautés pour fournir un contexte sur l'engagement des communautés et a estimé qu'il s'agissait d'un outil supplémentaire précieux.
 - Dans plusieurs pays, les mécanismes d'intervention juridique sont essentiels pour atténuer l'impact de la stigmatisation et des environnements hostiles.
 - De nombreux pays ont indiqué que la violence basée sur le genre (VBG) représentait l'un des principaux obstacles à l'accès aux services liés au genre. Des liens plus étroits avec les services de lutte contre la violence sexiste continuent d'être proposés, mais ne sont pas suffisamment budgétisés dans les allocations.
 - Les orientations normatives relatives à l'intersection entre la maladie et la violence basée sur le genre, en particulier dans les situations de
- Dans l'ensemble: Les partenaires techniques et le Secrétariat doivent continuer à soutenir les pays dans leurs évaluations des questions de genre et/ou des droits humains, ainsi qu'en ce qui concerne la boîte à outils pour la lutte contre le paludisme. Les candidats doivent veiller à la prise en compte des constats de ces évaluations dans leurs DF, leurs budgets et la mise en œuvre de leurs programmes.
 - Environnements hostiles: Les partenaires techniques et le Secrétariat doivent soutenir les activités de plaidoyer visant à atténuer l'impact des environnements hostiles. Le Secrétariat doit envisager un financement d'urgence pour les activités de plaidoyer de la société civile et les interventions pilotées par les communautés dans les environnements hostiles (en tenant compte du fait que la participation au sein de l'instance de coordination nationale et à d'autres processus pourrait ne pas être possible).
 - Le Secrétariat doit continuer à renforcer l'outil et le processus de l'annexe du volet communautaire et envisager de l'inclure dans les documents de DF. Les partenaires présents dans les pays doivent diriger le processus d'identification des besoins émergents dans les contextes hostiles.
 - Les pays candidats doivent investir dans le suivi piloté par les communautés (CLM) dans le but d'assurer une réponse rapide aux violations des droits dans des contextes en rapide évolution.
 - VBG: les partenaires doivent aider les candidats à renforcer les liens en matière de VBG (politique, financement et prestation de services) au niveau des pays et explorer activement l'élaboration de nouvelles

Paludisme

Observations

Recommandations

- Déficits de financement: Défis importants en matière de financement des traitements de base et de la prévention.
- Utilisation des données: Meilleure utilisation des données des pays en vue d'établir des priorités et de cibler les interventions, par exemple, la réalisation d'une analyse infranationale détaillée des tendances épidémiologiques du paludisme et de la couverture des interventions, utilisée pour enrichir la DF.
- Mauvais alignement des allocations: Forte augmentation de la charge de morbidité liée au paludisme dans certains pays en raison de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, qui mettra du temps à s'inverser. Les montants alloués aux pays ne semblent pas tenir compte de ces situations.
- Suppositoires rectaux d'artésunate (SRA) : Exemples positifs de pays incluant les SRA avant de référer, mais certaines DF n'ont pas démontré l'existence d'un système de référence solide pour les cas de paludisme grave, conformément aux recommandations de l'OMS.
- Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID): les pays à forte charge de morbidité présentant des lacunes dans la lutte antivectorielle passent de la PID aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) efficaces pour couvrir une plus grande partie de leurs populations à haut risque. Pourtant, certains pays lourdement affectés continuent d'utiliser la PID plutôt que les MII de nouvelle génération, même lorsqu'il existe d'importantes défaillances dans la couverture de la lutte antivectorielle.
- Elimination: Dans certains contextes d'élimination, la mise en œuvre de la surveillance basée sur les cas n'est pas conforme aux orientations de l'OMS en matière d'élimination et la riposte dans les foyers n'est pas appropriée et opportune.
- Les candidats doivent se conformer aux dernières directives de l'OMS en matière de prise en charge du paludisme grave, notamment en mettant en place/soutenant un solide système de référence pour le paludisme grave dans les zones reculées où les SRA administrés avant la référence sont utilisés. Cet aspect doit être clairement exprimé dans les DF.
- Dans les contextes à ressources limitées dans les pays à forte charge de morbidité où il existe d'importantes lacunes dans le domaine de la lutte anti- vectorielle, les pays peuvent envisager de remplacer la PID par des MII efficaces, en mettant l'accent sur la maximisation de la couverture et de l'utilisation au sein des populations les plus à risque. Le CTEP recommande aux candidats d'inclure dans leur DF une justification solide de l'utilisation de la PID dans ces contextes.
- Les candidats doivent travailler avec des partenaires techniques pour mettre l'accent sur le renforcement des capacités et des ressources humaines suffisantes en vue de la mise en œuvre de ripostes ciblées complètes dans les pays qui sont en phase d'élimination, conformément aux recommandations de l'OMS.
- Le Secrétariat et les partenaires doivent revoir leur méthodologie d'allocation afin de prendre en compte les contextes épidémiologiques plus récents.
- Le Secrétariat doit envisager des approches de financement régionales coordonnées pour aider à faire face à l'augmentation de la charge de morbidité due au paludisme à la suite de catastrophes naturelles ou causées par l'homme, notamment en tenant compte des mouvements transfrontaliers de la population.

