


Accélérer l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour renforcer les résultats de santé

Note d'information technique

Cycle de subvention 8

Date de publication : 15 décembre 2025



Orientations
de base

Table des matières

Messages clés	3
Introduction	4
1. Planification de l'intégration dans le pays	6
1.1 Définition des priorités de l'intégration	6
1.2 Planification pour une intégration durable	7
1.3 Atténuation des risques associés à l'intégration	8
1.4 Utilisation des subventions du Fonds mondial pour accélérer l'intégration	10

2. Priorisation de l'intégration dans les subventions du Fonds mondial	13
2.1 Intégration de la prestation de services et des systèmes de santé	13
2.2 Exemples opérationnels de l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les services de soins de santé essentiels	14
2.3 Optimisation des systèmes de santé intégrés	18

Annexe 1 : Définitions	27
Annexe 2 : Références importantes sur l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et le renforcement des systèmes de santé	28

Messages clés

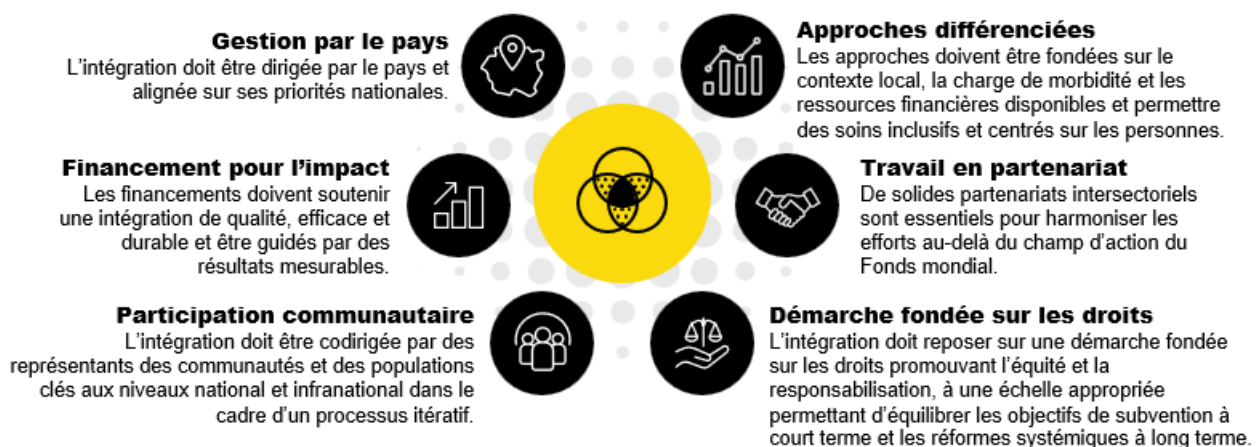
[Les résultats de la huitième reconstitution des ressources du Fonds mondial](#), bien qu'encore partiels, reflètent la complexité croissante du paysage de la santé mondiale auquel le partenariat est désormais confronté. Si le modèle unique du Fonds mondial reste solide, il est clair que notre **approche doit évoluer pour le cycle de financement 8 (CS8)**. Face à la baisse des financements, le partenariat devra travailler plus intelligemment et collaborer de manière encore plus efficace.

Il est essentiel d'accélérer l'intégration pour protéger les gains durement acquis, bâtir des systèmes de santé résilients et abandonner les programmes verticaux et cloisonnés qui ne sont plus viables sur le long terme.

L'intégration est un processus stratégique qui promeut la pérennisation, l'efficacité et la réactivité face aux besoins des personnes. Elle remplace des approches fragmentées par un modèle unifié qui maximise l'impact et favorise l'équité et la redevabilité. Elle se décline en deux volets :

- **Intégration de la prestation de services.** Convergence des interventions de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires et d'autres services de santé afin d'assurer une prise en charge centrée sur le patient.
- **Intégration des systèmes de santé.** Alignement et renforcement des piliers essentiels – comme le personnel, les données, la surveillance, la chaîne d'approvisionnement, les laboratoires, la participation communautaire et le financement – pour garantir leur fonctionnement cohérent au sein des programmes.

Dans le cadre du CS8, le soutien du Fonds mondial en faveur de l'intégration sera guidé par six principes :



Favoriser l'intégration, en tenant compte du contexte de chaque pays, permet d'optimiser l'utilisation des sommes allouées entre les différentes maladies. Afin de soutenir efficacement l'intégration, les pays peuvent :

- **Anticiper** les priorités en matière d'intégration **avec les parties prenantes clés et l'instance de coordination nationale (ICN) et sous la direction du ministère de la Santé** avant de procéder à la planification axée sur les maladies et avant la réception de la lettre d'allocation, en coordination avec les acteurs pertinents (notamment les programmes de lutte contre les maladies).
- **Envoyer une demande de financement intégrée unique ou toutes les demandes de financement au cours de la même période d'examen, et prévoir des investissements pour les systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) à l'appui de l'intégration des services et des systèmes**, afin d'optimiser et d'intégrer les ressources pour les trois maladies.
- **Ajuster les accords de mise en œuvre, si cela est nécessaire.** Dans un objectif de pérennisation, il convient de sélectionner en priorité des bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires nationaux (et des organisations de la société civile, selon les besoins). Envisager de mettre en place une **Unité de gestion de programmes commune** au sein du ministère de la Santé, quand cela est possible.
- **Exploiter les leviers financiers.** Les achats stratégiques et d'autres modèles de financements fondés sur les extrants (p. ex. la contractualisation sociale auprès des communautés) peuvent encourager l'intégration de la prestation de services.

Introduction

L'intégration des services de santé consiste à fournir des soins de santé de manière à garantir une prise en charge coordonnée, continue et complète des personnes dans le cadre de différents programmes, à différents niveaux et auprès de différents prestataires. Si des efforts sont mis en œuvre depuis des années pour créer une passerelle entre les services, ce concept d'intégration est devenu une stratégie de base qui permet d'assurer aux patients une prise en charge globale répondant à leurs besoins à toutes les étapes de leur vie, de renforcer les systèmes de santé et de gagner en efficacité. Le Fonds mondial soutient les efforts d'intégration des pays à travers ses subventions. Cependant, aujourd'hui, face à la nette diminution du financement externe et aux ressources nationales limitées, il devient impératif d'accélérer l'intégration pour protéger les gains durement acquis et progresser plus rapidement dans notre combat contre les trois maladies.

Dans le cadre du CS8, il nous faut **réaffirmer notre engagement envers l'intégration**. La présente note décrit les domaines d'intégration qui bénéficieront du soutien du Fonds mondial et la manière dont les pays peuvent utiliser les financements du CS8 pour accélérer ce processus d'intégration. Sa lecture doit être complétée par d'autres [« orientations de base » du](#)

[Fonds mondial pour le CS8, notamment les notes d'information, les notes d'information techniques et le cadre modulaire](#), qui soulignent l'importance de l'intégration.

Domaines d'intervention

Les efforts se concentreront sur l'**intégration de la prestation de services** et l'**intégration des systèmes de santé**.

L'**intégration de la prestation de services** consiste à intégrer les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires. L'intégration ne se limite pas à une simple prestation de services conjoints (ou « coprestation »). Il s'agit également de coordonner la prestation de services avec la formation, la supervision, l'approvisionnement, la communication de l'information et l'analyse, ainsi que les services juridiques. Elle doit permettre d'assurer un accès aux plus vulnérables.

L'**intégration des systèmes de santé** (ressources humaines pour la santé, gestion des produits de santé, systèmes de laboratoire, systèmes de surveillance et de données, systèmes numériques, systèmes communautaires et financement de la santé) peut se traduire par des gains d'efficacité en matière de coûts et de mise en œuvre et favoriser une amélioration plus large des résultats en santé et de la pérennité. Cette démarche nécessite d'impliquer les départements concernés du ministère de la Santé et d'autres ministères, comme ceux des Finances, de la Justice sociale ou des Technologies de l'information, mais également d'encourager le leadership communautaire afin de prendre en compte les besoins des populations susceptibles d'être négligées.

1. Planification de l'intégration dans le pays

Cette section vise à aider les candidats au titre du CS8 à faire de l'intégration un pilier du maintien des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Elle fournit une liste non exhaustive de mesures qui favorisent l'intégration des services et des systèmes. Les pays sont encouragés à s'y référer en tenant compte de leur propre contexte national.

