



Repenser les campagnes d'AMM : Tirer parti des campagnes de santé intégrées pour améliorer l'efficacité et l'impact.

Conférence internationale sur la recherche sur les maladies tropicales négligées en Afrique (InCORNTD), Kigali, Rwanda

Date : Mardi 21 janvier

Durée de la session : 8h30 - 12h (heure locale)

Contenu

Description et objectifs	1
Résumé des priorités	3
Rapport sur les activités des groupes de discussion	5
Activité 1 : Que savons-nous des approches intégrées de co-délivrance de la chimiothérapie préventive (CP) ?	5
Activité 2 : Quels sont les paramètres permettant d'évaluer les progrès de la co-délivrance intégrée dans les programmes de santé ?	7
Activité 3 : De quoi avons-nous besoin pour renforcer l'intégration et la co-délivrance en vue d'interventions durables en matière de santé publique ?.....	12
Annexe 1.....	17
Symposium technique : Intégration des systèmes de santé pour la schistosomiase et les MTN	17
Annexe 2.....	20
Diapositives de la séance en petits groupes Repenser les campagnes AMM : Tirer parti des campagnes de santé intégrées de pour améliorer l'efficacité et l'impact.	20
Annexe 3.....	20
Liste des exemples et expériences partagés dans les groupes pour l'activité 1 de la session en petits groupes	20

Description et objectifs :

L'évolution rapide du paysage du financement de la santé mondiale a considérablement réduit les ressources disponibles pour la lutte contre la schistosomiase (SCH) et la chimiothérapie préventive (CP-MTN) et les campagnes d'administration massive de médicaments (AMM). En conséquence, les pays sont souvent



contraints de donner la priorité aux campagnes de lutte contre les maladies verticales ou aux enquêtes de suivi et d'évaluation à mettre en œuvre, en interrompant ou en abandonnant fréquemment les activités jusqu'à ce qu'un nouveau financement puisse être obtenu. Cette situation compromet le succès et l'impact de ces programmes.

En réponse à ces défis, les programmes de santé publique explorent des approches alternatives pour mener des campagnes de santé et optimiser les ressources disponibles. Cette session, dirigée par le Dr Anouk Gouvras, s'est appuyée sur les exposés présentés lors du symposium technique InCORNTD en séance plénière (voir le résumé en annexe 1) et sur trois exposés supplémentaires (voir les diapositives en annexe 2) :

- Un changement de paradigme pour passer de programmes parallèles, descendants et verticaux de contrôle des maladies à des campagnes de santé intégrées, pertinentes au niveau local, fondées sur des données probantes et durables. Exemple des traitements contre les helminthes et de la chimioprévention du paludisme en Afrique de l'Ouest" par le Dr Muhammed Afolabi, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Intégration des processus MTN dans un système national de santé communautaire électronique (eCHIS) et dans la plateforme de campagne intégrée du ministère de la santé au Kenya" par Florence Wakesho MoH Kenya.
- Wendy Harrison : "Approcher l'intégration et la codélivrance sous l'angle de la durabilité", Une santé sans limites.

La session a examiné différents modèles de fourniture de chimiothérapie préventive pour la schistosomiase et d'autres MTN, en tirant parti des plateformes de santé existantes. Des activités de groupe ont été organisées pour identifier les facteurs, les obstacles et les défis qui contribuent au succès ou à l'échec des stratégies d'intégration. Les participants ont exploré les mesures et les processus de contrôle nécessaires pour suivre les progrès réalisés en matière de santé et ont examiné les recommandations politiques et les approches de renforcement des systèmes de santé nécessaires pour permettre le développement et l'adoption de campagnes de santé intégrées qui s'attaquent aux MTN-PC. La discussion a mis l'accent sur les approches pilotées par les pays et l'appropriation nationale. Elle a exploré la possibilité de transformer une crise potentielle en une opportunité d'améliorer la durabilité et les services de santé.

Trois activités de groupe :

- ACTIVITE 1 : QUE SAVONS-NOUS DES APPROCHES INTEGREES DE CODELIVRANCE DE LA CHIMIOTHERAPIE PREVENTIVE (CP) ?
- ACTIVITE 2 : QUELS SONT LES PARAMETRES PERMETTANT D'EVALUER LES PROGRES DE LA CODELIVRANCE INTEGREE DANS LES PROGRAMMES DE SANTE ?
- ACTIVITE 3 : DE QUOI AVONS-NOUS BESOIN POUR RENFORCER L'INTEGRATION ET LA CODELIVRANCE EN VUE D'INTERVENTIONS DURABLES EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE ?