Leçon 1: Analyse EPI

Observations	Recommandations
<ul style="list-style-type: none">• Informations inconsistantes sur la répartition du VIH par population et par zone géographique.• Les enquêtes épidémiologiques, intégrées et biocomportementales ne sont souvent pas à jour ou n'incluent pas toutes les populations, ce qui entraîne des estimations inexactes de la taille de la population.• Cascades insuffisamment désagrégées pour couvrir les populations concernées (par exemple, désagrégation plus fine par âge).• Les cascades de prévention du VIH n'étaient pas souvent fournies.• Absence de données sur les principales comorbidités (maladies non transmissibles dont la santé mentale, les co-infections).	<ul style="list-style-type: none">• Les candidats doivent assurer la mise à jour des enquêtes biocomportementales et des estimations de la taille de la population et veiller à la couverture de toutes les populations et à l'utilisation de ces données pour guider la mise en œuvre des programmes.• Les candidats doivent analyser la répartition du VIH par population et par zone géographique, en examinant particulièrement la charge de morbidité et la couverture des interventions.• Dans les cas où des données sont manquantes dans les tableaux de données essentielles pré-remplis, les candidats doivent fournir les données manquantes.• Les partenaires doivent assurer de meilleures analyses des cascades, en veillant à la réalisation des cascades de prévention du VIH et leur ventilation appropriée par âge.

Leçon 2: Mauvaises performances en matière de prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents

Observations	Recommandations
--------------	-----------------

- Une compréhension insuffisante et de faibles progrès dans la clôture de la cascade pédiatrique, notamment en ce qui concerne le recours à une désagrégation par âge plus fine en vue d'une meilleure adaptation des interventions.
- Une attention insuffisante accordée au VIH chez les adolescents, qui ne tient pas suffisamment compte des complexités du traitement et de l'observance au sein de ces populations.

Candidats:

- Accorder une attention particulière aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH: du dépistage au traitement, en passant par l'observance, le test et la suppression de la charge virale. Ces éléments doivent être liés à la PTME et aux services de santé maternelle et infantile.
- Adopter au plus vite les nouvelles orientations normatives relatives au traitement pédiatrique. Tenir compte des nouvelles recommandations en matière de dosage dans les prochaines directives afin d'accélérer l'adoption des schémas thérapeutiques recommandés avec le dolutégravir (DTG).
- Les partenaires et le Secrétariat doivent collaborer avec les candidats pour l'accélération de l'adoption des orientations normatives.