1.1 Définition des priorités de l'intégration

- a. **Répertorier les initiatives déjà mises en place dans le pays en faveur de l'intégration des services de lutte contre les trois maladies** afin de déterminer comment appuyer au mieux les efforts menés par le gouvernement et les communautés à l'aide du financement au titre du CS8. Cette analyse du paysage devra prendre en compte le plan national du secteur de la santé et de l'intégration et les plans stratégiques nationaux, s'ils existent, et évaluer de manière critique s'ils sont en mesure d'accueillir des stratégies d'intégration et de répondre aux besoins des communautés. Des **modèles de maturité** peuvent être utilisés afin de mesurer les progrès et les lacunes en matière d'intégration, y compris les domaines concernés par la fragmentation. Lorsque cela est possible, demander la contribution de partenaires techniques afin de préparer des analyses de situation solides (notamment sur les lacunes et les opportunités d'intégration), par exemple une analyse de l'efficience transprogrammatique¹ de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- b. **Mettre en place des processus pour favoriser en amont un dialogue inclusif au niveau du pays**, mené par les hauts responsables des ministères de la Santé et des Finances. Il conviendra de solliciter la participation active de l'ICN, des programmes de lutte contre les maladies et des directions ou unités de soins de santé primaires concernés, des directions des laboratoires, des autorités de surveillance, des instituts nationaux de santé publique, des partenaires de développement, des communautés, de la société civile, des représentants des populations clés et d'autres parties prenantes pertinentes. Certains pays mettent en place au niveau national un **groupe de travail sur l'intégration**, qui rassemble des parties prenantes du gouvernement, des partenaires, des communautés (y compris des représentants des populations clés et vulnérables) et du secteur privé afin de superviser et de guider les processus d'intégration. Des groupes équivalents peuvent être mis en place au niveau infranational.

Au moment de définir les priorités des programmes, il sera également essentiel de mener des discussions pour déterminer les domaines à déprioriser afin d'obtenir un impact maximal avec les ressources disponibles. Les décisions doivent être prises avec et pour les communautés qui ont besoin d'un accès aux services de santé.

1.2 Planification pour une intégration durable

- c. **Prendre des décisions politiques qui institutionnalisent formellement l'intégration.** En inscrivant les objectifs d'intégration dans leurs politiques nationales et infranationales de santé, leurs cadres de financement et de responsabilité et les mécanismes de coordination sectorielle, les pays créent des conditions structurelles favorables à une intégration durable et fiable à travers l'ensemble des systèmes. Il s'agira par exemple de politiques de ressources humaines pour la santé qui promeuvent la prestation de services intégrés, ou de politiques sur la gouvernance des données, la confidentialité des données, les droits numériques, les normes en matière de santé numérique et l'accès à Internet s'appliquant à l'ensemble des systèmes de santé numériques.
- d. **Ancrer l'intégration dans les processus de planification infranationale,** comme les plans sanitaires et les plans annuels de mise en œuvre des districts. Les responsables de district doivent être en mesure de planifier l'ensemble des programmes et des mécanismes en adaptant les services aux besoins spécifiques des populations, avec la contribution de plateformes communautaires et de la société civile pour la prise de décision et la responsabilisation au niveau local. Les structures de gouvernance pourront être modifiées selon les besoins afin de permettre une prise de décision collective dans tous les domaines de la santé et le suivi des performances. Le Fonds mondial et les partenaires peuvent se coordonner pour appuyer ce modèle dirigé par les districts.
- e. **Adapter les protocoles des services** de manière participative. Dans le cadre de la planification des systèmes de santé, les pays peuvent inscrire l'intégration dans leurs politiques et actualiser et harmoniser les protocoles et les procédures opérationnelles normalisées.
- f. **Soutenir le financement durable.** L'intégration des services doit se refléter dans les stratégies nationales et infranationales de financement de la santé. Celles-ci devront idéalement être chiffrées, budgétisées et financées par des fonds mis en commun provenant de sources nationales et externes. La budgétisation conjointe favorise la durabilité et réduit les doubles emplois. Parallèlement, il convient de poursuivre le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques.
- g. **Planifier de manière globale tout investissement lié au numérique ou à l'intelligence artificielle** dans les programmes de lutte contre les maladies, les systèmes numériques d'information sanitaire, les services de santé numérique (p. ex. la détection assistée par ordinateur pour la tuberculose ou les réseaux sociaux pour la prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme) et les ministères et parties prenantes concernés, tels que le ministère des Technologies de l'information, le ministère de l'Énergie et les initiatives intersectorielles d'administration en ligne. Les investissements liés au numérique peuvent être de solides catalyseurs de l'intégration (p. ex. des tableaux de bord communs pour les données sanitaires et les produits de santé) et promouvoir la qualité et l'efficacité.

Atténuation des risques associés à l'intégration

L'intégration présente des opportunités intéressantes pour renforcer les résultats de santé, mais il ne s'agit **pas d'une solution universelle**. Le tableau ci-dessous énumère les difficultés et risques les plus courants et propose des stratégies d'atténuation pour y remédier.

Difficultés et risques	Stratégies d'atténuation
Rapport coût-efficacité. Des systèmes bien intégrés permettront généralement de réaliser des économies, mais peuvent également entraîner une augmentation des coûts initiaux liés à la planification, à l'harmonisation et à la mise en œuvre. De même, le regroupement de la prestation de services dans un même lieu peut représenter des coûts supplémentaires, notamment pour la formation, la supervision et le recrutement.	<ul style="list-style-type: none">• Parmi les priorités de l'intégration, prévoir une coordination appropriée entre les programmes, les systèmes de santé et les niveaux de soins.• Même si des gains d'efficacité seront réalisés à moyen ou long terme, veiller à disposer d'un budget suffisant pour les investissements initiaux liés à l'intégration.• Il peut être difficile de chiffrer les coûts liés aux activités intégrées, mais ce calcul peut faciliter la prise de décision à moyen et long terme.
Dilution de la qualité. L'intégration peut compromettre la qualité. Cela peut être le cas si les agentes et agents de santé sont tenus d'assurer des services dans plusieurs domaines alors qu'ils sont en nombre insuffisant ou qu'ils manquent de formation, de supervision ou de cas à traiter pour maintenir leur expertise clinique. L'intégration peut aussi affaiblir les services spécialisés existants (p. ex. la prise en charge du VIH) lorsque ceux-ci sont intégrés aux soins de santé primaires plus larges. L'intégration et les soins spécialisés ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils sont l'un comme l'autre nécessaires pour fournir des soins appropriés.	<ul style="list-style-type: none">• Les stratégies d'intégration doivent être appuyées par une réforme du partage des tâches et incorporer un volume de patients permettant aux équipes cliniques de maintenir leur expertise, en assurant un équilibre entre l'accessibilité et la nécessité de traiter les cas critiques.• L'intégration de la prestation de services peut être mise en œuvre de manière progressive afin de poser les bases nécessaires à la formation et aux adaptations nécessaires.• Dans certains contextes, des services spécialisés dans la prise en charge du VIH ou de la tuberculose devront être maintenus afin d'assurer la qualité et l'accès, p. ex. des services de réduction des dommages.• Mettre en place un mentorat clinique ciblé et des approches flexibles de renforcement des capacités².• Introduire l'intégration dans la formation préalable afin de maintenir la qualité sur le long terme.• S'appuyer sur une expertise spécialisée implantée dans des points stratégiques et sur des approches d'apprentissage mixtes³ (p. ex. des modèles en étoile).• Mettre en œuvre des approches d'amélioration continue de la qualité pour adapter les interventions en fonction des données à mesure que l'intégration progresse⁴.
Fragmentation des financements et de la gouvernance. Les budgets cloisonnés et les structures de programmes verticales peuvent	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les possibilités d'intégration existantes pouvant servir de catalyseurs à un travail plus large.