La séance en petits groupes visait à mettre en évidence les questions essentielles de mise en œuvre et de recherche opérationnelle nécessaires pour renforcer l'intégration et la coordination des PPB, de l'helminthiase transmise par le sol (HTS) et des MTN avec les campagnes de santé nationales et infranationales. L'objectif est d'identifier les domaines à améliorer, de renforcer l'impact des programmes et de garantir un suivi efficace des résultats en matière de santé.

Résumé des priorités :

Établir des preuves pour des campagnes intégrées de distribution de codes :

Il est urgent d'accumuler des preuves, en utilisant des méthodes mixtes, des mesures claires et des analyses coût-efficacité pour montrer le potentiel des modèles intégrés de prestation de soins et les défendre de manière appropriée. Ces données peuvent aider à orienter l'élaboration de cadres et de boîtes à outils pour les approches intégrées, à créer des environnements propices à des campagnes intégrées efficaces qui peuvent contribuer à renforcer les systèmes de santé. La recherche pourrait :

- Développer des cadres et des méthodologies pour identifier les campagnes et les plateformes où l'intégration est bénéfique à la fois pour les programmes de lutte contre les MTN et les autres programmes :
 - Définir ce qui est mesuré - indicateurs sécurité, d'acceptabilité, de coût, d'aptitude et de capacité, de mécanisme de mise en œuvre, de qualité de vie, d'épidémiologie.
 - Développer des modèles d'analyse coût-bénéfice et coût-efficacité pour tester différentes options d'intégration afin d'identifier ce qui serait le meilleur achat dans un contexte particulier.
 - Utiliser des projets pilotes de recherche pour recueillir des données qui correspondent au contexte et sont pertinentes au niveau local.
 - Apporter des innovations pour de nouvelles approches (intégration avec une seule santé, utilisation des technologies).
- Mener des recherches pour renforcer et élargir les preuves de la sécurité, de l'acceptabilité et de la faisabilité de la co-administration¹ de médicaments.

Créer un environnement et une culture propices à l'intégration des interventions de lutte contre la CP-MTN dans les campagnes et les services de routine autres que ceux de la CP-MTN :

Aux niveaux mondial, national et local, il est nécessaire de mettre en place un écosystème de politiques et d'investissements qui soutienne la coordination entre les programmes et l'intégration des campagnes de santé, ce qui peut conduire à terme à l'intégration des soins de santé primaires. Les éléments clés sont les suivants :

¹ Note sur la co-délivrance et la co-administration - dans ce document, nous utilisons le terme "co-délivrance" pour désigner la distribution de traitements/interventions pour des problèmes de santé en utilisant la même plateforme et les mêmes ressources ; la « co-administration » fait référence à l'administration de plus d'un traitement au même moment.



- Au niveau mondial, élaborer une note d'information ou une recommandation de haut niveau sur les campagnes intégrées de co-prestation pour les MTN liées aux PC.
- Élaborer des politiques sur la conception d'un cadre de coordination qui permette de définir clairement qui est le décideur, comment fonctionne la gouvernance et quels sont les rôles et les responsabilités. S'inspirer des guides et outils existants, tels que la stratégie d'action concertée pour l'efficacité des campagnes (CAS) de la Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé.
- Soutenir le ministère de la santé pour :
 - Construire des systèmes de données qui permettent l'interopérabilité.
 - Élaborer une liste de contrôle sur les critères d'intégration et sur les paramètres qui doivent être mesurés à l'aide des systèmes de données intégrés existants.
 - Effectuer une analyse de la situation, une cartographie des parties prenantes et une cartographie des campagnes afin d'orienter le cadre de coordination des interventions intégrées.
 - Cartographier l'expertise technique, identifier les lacunes et développer l'expertise à travers les plateformes intégrées - communiquer et consulter le personnel de santé
 - Élaborer des stratégies d'engagement communautaire qui renforcent la confiance et l'acceptabilité des programmes intégrés de délivrance de codes.
- Plaider auprès des gouvernements, des bailleurs de fonds et des ONG pour qu'ils fassent preuve de souplesse dans leurs structures et leurs systèmes afin de permettre des approches intégrées et de codélivrance, en s'appuyant sur les points communs des problèmes/défis auxquels sont confrontés les différents programmes et sur la manière dont les approches intégrées peuvent répondre à ces défis communs, sur la manière dont l'intégration des interventions relatives aux MTN apportera une valeur ajoutée et améliorera les résultats et la viabilité des interventions.
- Environnement financier - Il est nécessaire de disposer de données sur ce qui est financé et sur les investissements qui arrivent, et par qui. La saisie des investissements du ministère de la santé est importante pour les donateurs extérieurs, tout comme la visibilité du financement des activités liées aux MTN et à l'épidémiologie par le ministère de la santé, ce qui permettra de soutenir et d'accroître la mobilisation des ressources nationales (MRN).