Leçon 3 : Exclusion de certaines PC des interventions de lutte contre le VIH

Observations	Recommandations aux candidats
<ul style="list-style-type: none"> • Certains groupes de PC ont été exclus des enquêtes ou des services différenciés financés par l'allocation, en particulier dans les pays évoluant dans un environnement juridique répressif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la base du contexte épidémiologique et de la vulnérabilité, veiller à l'inclusion d'interventions et à la budgétisation pour toutes les personnes clés concernées, conformément aux Directives consolidées de l'OMS pour le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles pour les populations clés. • Améliorer l'inclusion de toutes les communautés clés et vulnérables dans la prestation de services, les enquêtes et l'évaluation en matière de VIH, en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

Leçon 4: Optimisation du traitement

Observations	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Variations dans les schémas thérapeutiques utilisés pour le traitement de deuxième ligne du VIH. • Absence de progrès dans l'introduction du DTG (une option moins coûteuse que les schémas thérapeutiques à base d'inhibiteurs de protéase) comme traitement de deuxième ligne. • Absence de progrès dans le traitement de certaines infections opportunistes, telle que la méningite cryptococcique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les candidats doivent se conformer aux directives de traitement alignées sur les directives normatives de l'OMS et adopter le DTG comme traitement de deuxième ligne, ce qui présente un avantage en termes de coûts. • Les partenaires et le Secrétariat doivent travailler de concert avec les candidats en vue d'accélérer l'adoption des directives normatives de manière urgente lorsque le rapport coût-avantage permettra de financer davantage d'interventions figurant actuellement dans le Registre des demandes de qualité non financées.

Leçon 5: Défis liés à une différenciation et une adaptation insuffisantes des interventions de lutte contre le VIH

Observations	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de différenciation pour les adolescentes et les jeunes femmes (AJF): différents groupes d'âge, différentes zones géographiques et différents profils pour aider à cibler les interventions. • Détails insuffisants sur la manière dont les candidats réalisaient les prestations de services différenciées. • Des interventions comme la PrEP et l'autodépistage du VIH proposées sans détails sur la manière dont elles seront adaptées en fonction du contexte épidémiologique et des populations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter des orientations normatives (par exemple, de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH) en vue d'améliorer les interventions ciblées pour les AJF. • Fournir plus de détails dans les DF sur la fourniture des prestations de services différenciées en fonction de la population et de la zone géographique. • Adapter la prestation de services aux interventions, en tenant compte, par exemple, du niveau de risque lié au VIH, de la vulnérabilité au VIH, de l'accessibilité et des préférences des utilisateurs. Respecter les orientations normatives, en particulier pour la PrEP.

Leçon 1: Comme dans les DF de la Fenêtre 1, la détection des cas de TB réactive et de TB résistante aux médicaments reste à la traîne

Observations	Recommandations
<p>Toutes les DF comprenaient des modules et des interventions visant à étendre la détection – et ont plus mis l’accent sur les actions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trouver davantage d’enfants, d’adolescents et d’hommes atteints de TB. • Améliorer la détection de la TB à un stade avancé du VIH (et plus largement dans les services destinés à réduire la charge de morbidité de la TB chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), pour l’intensification de la recherche de cas de tuberculose dans le cadre de la prise en charge du VIH et pour l’intensification de la prévention de la tuberculose chez les PVVIH). • Atteindre un fort taux de détection de la tuberculose dans les établissements de santé en plus des activités au niveau communautaire. • Cibler la recherche des cas à l’échelle nationale et assurer une mise en œuvre de qualité. • Assurer le soutien des activités de santé communautaire et de lutte contre la TB, la mise à disposition de laboratoires et de produits, le lien avec l’initiation au traitement et les soins centrés sur la personne. • Atteindre les zones rurales (éloignées); les bidonvilles urbains ont été couverts de manière fréquente, mais pas à grande échelle. • Contrôler les progrès et s’assurer que les objectifs ont été réalisés. 	<p>Pour les candidats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l’introduction et la mise en œuvre de toutes les recommandations des directives normatives révisées (2022) sur la tuberculose de l’enfant et de l’adolescent; solliciter un appui technique si nécessaire. • Utiliser les selles de manière systématique pour les diagnostics rapides recommandés par l’OMS et l’urine pour le TB-LAM (Lipoarabinomannan). • Cibler les interventions sur les « bonnes » zones géographiques et populations en vue d’optimiser les résultats. • Tenir compte des obstacles liés à l’accès en ce qui concerne la recherche des cas (par exemple, stigmatisation, discrimination, distance, frais d’utilisation, coûts de transport, etc.) • Suivi et évaluation: voir les leçons apprises à la F1 (par exemple, sur une meilleure utilisation de l’analyse des cascades pour le suivi du continuum des soins, soutien d’un flux de données intégré). • Pour les partenaires: • Envisager de s’engager dans le programme d’action de l’UNICEF contre la tuberculose infantile.