Difficultés et risques	Stratégies d'atténuation
<p>entraver la planification et la mise en œuvre conjointes. L'intégration exige une harmonisation à tous les niveaux des sources de financement nationales et externes et des mécanismes de gouvernance, qui ne sont pas toujours en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer dans quelle mesure il peut être nécessaire d'adapter les structures de gouvernance infranationales pour refléter la planification conjointe, le partage des responsabilités et le suivi des performances afin d'offrir des services intégrés de qualité et centrés sur les personnes. • La section « Utiliser le financement comme levier » ci-dessous suggère d'autres stratégies d'atténuation.
<p>Fragmentation des systèmes de données et des plateformes d'analyse. Dans de nombreux contextes, les systèmes d'information sanitaire ou les plateformes d'analyse / de renseignements restent fragmentés entre les différents programmes de lutte contre les maladies, ce qui limite la capacité à assurer la prestation et le suivi des services intégrés et des résultats. Bon nombre de contextes ne disposent pas de l'interopérabilité nécessaire pour partager certaines données numériques à travers les systèmes. Par exemple, il peut exister plusieurs systèmes de données (collectées au niveau de la communauté ou des patients) pour des maladies / programmes spécifiques, ou une fragmentation entre les systèmes de surveillance et d'alerte précoce de routine et les systèmes de suivi des ripostes, ou entre les systèmes de dossiers médicaux électroniques, de laboratoires et de données logistiques numériques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Répertorier les besoins existants en matière d'intégration des systèmes de données et / ou des plateformes d'analyse dans l'ensemble des programmes de lutte contre les maladies, des soins de santé primaires et des systèmes de surveillance et d'alerte précoce. Hiérarchiser les priorités et élaborer des plans pour répondre à ces besoins en accord avec la stratégie nationale en matière de système d'information sanitaire et de numérique, en tenant compte de la capacité à catalyser la prestation de services intégrés, parallèlement à la gestion des patients, au recensement des orientations vers les services et au suivi. • Répertorier les besoins existants en matière d'interopérabilité des systèmes de données numériques. Hiérarchiser les priorités et élaborer des plans pour répondre à ces besoins en accord avec la stratégie nationale en matière de système d'information sanitaire et de numérique, les niveaux de maturité numérique et les processus opérationnels qui permettent la gestion longitudinale des patients, le recensement des orientations vers les services et le suivi.
<p>Cloisonnement de la planification et de la mise en œuvre des services et des systèmes de santé numérique ; manque d'interopérabilité entre les systèmes numériques. Si la numérisation peut représenter une mesure forte pour améliorer l'efficacité, la planification compartimentée des services ou des systèmes de santé numérique risque d'exacerber la fragmentation ou de créer des systèmes numériques trop fastidieux à entretenir. Par ailleurs, bon nombre de contextes ne disposent pas de l'interopérabilité nécessaire pour partager certaines données numériques à travers les systèmes (p. ex. entre les systèmes de dossiers médicaux électroniques, de laboratoires et de données logistiques numériques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier et aligner les investissements en santé numérique afin de favoriser le partage des services numériques (disponibilité et maintenance de la connexion Internet et de l'alimentation électrique, accès des données, hébergement, normes, interopérabilité, etc.) conformément aux stratégies numériques nationales, à l'architecture et aux mécanismes de gouvernance. Privilégier une approche commune en matière d'infrastructure publique numérique^[1] au sein du ministère de la Santé et des autres ministères, ainsi que dans le cadre des initiatives d'administration en ligne. • Répertorier les besoins existants en matière d'interopérabilité des systèmes de données de santé numérique. Hiérarchiser les priorités et élaborer des plans pour répondre à ces besoins en adéquation avec le système d'information sanitaire et les

Difficultés et risques	Stratégies d'atténuation
	stratégies numériques du pays, les niveaux de maturité numérique et la capacité à catalyser la gestion longitudinale des patients, le recensement des orientations vers les services et le suivi.
Cadres de mesure insuffisants. Il n'existe pas d'approche standardisée pour mesurer l'intégration entre les niveaux de prestation de services, les systèmes et les niveaux organisationnels. En conséquence, il peut être difficile d'évaluer l'impact obtenu et de justifier les investissements.	Le Fonds mondial prépare actuellement un cadre de mesure qui permettra d'évaluer l'élaboration des politiques d'intégration et la prestation de services intégrés. Au-delà de ce cadre, les pays devront mettre sur pied des approches de mesure alignées sur leurs priorités en matière d'intégration.
Risques pour l'équité. S'ils n'ont pas été conçus dans une perspective d'inclusion, les modèles intégrés peuvent involontairement exclure ou négliger des populations marginalisées. Dans les contextes où ces populations sont les principaux facteurs de la charge de morbidité, négliger l'équité peut avoir un impact disproportionné sur les épidémies.	Afin d'assurer l'inclusion, il est essentiel d'adopter des approches adaptées et de mobiliser constamment les communautés et les populations clés, notamment grâce à la contractualisation sociale et le suivi et l'évaluation, comme le suivi dirigé par la communauté.
Complexité de la planification et de la mise en œuvre. L'intégration nécessite de mettre à jour de manière coordonnée les directives cliniques, les programmes de formation, les orientations en matière de supervision, les accréditations et l'enregistrement du personnel de santé, les chaînes d'approvisionnement et les codes de financement. Ces processus demandent beaucoup de ressources et leur mise en œuvre peut prendre des années.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec des partenaires et des pays aux contextes similaires pour capitaliser sur les travaux en cours ou déjà mis en place afin de répondre aux besoins existants et émergents de planification et de mise en œuvre. • Adapter la composition de l'ICN afin de traduire la réflexion autour de l'intégration.

1.4 Utilisation des subventions du Fonds mondial pour accélérer l'intégration

- **Planifier les demandes de financement.** Assurer la coordination des programmes de lutte contre les maladies, des partenaires techniques, des équipes d'assistance technique et de la société civile afin que chacun sache où, quand et comment participer au dialogue au niveau du pays et aux processus de préparation des demandes de financement du Fonds mondial. Prévoir suffisamment de temps pour discuter des priorités des différents programmes de lutte contre les maladies, préparer les demandes pour toutes les composantes en parallèle, et permettre aux parties prenantes d'examiner l'ensemble des demandes simultanément.

- **S'appuyer sur les résultats du dialogue inclusif mené au niveau du pays** pour déterminer les éléments de la prestation de services intégrés ou des systèmes de santé qui seront financés par la subvention au titre du CS8 avant la réception des lettres d'allocation.
- Les candidats sont invités à **présenter toutes leurs demandes de financement au cours de la même période d'examen**. À ce stade, ils pourront déterminer s'il est préférable de préparer **une demande de financement unique** pour toutes les composantes afin de mettre en évidence plus clairement la contribution des investissements SRPS aux priorités nationales.
- Dans le cadre des discussions sur le « tableau de répartition par programme » transmis par le Fonds mondial, **allouer des investissements aux SRPS** (idéalement issus à parts égales des sommes allouées aux trois maladies) **afin de soutenir l'intégration des services et des systèmes, en priorisant** les investissements intégrés couvrant l'ensemble des maladies. L'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires exige un investissement initial, qui peut être financé à travers la composante SRPS. Il est déconseillé de destiner des investissements à du personnel de santé spécialisé dans une maladie spécifique, sauf si cela est fortement justifié dans le cadre de la répartition par programme. Envisager de réaliser des investissements initiaux qui ne se traduiront pas nécessairement par des gains d'efficacité immédiats, mais qui renforceront la durabilité.
- **Hiérarchiser les modules et les interventions.** Veiller à ce que l'intégration soit reflétée dans les modules SRPS plutôt que de privilégier une approche fragmentée qui traite séparément les besoins de chaque maladie. Pour soutenir cet objectif, [le cadre modulaire du CS8](#) prévoit des activités intégrées, comme des examens conjoints de la qualité des données, une formation et une supervision conjointes (alignées sur d'autres services), notamment pour les trois maladies et les soins de santé primaires, et la triangulation des données entre différents services (système d'information sanitaire et système d'information pour la gestion logistique).
- [Accords de mise en œuvre](#). Déterminer dans quelle mesure le choix du bénéficiaire principal pourrait faire progresser les priorités en matière d'intégration dans certains contextes. Par exemple, sélectionner un **bénéficiaire principal gouvernemental unique** (comme le département responsable des soins de santé primaires) pourrait favoriser l'harmonisation des systèmes nationaux et l'intégration. Les candidats doivent toutefois tenir compte de l'impact que ce changement pourrait avoir sur les populations que les systèmes n'atteignent pas. Une subvention unique peut comprendre plusieurs sous-bénéficiaires remplissant différentes fonctions, comme la direction nationale des laboratoires pour les systèmes de laboratoire et les magasins centraux de fournitures médicales pour la gestion des produits de santé. En général, dans un objectif de pérennisation, il convient de sélectionner en priorité des **bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires**

nationaux (y compris des organisations de la société civile, selon les besoins), en prêtant une attention particulière aux [contextes d'intervention difficiles](#).

- **Dans les contextes d'intervention difficiles ou dans les situations d'urgence de santé publique**, se rapprocher du pôle santé ou d'autres structures pertinentes, comme les centres d'opérations d'urgence de santé publique du ministère de la Santé et l'équipe de gestion des incidents pour garantir une approche précise et coordonnée parmi les partenaires, éviter les doubles emplois et aligner la mise en œuvre des activités.
- **Établissement de la subvention.** Dans le cadre de l'établissement de la subvention, les bénéficiaires principaux doivent aussi s'organiser afin de s'assurer que les priorités en matière d'intégration définies dans la demande de financement sont traduites dans les subventions qui en découlent, mais aussi dans l'argumentaire et le budget.
- **Suivi des processus et des résultats de l'intégration.** Le Fonds mondial dresse actuellement une liste d'indicateurs personnalisés alignés sur les priorités des pays, afin de les aider à assurer le suivi de l'intégration. Chiffrer les coûts des activités intégrées peut aider les pays à sélectionner les modèles les plus efficaces.
- **Gestion de projet.** Envisager de mettre en œuvre des **Unités de gestion de programmes communes** (au sein du ministère de la Santé, dans la mesure du possible) qui intègrent d'autres partenaires soutenant le système de santé (p. ex. la Banque mondiale et d'autres banques de développement, Gavi ou des partenaires bilatéraux).
- **Utiliser le financement comme levier.**
 - **Tirer parti d'achats stratégiques ou d'autres modèles de financements fondés sur les extrants** pour encourager l'intégration de la prestation de services, comme le dépistage conjoint du VIH et de la tuberculose ou la cogestion de la rétention des patients atteints de maladies non transmissibles et du VIH. Par exemple, il peut être envisagé de mettre en place des paiements forfaitaires ou des modèles de capitation⁵ pour plus d'efficacité et une meilleure coordination, ou bien de cibler des prestataires en mesure de fournir des services intégrés. Cette approche peut s'étendre jusqu'à la contractualisation sociale.
 - Le **dialogue sur le cofinancement** peut orienter les engagements nationaux vers la prestation de services intégrés plutôt que vers des approches cloisonnées axées sur des maladies spécifiques. Ce processus n'implique pas nécessairement d'importer directement les intrants ou les services liés à une maladie particulière issus de programmes financés par des donateurs. Par exemple, un gouvernement peut choisir de financer des agents et agents de santé communautaires qui fournissent à la fois des services de santé maternelle et de lutte contre le paludisme.
 - Les **approches de financement mixte** peuvent utiliser les subventions du Fonds mondial pour catalyser un financement plus large des banques multilatérales de développement en faveur des systèmes de santé afin de favoriser l'intégration des

services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires. Par exemple, cela peut passer par le soutien au cadre de suivi et d'évaluation permettant de contrôler les résultats intégrés, utilisés comme indicateurs liés aux décaissements.

- L'assistance technique peut aider les ministères de la Santé à **établir des systèmes de suivi financier** qui reflètent la prestation de services intégrés, éliminant ainsi un obstacle au financement externe de ce processus.
 - S'assurer que le tableau du paysage de financement du Fonds mondial traduise l'ensemble des sources de financement destinées au secteur de la santé.
 - **Harmoniser** la planification et la budgétisation **avec la planification et la budgétisation nationales**.
- **Mobiliser et exploiter les partenariats bilatéraux et multilatéraux** apportant un soutien technique et / ou financier aux efforts d'intégration des pays, notamment l'OMS, Gavi, la Banque mondiale / le Mécanisme de financement mondial, les partenaires bilatéraux et d'autres partenaires pertinents. S'aligner sur les processus de planification nationaux et la conception et le calendrier des demandes de financement, et coordonner les demandes d'appui afin d'exploiter les complémentarités, notamment en faisant appel aux mêmes consultants et aux mêmes modalités de communication de l'information, de gouvernance et d'accords de mise en œuvre.

2. Priorisation de l'intégration dans les subventions du Fonds mondial

Une fois que les pays ont défini leurs priorités en matière d'intégration et de planification en fonction de leur contexte national et de leurs besoins, ils peuvent envisager les investissements à mettre en place au titre du CS8 en se basant sur la liste des activités qui favorisent l'intégration de la prestation de services et des systèmes de santé présentée dans cette section.

Le Fonds mondial encourage les investissements qui soutiennent l'accès et la pérennisation, selon la situation unique de chaque pays. Par exemple, les pays à revenu plus faible peuvent utiliser en priorité le soutien du Fonds mondial pour garantir l'accès aux services essentiels et intégrés de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les pays à revenu relativement plus élevé et à forte charge de morbidité pourront quant à eux privilégier des investissements ciblés et intégrés qui luttent contre les trois maladies et contribuent à la pérennisation dans le pays. Les pays à revenu plus élevé présentant une charge de morbidité plus faible peuvent envisager d'utiliser leur allocation pour accélérer la levée des derniers obstacles à la riposte aux trois maladies, qui est entièrement financée et intégrée au niveau national.

2.1 Intégration de la prestation de services et des systèmes de santé

Intégration de la prestation de services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires

- **Le Fonds mondial encourage les activités qui intègrent les services de lutte contre les trois maladies dans les soins de santé primaires** de manière différenciée et ciblée, en se fondant sur l'épidémiologie, les capacités opérationnelles (y compris la proximité des services spécialisés, les capacités économiques et les besoins communautaires et en matière d'équité), ainsi que les comorbidités et affections pertinentes. Il convient de noter que l'intégration ne pourra pas nécessairement être réalisée à tous les niveaux simultanément.
- **Activités favorisant l'alignement de l'intégration sur les politiques nationales et les plans stratégiques des pays** et autres instruments utilisés par les pays pour définir les soins, tels que les ensembles de services essentiels, les feuilles de route pour la couverture sanitaire universelle, les politiques et les plans en matière de soins de santé primaires, les directives thérapeutiques normalisées, les listes de médicaments et d'outils de diagnostic essentiels ou les normes et standards des services de santé répondant aux besoins des personnes tout au long du continuum de soins. S'il ne s'agit pas à proprement parler d'une activité, la **gestion intégrée des programmes** de lutte contre les maladies (VIH, tuberculose, paludisme et autres) et des systèmes peut simplifier la coordination et la planification en vue de l'intégration des systèmes et des services.
- **Activités à l'appui de services complets et intégrés pouvant présenter des avantages synergiques pour plusieurs programmes.** Une approche centrée sur les personnes doit prévoir des soins préventifs et curatifs pour les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, le soutien à la santé mentale, le handicap et les services juridiques dans le cadre des paquets de soins de santé. Une telle approche exige de garantir un alignement plus intentionnel à travers les programmes de lutte contre les maladies, en utilisant les soins de santé primaires comme une plateforme de prestation s'étendant au-delà de la portée du Fonds mondial grâce à l'harmonisation des financements nationaux et externes⁶.
- **Il est également nécessaire d'intégrer les services propres à chaque maladie.** La présente note d'information s'intéresse principalement à l'intégration dans un contexte sanitaire plus large, et non uniquement dans le cadre de programmes luttant contre des maladies spécifiques. Pour autant, l'intégration de composantes particulières à certaines maladies (comme le diagnostic, le traitement et la prévention) favorise une approche centrée sur le patient, réduit l'interruption des soins, simplifie la prise en charge des comorbidités et garantit la coordination des soins à tous les niveaux du système de santé.

2.2 Exemples opérationnels de l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les services de soins de santé essentiels

Le tableau ci-dessous illustre en plusieurs exemples de quelle manière l'intégration peut être mise en œuvre à travers différents niveaux de prestation de services. Cette liste est non

exhaustive et peut faire référence à des approches déjà mises en œuvre. Les pays doivent envisager de refléter ces approches dans leurs demandes de financement, en fonction des priorités et des contextes nationaux.