Leçon 2: Nécessité d’une amélioration continue de la qualité des soins antituberculeux pour de meilleurs résultats thérapeutiques

Observations	Recommandations
<p>De nombreuses DF reconnaissent la nécessité de réduire le nombre de décès et de perdus de vue non évalués chez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes atteintes de TB MR et les PVVIH atteintes de TB: • les adolescents atteints de TB. • Les informations sur la gestion des effets indésirables des médicaments étaient limitées, en particulier chez les personnes atteintes de tuberculose multirésistante. 	<p>Pour les candidats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccourcir les schémas thérapeutiques et utiliser des préparations adaptées aux enfants, en veillant à la surveillance et à la gestion de la sécurité des médicaments. • Veiller à la fourniture de soins centrés sur la personne et du soutien à l'observance. Penser à utiliser les technologies d'adhésion numérique. Reconnaître la nécessité de fournir des services « adaptés aux jeunes » pour les adolescents atteints de TB. • Trouver les causes profondes des résultats indésirables si celles-ci ne sont pas encore connues et développer des approches pour y remédier. • Etendre les interventions d'envergure en vue de réduire la stigmatisation et les dépenses personnelles et accroître le soutien social et nutritionnel, etc. <p>Pour les partenaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les candidats dans leurs efforts visant à maximiser la guérison de la TB et l'achèvement du traitement afin de prévenir le développement d'une résistance aux médicaments. • Soutenir les analyses des cascades de prises en charge des cas.

Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)

Leçon 1: Progrès limités dans les réformes du secteur de la santé pour la promotion des services de santé intégrés de qualité, centrés sur la personne

Observations	Recommandations
--------------	-----------------

- Les indicateurs relatifs au SRPS dans le cadre de performance étaient encore inappropriés pour mesurer les progrès; les évaluations du SRPS étaient limitées à des données quantitatives, rendant le contexte difficile à évaluer.
- Tout en notant la difficulté des réformes de gouvernance, certaines questions clés de gouvernance et d'intendance n'étaient souvent pas suffisamment prises en compte dans les DF, à l'exception du soutien à la planification et aux réunions.
- Opportunités manquées pour les pays d'intégrer les divers documents d'orientation des candidats concernant les SRPS dans la conception des programmes et pour ces pays d'apprendre de leurs pairs.
- Peu d'informations dans les DF montrant que l'élaboration de politiques basées sur des données probantes était fondée sur des données systématiques ou que les réformes des systèmes de santé étaient prises en compte.
- Nécessité d'accorder une plus grande attention à l'optimisation des ressources et aux gains d'efficacité dans la priorisation des interventions.

- Les candidats doivent prioriser les activités visant à catalyser les réformes en matière de gouvernance et de gestion en tenant compte du contexte programmatique et national, utiliser les orientations normatives et le soutien des partenaires techniques et suivre les actions avec des résultats responsables et efficaces (par exemple, combler les déficits en matière de personnel, qualité des soins, etc.).
- Les candidats doivent utiliser les annexes clés (annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SRPS, tableau des financements et tableaux des lacunes programmatiques) comme outils pour évaluer les lacunes à l'échelle du système (à la fois programmatiques et financières) afin de guider leurs interventions et de les prioriser. Cela permettra d'améliorer le rapport coût-efficacité de leurs demandes.
- Les candidats sont encouragés à se référer à des études de cas concernant les bonnes pratiques en matière d'interventions relatives au SSRP et à utiliser des ressources simples qui résument les directives opérationnelles, telles que le document d'une page sur le rapport coût-efficacité.
- Le Secrétariat doit développer plus d'indicateurs, d'évaluations qualitatives et de mesures de suivi du plan de travail pour le SRPS (notamment sur les approches critiques) qui peuvent être inclus dans le narratif de la demande de financement, les cadres de performance et les tableaux de données essentielles pour le CS7.
- Les partenaires doivent aider les pays à réformer la gouvernance des systèmes de santé, renforcer leur capacité à capitaliser l'expérience et l'apprentissage, et élaborer les politiques sur la base de ces données probantes.