Point de prestation de services	Services
Contextes de soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les contextes où la charge de morbidité du paludisme est modérée ou élevée, les interventions de lutte contre le paludisme sont déjà principalement associées à des interventions contre d'autres maladies fébriles aiguës dans le cadre des soins de santé primaires. Pour les contextes de faible charge de morbidité ou d'élimination, se référer à la note d'information sur le paludisme et au cadre modulaire, car d'autres efforts seront nécessaires pour intégrer pleinement la prévention, les soins et la surveillance du paludisme, mais aussi pour l'intégration avec d'autres affections. • Pour les contextes où tous les services de lutte contre le VIH et la tuberculose ne sont pas intégrés dans les soins de santé primaires, se référer aux directives de l'OMS^{7,8} afin de soutenir leur introduction en tenant compte du contexte épidémiologique et opérationnel (y compris les contextes ruraux et urbains, qu'il s'agisse de prestataires publics ou privés). Définir les paramètres de la communication pour le changement social et comportemental, de la prévention, du dépistage, du diagnostic, de l'accompagnement psychologique et du traitement (niveau de soins, portée géographique). • Les services proposés dans les établissements de soins de santé primaires peuvent se décliner comme suit : services ambulatoires pour adultes et enfants, services de prise en charge de courte durée (pour toutes les affections aiguës, y compris le paludisme) et services de prise en charge de longue durée (notamment le suivi des patients atteints du VIH ou de la tuberculose et d'autres affections chroniques telles que les maladies non transmissibles). S'assurer que les locaux peuvent garantir un accès à toutes les populations à risque en toute sécurité. • Les services destinés aux femmes et aux adolescentes qui sont proposés de manière systématique au niveau des soins de santé primaire (comme les soins prénatals et postnatals et la prise en charge du travail et de l'accouchement) doivent être coordonnés avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile / de santé adolescente afin d'inclure toutes les interventions nécessaires à une prestation de services centrée sur la personne (p. ex. coprestation de la prévention et de la prise en charge du VIH et du paludisme, y compris moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, traitement préventif intermittent pendant la grossesse et dépistage de la tuberculose dans les services de soins prénatals). • Adapter les services aux populations clés et vulnérables : afin d'éviter tout risque de réduction de la couverture ou de la continuité des soins, adapter les locaux pour garantir la sécurité et respecter les besoins des patients en matière de confidentialité, notamment en formant l'ensemble du personnel des établissements et les agentes et agents communautaires.

Point de prestation de services	Services
	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des paquets spécifiques pour les contextes humanitaires, notamment en consultant les communautés touchées et / ou les organisations qui travaillent directement avec elles, dans le respect des normes existantes (p. ex. le Haut-Commissariat aux Réfugiés, l'Organisation internationale pour les migrations – pour les personnes réfugiées –, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'OMS et les organisations de la société civile). Les services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et les services de prise en charge de la violence fondée sur le genre, ainsi que les services pour les personnes réfugiées et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays doivent également être compris dans les paquets de ces contextes. (Dispositif minimum d'urgence) • S'assurer que des interventions d'assurance qualité des données et des examens des données sont menés à tous les niveaux de soins, en recherchant avant tout l'amélioration des données à travers les soins de santé primaires. Des plans d'action conjoints doivent aussi être élaborés afin de répondre aux problématiques relevées.
Communautés (Se référer aux parties Ressources humaines pour la santé et Renforcement des systèmes communautaires dans la section 2 pour plus de détails)	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer de manière coordonnée des agentes et agents de santé communautaires (y compris ceux et celles qui sont employés par des organisations de la société civile) dans les équipes de soins de santé primaires qui répondent aux besoins sanitaires des communautés. • Des brigades mobiles, des établissements de santé de proximité ou des agentes et agents de santé de proximité doivent aussi fournir des services intégrés en vue de répondre aux besoins spécifiques des populations, en proposant des horaires adaptés. • Les agentes et agents de santé communautaires peuvent constituer un lien précieux pour les communautés et contribuer à la mise en œuvre de certaines activités, comme des campagnes, des enquêtes, ou encore des activités de communication pour le changement social et comportemental. • Élaborer un programme de formation intégré pour les agentes et agents de santé communautaires et de mobilisation sociale qui seront amenés à être en contact régulier avec les familles et les communautés. • Veiller à intégrer les outils d'enregistrement et de communication de l'information utilisés par les agentes et agents de santé communautaires dans le système d'information sanitaire national, soit par le biais d'une intégration avec les rapports des structures de santé, soit, dans le cas des rapports numériques, par une intégration logicielle. Les structures de santé doivent être en mesure de consulter les données des agentes et agents de santé communautaires et d'en effectuer le suivi.
Intégration des soins primaires et secondaires	<p>Pour assurer le continuum de soins, veiller à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordonner les différents niveaux de soins aux niveaux national et infranational, notamment grâce à des approches d'amélioration continue de la qualité. Celles-ci

Point de prestation de services	Services
	<p>doivent répondre aux lacunes de la prestation de services tout au long du parcours du patient et être soutenues par une formation et une supervision coordonnées et intégrées. Les modèles en étoile utilisés pour la prise en charge du VIH constituent un bon exemple : ils s'appuient sur les soins spécialisés pour améliorer les résultats des soins de santé primaires et peuvent être adaptés à d'autres maladies.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mettre en place des orientations et des contre-orientations assistées, notamment grâce à des passerelles officielles entre les plateformes communautaires, les établissements de soins primaires et les structures de santé de plus haut niveau, un soutien psychosocial, un accompagnement des patients par les pairs et un soutien assuré par des auxiliaires juridiques pairs afin de surmonter les obstacles à l'accès et liés aux droits. Reconnaître le rôle essentiel du transport intégré des échantillons pour accroître l'accès à des outils de diagnostic de qualité garantie. 3. Dans la mesure du possible, soutenir des systèmes d'information interopérables pour les patients et les laboratoires, y compris des dossiers médicaux partagés (avec des garanties pour la protection des données, le consentement éclairé, la confidentialité et les droits numériques), dans le respect des normes nationales et des obligations en matière de droits humains 4. Établir une communication de l'information collaborative (y compris pour la qualité et la validation des données) tout en préservant la confidentialité des données, le consentement éclairé et les droits numériques afin de garantir la redevabilité, la non-discrimination et le partage fiable des données entre les différents niveaux de service.
Campagnes	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les campagnes de lutte contre le paludisme (moustiquaires imprégnées d'insecticide et chimioprévention du paludisme saisonnier) à d'autres services de lutte contre le paludisme et / ou à d'autres activités ciblant les mêmes populations ou communautés (p. ex. vitamine A, nutrition, maladies tropicales négligées, vaccination systématique), y compris dans les contextes humanitaires. L'intégration des campagnes ne se limite pas à la coprestation de services, elle nécessite aussi de coordonner la planification, le financement, la communication pour le changement social et comportemental, la gestion des produits de santé, la formation et la supervision, les systèmes numériques, le suivi et l'évaluation et la communication de l'information. • Des exemples et des conseils pratiques sont disponibles sur le site de la stratégie d'action collaborative pour l'efficacité des campagnes de santé⁹ (CAS.tools – Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé). • Exploiter les plateformes et les systèmes communautaires déjà en place pour mener des campagnes et des interventions de participation communautaire, lorsque cela est possible. • Utiliser les informations existantes sur la population, comme les dénominateurs de population ou les microplans des différents programmes de lutte contre les

Point de prestation de services	Services
	maladies ou des partenaires, en analysant leurs divergences, et travailler avec le ministère de la Santé et le bureau des statistiques pour élaborer une feuille de route.

2.3 Optimisation les systèmes de santé intégrés

Cette section formule des recommandations précises pour favoriser l'intégration par le biais des différents piliers constitutifs des systèmes de santé. Au moment d'adapter la gouvernance des systèmes, il est conseillé aux candidats de tenir compte de leurs besoins afin de passer d'une approche axée sur une maladie spécifique à une approche centrée sur le patient / la population qui met l'accent sur les résultats globaux en matière de santé. Au-delà de l'intégration verticale au sein d'un système, les candidats sont encouragés à rechercher des possibilités d'intégration entre les systèmes, comme la triangulation des données, la coordination des transports et la cartographie partagée des ressources disponibles.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
Ressources humaines pour la santé	Envisager le déploiement optimal d'équipes multidisciplinaires en adéquation avec les modèles d'intégration des services.	<ul style="list-style-type: none"> Former le personnel clinique à la mise sous traitement de la tuberculose au niveau des soins de santé primaires avec le soutien à distance de spécialistes. Cibler le déploiement des agentes et agents de santé communautaires de manière à inclure la participation communautaire, le dépistage, l'orientation et la contre-orientation.
	Élaborer / mettre en œuvre une réforme du partage des tâches et optimiser les rôles des agentes et agents de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Instaurer la mise sous traitement de la tuberculose ou du VIH par le personnel infirmier. Mettre en place une prise en charge par les sages-femmes dans le cadre des services intégrés des centres de consultations prénatales (voir le tableau 1). Revoir le champ d'action des agentes et agents de santé communautaires pour y inclure, selon les besoins, le suivi postnatal des nouveau-nés exposés au

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
		<p>VIH, le dépistage de la tuberculose et l'orientation vers les services compétents.</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir une surveillance communautaire.
	Accélérer les processus de planification pour la pérennisation et la transition des ressources humaines pour la santé et les agentes et agents de santé communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une analyse du marché du travail. Élaborer des stratégies nationales chiffrées pour les ressources humaines pour la santé et la santé communautaire. Établir des pactes d'investissement pour les ressources humaines pour la santé et les agentes et agents de santé communautaires¹⁰.
	Dans le cadre des efforts de pérennisation, veiller à répertorier les postes de ressources humaines pour la santé et d'agentes et agents de santé communautaires et à planifier la transition vers un financement public.	<ul style="list-style-type: none"> Redéfinir les fonctions de gestion verticale pour soutenir l'intégration des soins de santé primaires. Harmoniser les grilles de rémunération en fonction des normes nationales. Formaliser les rôles des agentes et agents de santé communautaires en formulant des descriptions de poste harmonisées et alignées sur les ensembles de services essentiels et à travers des politiques en ce sens. Faire progresser la réforme de la contractualisation sociale pour encourager les ripostes menées par les communautés.
Systèmes de laboratoire	Mettre en place une gouvernance coordonnée pour le renforcement des systèmes de laboratoire.	Former des groupes de travail techniques pour les laboratoires (composés de représentants des programmes de lutte contre les maladies, des instituts nationaux de santé publique, de la direction des laboratoires, des autorités de surveillance et autres) reconnus par décret ministériel et dotés d'un pouvoir de décision.
	Soutenir la gestion et la supervision intégrées des interventions de renforcement des systèmes de laboratoire.	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre une gouvernance unifiée pour les interventions transversales (p. ex. des programmes d'assurance qualité externe basés sur des essais d'aptitude). Supprimer les distinctions entre les fonctions de diagnostic clinique et de santé publique.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
	Optimiser l'utilisation des plateformes de diagnostic moléculaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des plateformes de dépistage multimaladies ou des tests multiplex. • Positionner les instruments pertinents de manière stratégique en fonction de l'analyse des données.
	Intégrer les systèmes de transport d'échantillons pour le VIH, la tuberculose et le paludisme avec les systèmes de surveillance.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une unité unique du ministère de la Santé pour coordonner l'envoi des échantillons. • Favoriser le cofinancement provenant de ressources nationales et de donateurs. • Inclure les secteurs public et privé dans les réseaux.
	Veiller à ce que les chaînes d'approvisionnement au niveau des établissements fournissent des outils de diagnostic essentiels.	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des ensembles d'outils de diagnostic à plusieurs niveaux et conformes aux plans stratégiques nationaux pour les laboratoires. • Renforcer les services de microbiologie clinique de base, en cohérence avec la surveillance de la résistance aux antimicrobiens¹¹.
	Mettre en œuvre des mécanismes d'achat groupé et des accords de niveau de service en matière de tarification (forfaitaire) pour les plateformes de diagnostic moléculaire.	Négocier des achats groupés de produits et des accords de services afin de réduire les coûts.
	Procéder à une planification et à une budgétisation intégrées des services de laboratoire.	Prévoir un budget pour les réactifs, l'électricité et le personnel technique qualifié, en plus des équipements de base, afin d'en assurer le bon fonctionnement.
Systèmes d'information sanitaire et données stratégiques	Intégrer tous les systèmes et outils d'information sanitaire dans le système d'information sanitaire national, la surveillance / le suivi et l'évaluation, les stratégies numériques et / ou les feuilles de route (opérationnelles) en matière de santé numérique, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.	Traduire dans le système d'information sanitaire national et les feuilles de route de santé numérique les éléments suivants : systèmes de gestion de l'information sanitaire, systèmes communautaires d'information sanitaire, systèmes d'information de laboratoire, systèmes d'information pour la gestion logistique, système d'information pour les ressources humaines, dossiers médicaux électroniques, surveillance des maladies à déclaration obligatoire (p. ex. la surveillance intégrée des maladies et intervention), le suivi dirigé par la communauté et la gestion des finances, de

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
		l'administration, des subventions et des programmes.
	Renforcer les capacités du personnel en matière d'utilisation des données et de culture numérique.	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une formation préalable et continue en renforçant la supervision formative et l'assurance qualité des données. Appliquer l'approche 7-1-7^{12,13} pour les interventions en cas de flambées épidémiques.
	Consolider les fonctions essentielles relatives aux données pour promouvoir les mesures de santé publique.	Améliorer la collecte, l'analyse, l'interprétation et la triangulation pour la surveillance de routine et la détection des flambées épidémiques, par exemple en alignant les données issues de la surveillance et des laboratoires.
	Intégrer et assurer l'interopérabilité des systèmes de données.	<ul style="list-style-type: none"> Créer des centres de données interopérables regroupant des sources multiples. Appliquer la norme internationale HL7 FHIR (<i>Fast Healthcare Interoperability Resources</i>, pour Ressources d'interopérabilité rapide pour les soins de santé) développée par Health Level 7¹⁴.
	Renforcer l'architecture d'entreprise numérique nationale.	<ul style="list-style-type: none"> Veiller au respect des normes nationales en matière de données (p. ex. la norme HL7 FHIR). Tirer parti des structures de gouvernance naissantes. Établir des accords de partage des données.
	Traiter les droits numériques comme un élément essentiel de la conception des systèmes.	<ul style="list-style-type: none"> Protéger les informations permettant d'identifier les personnes à l'aide du chiffrement et du contrôle des accès. Impliquer les communautés dans la conception et promouvoir la responsabilité.
Systèmes de la chaîne d'approvisionnement	Utiliser des systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement interopérables, conformes aux normes, et qui ne se	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des systèmes de gestion des ressources de l'entreprise, de gestion d'entrepôt, de gestion du transport et des systèmes d'information pour la gestion logistique.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
	limitent pas à des types de produits spécifiques.	<ul style="list-style-type: none"> Adopter une approche globale du marché intégrant les données des secteurs public et privé.
	Adopter des approches multicanaux innovantes, intégrées et centrées sur le patient pour la conception de la chaîne d'approvisionnement.	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la livraison au dernier kilomètre au-delà des structures de santé. Introduire des produits financés par différentes sources, y compris par le secteur public, les donateurs et le secteur privé. Promouvoir l'intégration des prévisions, de la planification et des analyses dans les structures de santé et au niveau des districts. Améliorer les capacités des agentes et agents de santé et les mesures incitatives.
	Prendre en compte la gestion sûre des déchets, la réduction des émissions, et les questions d'accès et de disponibilité.	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en compte la gestion sûre des déchets, la réduction des émissions, et les questions d'accès et de disponibilité. Assurer la coordination / convergence avec les autres réseaux de transport (échantillon, supervision). Se rapprocher du pôle logistique¹⁵ dans les contextes d'intervention difficiles ou dans les régions où il est actif.
	Soutenir une gouvernance nationale coordonnée et globale de la chaîne d'approvisionnement.	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des structures de gouvernance pour l'encadrement de la responsabilité et du suivi. Élaborer des stratégies nationales globales et chiffrées pour un financement coordonné.
Systèmes communautaires	Reconnaître, formaliser et investir dans les systèmes communautaires en tant que composantes des systèmes de santé nationaux et infranationaux.	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la portée et l'équité des services de soins de santé primaires intégrés. Garantir l'accès aux populations clés et mal desservies. Garantir un financement durable et une rémunération juste dans le cadre des services gérés par les communautés.
	Institutionnaliser la prestation de services communautaires par le biais de mécanismes formels.	Recourir à la contractualisation sociale ou au financement basé sur les performances pour intégrer des prestataires communautaires et des services gérés par les pairs dans les systèmes de soins de santé primaires.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
	Collecter, analyser et utiliser les données sociales et comportementales en même temps que les données de surveillance.	Utiliser les données pour adapter les initiatives de sensibilisation et de participation communautaires aux facteurs locaux de vulnérabilité, aux comportements de recours aux soins et aux obstacles à l'accès.
	Élargir le rôle des agentes et agents de santé communautaires afin qu'ils fournissent des soins intégrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Introduire des ensembles de services intégrés liés à la parentalité¹⁶. • Faire intervenir des pairs et des accompagnateurs de traitement pour assurer un soutien psychosocial et juridique et veiller à l'observance du traitement.
	Former et équiper le personnel communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter les compétences, la supervision et les passerelles nécessaires pour faire respecter les droits et les responsabilités dans le cadre de la prestation de services. • Introduire des pairs et des assistants juridiques au sein du personnel.
	Intégrer le suivi dirigé par la communauté dans les systèmes de santé afin de mieux appréhender la prestation de services intégrés, la qualité, la conformité et les obstacles à l'accès aux services.	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le suivi dirigé par la communauté dans les systèmes d'information sanitaire et liés à la qualité, en renforçant la responsabilisation et la vision en temps réel de la qualité des services, des droits, de la sécurité, de l'accessibilité et de l'expérience des patients dans les domaines de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, des maladies non transmissibles, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la préparation et de la riposte aux pandémies, du genre et des droits humains. • Intégrer les données du suivi dirigé par la communauté (quantitatives et qualitatives, dans la mesure du possible) dans le système de gestion de l'information sanitaire, le système communautaire d'information sanitaire et la surveillance afin de renforcer l'assurance qualité, la performance des programmes et la coordination des orientations et des parcours de soins.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes d'écoute sociale de la communauté. • Contrôler les processus d'intégration et leur contribution aux résultats en matière de santé.
Systèmes de financement de la santé	Renforcer les systèmes de financement et intégrer les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le financement national.	<ul style="list-style-type: none"> • S'associer aux ministères de la Santé et des Finances et aux autres ministères concernés pour intégrer la lutte contre les trois maladies dans le financement national (le financement de l'assistance technique peut être assuré par les subventions). • Mettre en place des engagements de cofinancement liés à la transition / pérennisation. • Fournir une assistance technique pour les évaluations des technologies de la santé et les analyses d'impact budgétaire. • Promouvoir la planification et la budgétisation conjointes en s'appuyant sur les systèmes de gestion des finances publiques.
	Soutenir les stratégies de financement de la santé en faveur de la couverture sanitaire universelle en garantissant un accès équitable à un ensemble élargi de services essentiels.	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualiser des fonds avec des partenaires de développement. • Harmoniser les fonds et la budgétisation avec d'autres partenaires de développement afin d'accroître l'efficacité et de réduire la fragmentation. • Aligner le financement du Fonds mondial sur les systèmes de gestion des finances publiques (p. ex. paiement en fonction des résultats, stratégies ou planification conjointes, budgétisation et exécution du budget pour l'ensemble des sources de financement). • Subventionner les régimes nationaux d'assurance maladie. • Soutenir des mécanismes d'achat ou de paiement stratégiques unifiés. • Recourir à la contractualisation sociale pour les organisations de la société civile et communautaires.