Leçon 2 : Des signes encourageants en faveur de l'inclusion d'un module sur le financement de la santé, mais des informations toujours incomplètes sur le cofinancement, le paysage financier et l'assurance maladie sociale

Observations

- Informations incomplètes sur les contributions financières des candidats/le paysage financier.
- Les systèmes nationaux de gestion des finances publiques (GFP) étaient souvent peu performants, ce qui réduisait les possibilités d'utilisation des systèmes nationaux par les bailleurs de fonds et affaiblissait encore davantage les systèmes de GFP.
- Certaines demandes comportaient des modules sur le financement de la santé. Malheureusement, ces modules étaient souvent insuffisants et peu ambitieux.
- De nombreux pays ont adopté des objectifs relatifs aux soins de santé primaires (SSP) ou à la couverture sanitaire universelle (CSU), mais la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale est souvent à la traîne. Des difficultés ont été constatées dans de nombreuses DF en ce qui concerne l'intégration du VTP dans les paquets de services/prestations.
- Un niveau de qualité et un degré d'information inconsistants dans les tableaux du paysage financier et dans l'annexe sur les lacunes et les priorités en matière de SSRP, rendant difficile l'évaluation d'une éventuelle duplication des efforts et des progrès en matière de financement national et de cofinancement.
- Progrès dans certains portefeuilles de transition dans la manière dont les candidats détaillent les éléments clés de la pérennisation (financier: augmentation du financement national. Programmatique: soutien aux programmes, plans de transition et de pérennité). Toutefois, il manquait encore des plans opérationnels pour les investissements dans des domaines tels que les ressources humaines en santé et les produits de santé.

Recommandations

- Les candidats doivent renforcer leurs systèmes de gestion des finances publiques afin de mieux suivre les dépenses de santé dont celles liées à la lutte contre le VIH, la TB et le paludisme.
- Le Secrétariat doit aider les pays à collecter des données et à préparer un paysage financier plus complet, avec une visibilité sur la manière dont les dépenses du Fonds mondial s'inscrivent dans les autres dépenses extérieures et intérieures d'un pays. Ce paysage financier doit inclure les investissements dans le SSRP pour tous les composants du programme.
- Les partenaires et le Secrétariat doivent aider les candidats à intégrer le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les services de soins de santé primaires et les paquets de prestations de CSU.
- Le Secrétariat doit fournir au CTEP de meilleures informations sur la réalisation des engagements de cofinancement et le financement national des programmes de lutte contre les maladies afin de permettre à ce dernier de prendre une décision éclairée et d'aider à mobiliser et à orienter le cofinancement vers des interventions à fort impact.
- Les partenaires et le Secrétariat doivent aider les pays des portefeuilles ciblés et en transition à élaborer des analyses détaillées portant sur les éléments clés de la pérennité, ainsi que des plans opérationnels détaillés sur la pérennité et la transition qui incluent les systèmes de santé dans un sens plus large et pas seulement les PC et la société civile.