Composante du système de santé	Recommandation	Exemples de mise en œuvre
	Porter à l'échelle les approches de financement mixte.	Tirer parti des crédits accordés par les banques multilatérales de développement pour encourager la prestation de services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de systèmes de santé plus vastes.
	Soutenir les analyses des coûts et de l'efficacité.	Cartographier la couverture des services, les flux de financement et les déficits de ressources dans tous les domaines du système santé afin de renseigner l'allocation des ressources et améliorer l'intégration et la durabilité.

Exemples pratiques



Un pays d'Afrique de l'Est a mené une analyse de l'efficacité transprogrammatique de l'OMS et mis en évidence une fragmentation dans la plupart des piliers essentiels de son système de santé et au niveau de la prestation des services de santé. Cette évaluation a donné lieu à une réorientation stratégique vers une prestation de services intégrés afin d'améliorer les soins centrés sur le patient et d'optimiser l'utilisation des ressources pour une efficacité et une pérennité accrues. Un groupe de travail national sur l'intégration a été créé sous l'égide du ministre de la Santé, parallèlement à des groupes équivalents au niveau des districts, afin de superviser et de contrôler l'intégration des services de soins chroniques dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé. Ce groupe de travail rassemble des représentants de divers programmes de lutte contre les maladies au sein des ministères de la Santé, des Finances, de la Justice sociale et des Technologies de l'information et de la communication, de la société civile et du monde universitaire. Il a également défini les différents domaines d'intégration et a commandé l'élaboration d'un outil destiné à guider les régions, les districts et les structures de santé sur les processus concernés. Les parties prenantes impliquées dans le suivi sont notamment les autorités sanitaires au niveau des districts et le personnel des structures de santé et les patients, qui fournissent un retour d'information régulier sur le déploiement des activités. À l'avenir, les décideurs de différents niveaux du système de santé pourront utiliser les résultats de l'outil pour trianguler les données avec celles du système de gestion de l'information sanitaire afin d'évaluer la corrélation potentielle entre les changements apportés par l'intégration et les résultats en matière de santé.



Un pays d'Afrique de l'Ouest a adopté une approche de suivi dirigé par la communauté intégré, en commençant en 2015 par élaborer un cadre intégré de renforcement des systèmes communautaires afin de répondre aux besoins des communautés pour plusieurs maladies. Ce cadre a été réexaminé en 2018, puis révisé à nouveau en 2024-2025, ce qui a permis de créer ces mêmes années un cadre de suivi dirigé par la communauté intégré. Cette initiative a jeté les bases de mécanismes de suivi plus

rationalisés et harmonisés pour le VIH, la tuberculose et le paludisme puis, plus tard, pour les composantes de préparation et de riposte aux pandémies.

Le Fonds mondial a renforcé les efforts d'intégration en consolidant le suivi dirigé par la communauté en une seule subvention pour 2026.

Le suivi dirigé par la communauté intégré contrôle les services de soins de santé et les éléments du système, comme la disponibilité des produits, les ressources humaines et les engagements en matière de ressources nationales. Les données générées sont exploitées en vue d'étendre les services, d'améliorer la qualité et de garantir la responsabilité à tous les niveaux.

Le cadre de suivi dirigé par la communauté a permis de coordonner la collecte et l'analyse des données, la mobilisation des parties prenantes et les actions de sensibilisation des différentes organisations de la société civile représentant les communautés touchées par le VIH, la tuberculose et / ou le paludisme. Le cadre comprend les éléments suivants :

- Un plan et des instances multipartites au niveau national et des districts ;
- Des outils papier et électroniques partagés permettant d'harmoniser les données ;
- Un plan de triangulation des données ;
- Des structures de direction et de coordination partagées ;
- Une stratégie de sensibilisation unifiée.

Le suivi dirigé par la communauté intégré a permis de rationaliser les processus en éliminant les activités parallèles et en favorisant un engagement et une approche unifiés des parties prenantes. Ce modèle intégré est conçu pour garantir une mise en œuvre optimale du suivi dirigé par la communauté, en particulier dans le contexte actuel marqué par des ressources financières limitées.



Dans un pays d'Asie du Sud-Est, des agentes et agents de santé bénévoles spécialisés dans le paludisme ont été remplacés par des agentes et agents communautaires assurant une gestion complète et intégrée des cas au niveau communautaire, le diagnostic et l'orientation des cas de VIH, ainsi que l'orientation pour les cas de tuberculose. L'élargissement de la gestion intégrée des cas au niveau communautaire était nécessaire afin de garantir une approche durable permettant de poursuivre la surveillance du paludisme dans un contexte d'élimination et de répondre aux besoins d'une population ayant un accès limité aux soins. Le rôle des agentes et agents de santé communautaires a ensuite été étendu pour intégrer les soins liés au VIH et à la tuberculose, de manière différenciée, en adaptant l'ensemble des tâches en fonction de la proximité des établissements de santé et des limites entravant l'accès aux soins. La subvention a permis de financer des produits de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que de l'amoxicilline et du zinc. Les outils (papier) de communication de l'information ont été adaptés pour inclure l'ensemble de services offerts. La numérisation des outils est prévue ultérieurement. Ce changement a permis d'améliorer l'accès à la prise en charge du VIH, d'augmenter le taux de diagnostic de la tuberculose et de maintenir l'accès aux soins pour le paludisme.

Annexe 1 : Définitions

Encadré 1. **Définitions** : Selon les acteurs qui en parlent, l'intégration et les piliers essentiels des systèmes de santé ne sont pas définis de la même manière. Pour les besoins de cette note technique, nous utiliserons les termes suivants :

Couverture sanitaire universelle : se dit d'un système de santé où toute personne a accès à l'ensemble des services de santé dont elle a besoin, en tout temps et en tout lieu, sans difficulté financière. Elle englobe le continuum complet des services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs¹⁷.

Soins primaires : désigne, au sein du système de santé, le processus de soins cliniques axés sur les besoins personnels en matière de santé et assurés par des professionnels tels que des généralistes, du personnel infirmier et des professions paramédicales, qui fournissent des soins de premier recours et des soins continus¹⁸.