Leçon 3: les premières étapes de l'intégration dans les soins de santé primaires ont été constatées, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir

Observations	Recommandations aux Partenaires et au Secrétariat
<ul style="list-style-type: none"> • Le CTEP a constaté des signes d'une intégration initiale des soins de santé primaires dans certains pays, mais note que la plupart des DF n'ont fourni que peu de détails sur l'intégration de la prestation de services spécifiques à chaque maladie dans les soins de santé primaires. • Une évolution encourageante a été constatée vers l'intégration des ASC, mais des opportunités manquées ont été relevées en ce qui a trait au RSC comme approche holistique (p. ex. renforcement des capacités de la société civile, suivi piloté par les communautés, engagement et coordination communautaires, développement du leadership). • De nombreux pays ont été confrontés à d'importants défis liés aux ressources humaines dans le domaine de la santé (RHS), notamment la pénurie, la qualité et la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds pour ce qui est de la formation en cours d'emploi et de la supervision. Les exemples d'un appui du Fonds mondial ou des partenaires au renforcement des RHS de manière globale et soutenue sont limités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les candidats pour qu'ils continuent de mettre l'accent sur l'intégration des interventions spécifiques aux maladies dans les soins de santé primaires. • Remédier aux opportunités manquées de renforcer tous les éléments du RSC (en particulier le suivi piloté par les communautés) et se concentrer sur l'établissement de liens entre les programmes et les systèmes de santé en tant que compléments et non comme substituts. • Soutenir les candidats dans l'élaboration de plans globaux pour les ressources humaines, notamment en réalisant des analyses du marché du travail et en développant des systèmes de gestion des ressources humaines afin d'éclairer les futures réformes en matière de ressources humaines dans l'optique de renforcer l'impact et la viabilité des programmes.

Leçon 4 : des progrès ont été constatés en ce qui concerne le SIGS, le SIGL et le HPMS, mais des défis majeurs subsistent.

Observations	Recommandations aux Partenaires et au Secrétariat
--------------	---

- Progrès dans l'utilisation des données pour planifier les interventions (en particulier avec les systèmes intégrés d'information sur la gestion de la santé (SIGS) soutenus par le mécanisme C19RM), mais des lacunes subsistent dans la qualité des données.
- Progrès limités en ce qui concerne l'intégration/interopérabilité du SIGS, des systèmes d'information de gestion logistiques (SIGL) et des systèmes d'information sur les ressources humaines (SIRH).
- Un accent et des investissements sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement (comme le HPMS soutenu par le mécanisme C19RM), mais des défis persistent en matière d'approvisionnement, de capacité de réglementation, de gestion des stocks, de capacité d'entreposage, de systèmes d'information et de transport (en particulier pour la livraison au dernier kilomètre. Les plans stratégiques relatifs à la chaîne d'approvisionnement sont de qualité variable ou inexistant. Des investissements accrus dans les systèmes de laboratoire (tels que le transport des échantillons, l'assurance qualité, les ressources humaines et la logistique). Ces investissements étaient largement complémentaires de ceux soutenus par le C19RM. Toutefois, il existe peu d'éléments indiquant qu'ils ont été guidés par des analyses des lacunes ou des plans stratégiques détaillés.

- Les partenaires techniques et le Secrétariat doivent apporter un soutien accru aux pays dans l'utilisation des données en vue d'éclairer les décisions relatives aux programmes.
- Les partenaires techniques doivent aider les pays à accélérer le processus d'intégration des données dans leurs systèmes de gestion de l'information, notamment les SIGS, SIGL, SIRH et HPMS.
- Les partenaires techniques et le Secrétariat doivent apporter un soutien supplémentaire aux pays en ce qui concerne le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Ce soutien doit notamment porter sur la livraison au dernier kilomètre et sur le recours à une priorisation fondée sur des données probantes afin d'éviter les ruptures de stock.
- Les partenaires techniques doivent aider les pays à effectuer des analyses des lacunes des systèmes de laboratoire afin d'éclairer les plans stratégiques et de mettre en place des systèmes de laboratoire efficaces, capables de mieux soutenir les programmes de lutte contre les maladies.
- Le Secrétariat et les partenaires doivent fournir des orientations structurées supplémentaires sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vue de contribuer à l'élaboration de plans de gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau national. Ces orientations portent notamment sur la politique du Fonds mondial en matière d'investissements dans des infrastructures telles que les entrepôts.
- Le Secrétariat et les partenaires doivent travailler à l'identification des moyens par lesquels les investissements dans le renforcement des systèmes de santé peuvent bénéficier de l'utilisation de mécanismes d'achats groupés viables et pilotés par les pays.