Soins de santé primaires : se dit du concept plus large qui englobe les soins primaires ainsi que les fonctions essentielles de santé publique, l'action multisectorielle et l'autonomisation des communautés, selon la définition de l'OMS. Tout au long de ce document, nous ferons référence aux soins de santé primaires afin de rendre compte des soins cliniques fournis dans le cadre des soins primaires, ainsi que des aspects multidimensionnels des services offerts dans le cadre de l'approche des soins de santé primaires.

L'**intégration** désigne les services de santé gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie¹⁹.

La présente note fera principalement référence à deux dimensions de l'intégration :

- **Intégration horizontale**. Soins intégrés entre les services de santé, les services sociaux et d'autres prestataires de soins, généralement fondés sur la mise en place d'équipes multidisciplinaires et / ou de réseaux de soins qui prennent en charge un groupe de population spécifique (p. ex. intégration du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans les établissements de soins primaires).
- **Intégration verticale**. Les soins intégrés entre les services de soins primaires, communautaires, hospitaliers et tertiaires se manifestent par des parcours de soins basés sur des protocoles pour les personnes atteintes de maladies spécifiques (telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme) et / ou par la transition des soins entre les hôpitaux et les prestataires de soins intermédiaires et communautaires.

Degrés de l'intégration²⁰

Coordination : communication et échange d'informations entre des programmes distincts dans le but de simplifier la mise en œuvre des programmes respectifs. Par exemple, des programmes peuvent se concerter au niveau national pour élaborer un plan annuel de mise en œuvre (p. ex. dans le domaine d'activité et au niveau national).

Collaboration : coopération renforcée entre des programmes propres à différentes maladies, qui, en plus d'une coordination accrue, peut inclure le partage de ressources ou de personnel. Par exemple, plusieurs programmes peuvent s'associer pour acheter des véhicules et d'autres équipements qu'ils pourront tous utiliser (p. ex. dans le domaine d'activité et aux niveaux national et régional).

Consolidation : mise en œuvre d'une partie ou de la totalité d'un programme par un autre programme. La consolidation implique le remplacement d'une partie ou de la totalité du programme par une nouvelle initiative ou une nouvelle entité. Par exemple, au lieu d'organiser plusieurs sessions de formation pour une seule maladie pour les agentes et agents de santé au niveau des districts, les agentes et agents de santé au niveau régional pourraient proposer une seule session de formation une fois par an pour les programmes multimaladies (p. ex. dans le domaine d'activité et au niveau de la mise en œuvre).

Annexe 2 : Références importantes sur l'intégration des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et le renforcement des systèmes de santé

¹ <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/diagnostics/cross-programmatic-efficiency-analysis>

² *A blended learning approach for capacity strengthening to improve the quality of integrated HIV, TB, and malaria services during antenatal and postnatal care in LMICs: a feasibility study* <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06633-2>

³ *Integration of tuberculosis services with primary healthcare: converting challenges into opportunities* [https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143\(25\)00056-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143(25)00056-1/fulltext)

⁴ *Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries : a systematic review* <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6185992/>

⁵ <https://www.who.int/activities/promoting-strategic-purchasing>

⁶ Cadre modulaire du Fonds mondial

⁷ *Primary health care and HIV: convergent actions: policy considerations for decision-makers*

⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240111295>

⁹ *CAS.tools – Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé* (<https://campaigneffectiveness.org/cas-tools/>)

¹⁰ *Principles of the Africa health workforce investment charter to stimulate sustainable health workforce investments* DOI:[10.1007/s44250-025-00297-5](https://doi.org/10.1007/s44250-025-00297-5)

¹¹ Directives de l'OMS sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens

¹² Mayigane LN, Vedrasco L, Chungong S. 7-1-7: *the promise of tangible results through agility and accountability*. Lancet Glob Health. Juin 2023 ; 11(6):e805-e806. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00167-5

¹³ *Guidance for conducting a country early action review (EAR): rapid performance improvement for outbreak detection and response*, 31 août 2023. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023 (WHO/WPE/HSP/CER/2023.1)

¹⁴ Voir le site <https://www.hl7.org/fhir/overview.html> et les directives SMART de l'OMS (<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>)

¹⁵ Pôle logistique : <https://logcluster.org/fr>

¹⁶ *Parenting and family interventions in lower and middle-income countries for child and adolescent mental health: A systematic review* <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152483>

¹⁷ https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

¹⁸ <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>

¹⁹ Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez C. Montréal : Université de Montréal ; 2003. Jun, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Document de travail N04-01. *The integration of health care: dimensions and implementation* [consulté le 24 octobre 2014] Disponible sur : <http://nelhin.on.ca/assets/0/16/2100/3734/3736/6cab135d-87c1-45bd-88cd-2c1d5404ec9b.pdf>

²⁰ Grépin KA, Reich MR (2008) *Conceptualizing Integration: A Framework for Analysis Applied to Neglected Tropical Disease Control Partnerships*. PLoS Negl Trop Dis 2(4): e174. doi:10.1371/journal.pntd.0000174

Autres références utiles

Généralités :

- [Stratégie de santé mondiale America First](#), septembre 2025
- Manuel de PATH sur l'intégration

Systèmes résistants et pérennes pour la santé :

- Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 (OMS, 2020) : [Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030](#)
- Optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires fournissant des services de lutte contre le VIH ([Optimizing community health worker programmes for HIV services: a guide for health policy and system support](#)) (OMS, 2021)
- Guide de mise en œuvre de l'OMS pour la transition vers des modèles de soins délivrés par les sages-femmes (*WHO Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*) (2025) : <https://iris.who.int/handle/10665/381641>
- [Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive](#) (2016)
- [Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise](#) (Fonds des Nations Unies pour la population, 2022)
- Guide d'investissement pour la mise en œuvre numérique (DIIG) : intégrer les interventions numériques dans les programmes de santé (OMS, 2020) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>
- Manuel sur la plateforme de santé : Mise en place d'une infrastructure d'information numérique (infostructure) pour la santé (*Health Platform Handbook: Building a Digital Information Infrastructure (Infostructure) for Health*) (Union internationale des télécommunications et OMS, 2020) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013728>
- Éthique et gouvernance de l'intelligence artificielle pour la santé (OMS, 2021) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

VIH :

- Soins de santé primaires et VIH : Actions convergentes – Considérations politiques à l'intention des décideurs (*Primary health care and HIV: convergent actions: policy considerations for decision-makers*) (2023) : www.who.int/publications/i/item/9789240077065
- Intégration du dépistage du VIH et de l'orientation vers les services de planification familiale et de contraception : Note d'information sur la mise en œuvre ([Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services: implementation brief](#)) (2021)
- Intégrer la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans les programmes de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et de santé sexuelle et reproductive : guide de mise en œuvre ([Integrating the](#)

[prevention and control of noncommunicable diseases in HIV/AIDS, tuberculosis, and sexual and reproductive health programmes: implementation guidance](#)) (2023)

- Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique (*WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*) (2021) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés (2022) : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240052390>
- Orientations à destination des pays pour la planification des programmes visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B (*Country guidance for planning triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus programmes*) (OMS, 2025)
- Note d'orientation : Cadre de priorisation pour soutenir la santé et la longévité des personnes vivant avec le VIH ([lien](#))

Tuberculose :

- Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive : dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose chez les femmes enceintes : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057562>
- Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose :
- Module 2 : dépistage : dépistage systématique de la tuberculose (2021) : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240022676>
- Module 5 : prise en charge de la tuberculose chez les enfants et les adolescents (2022) : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240046764>
- Module 6 : tuberculose et comorbidités (*Module 6: tuberculosis and comorbidities*) (2024) : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002>

Paludisme :

- Lignes directrices unifiées sur le paludisme (OMS, 2024) : <https://www.who.int/fr/teams/global-malaria-programme/guidelines-for-malaria>
- [Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030](#) (OMS, 2020)
- Optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires fournissant des services de lutte contre le VIH (*Optimizing community health worker programmes for HIV services: a guide for health policy and system support*) (OMS, 2021)
- Guide de mise en œuvre de l'OMS pour la transition vers des modèles de soins délivrés par les sages-femmes (*WHO Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*) (2025) : <https://iris.who.int/handle/10665/381641>
- [Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive](#) (2016)
- [Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise](#) (Fonds des Nations Unies pour la population, 2022)