Rapport sur les activités des groupes de discussion :

Activité 1 : QUE SAVONS-NOUS DES APPROCHES INTEGREES DE CODELIVRANCE DE LA CHIMIOThERAPIE PREVENTIVE (CP) ?

1. Quels exemples/études de cas avez-vous dans votre contexte de mise en œuvre intégrée de CP ?
2. Quels ont été les moteurs et les avantages anticipés de ces approches intégrées ?
3. Pouvez-vous nous faire part de certains des obstacles à la mise en œuvre, à l'extension et à la durabilité de ces exemples ?

Les groupes ont discuté des expériences de co-délivrance des traitements CP, à travers les MTN et en s'appuyant sur les campagnes de santé non MTN et les services de santé de routine, avec l'expérience de diverses plates-formes de distribution. Pour une liste des exemples et des expériences partagés dans les groupes, voir l'annexe 3.

Les points récurrents suivants ont été soulevés en tant que moteurs, avantages, considérations et obstacles aux approches d'intégration :

1. Quels exemples/études de cas avez-vous dans votre contexte de prestation intégrée de CP ?

Exemples : Les exemples d'intégration de la prévention des maladies comprennent ceux qui concernent : d'autres maladies non transmissibles, d'autres maladies infectieuses, des maladies non transmissibles (MNT), d'autres priorités ou questions de santé, ainsi que des approches "Une seule santé" qui se recoupent avec des programmes destinés aux animaux et ciblant leurs propriétaires. Pour une liste d'exemples et d'expériences partagés dans les groupes, voir l'annexe 3.

2. Quels ont été les moteurs et les avantages anticipés de ces approches intégrées ?

Conducteurs : Nécessité due au manque de financement pour la distribution du praziquantel (PZQ). S'il existe une forte motivation au niveau de la direction du gouvernement et du ministère de la santé, par exemple pour des campagnes efficaces, l'autosuffisance et l'appropriation, cela peut être un moteur puissant pour des interventions intégrées et transversales. Un autre moteur est le fait que plusieurs programmes identifient des points communs entre eux, qu'il s'agisse de défis ou d'approches communs, et qu'ils s'inspirent. Le leadership local peut également favoriser l'intégration, par exemple dans les systèmes décentralisés ou lorsque le leadership local s'engage à relever les défis de la santé et du développement dans leurs circonscriptions.

Avantages : La réduction des coûts est considérée comme le principal avantage et la capacité à démontrer l'amélioration du rapport coût-efficacité des campagnes est un facteur important. Des économies pourraient être réalisées grâce à des programmes de formation combinés couvrant les besoins en formation de plusieurs interventions.

Un autre avantage évoqué est la réduction de la lassitude à l'égard des campagnes dans les communautés nécessitant de multiples interventions de santé publique, si ces interventions sont menées de manière intégrée et coordonnée, plutôt que de manière isolée. La mise en œuvre intégrée pourrait améliorer l'accès aux populations difficiles à atteindre en combinant les efforts et les ressources des différents programmes.

Un autre avantage mentionné est que la combinaison des traitements peut avoir un effet de levier sur la perception du public et la priorité accordée à une maladie ou à un traitement particulier, augmentant ainsi l'observance d'autres traitements/interventions perçus comme moins prioritaires. Par exemple, dans certaines communautés, le PZQ est plus apprécié que l'albendazole, de sorte que la combinaison des deux permet d'augmenter l'utilisation de l'albendazole.

Considérations : Les participants ont mis en exergue plusieurs considérations importantes, telles que le personnel de santé et la manière dont il perçoit les stratégies intégrées. Les agents de santé communautaire peuvent voir les avantages de l'intégration en termes de meilleure coordination entre les programmes, ce qui signifie moins de confusion, mais ils peuvent aussi en percevoir les inconvénients, avec le risque d'être submergés de travail et l'augmentation de la charge de travail qui n'est pas reconnue par des mesures d'incitation. L'examen des manuels, des lignes directrices et des boîtes à outils utilisés par les programmes et les plateformes, y compris les outils de gestion des données, constituerait une étape clé dans le renforcement de la coordination et de l'intégration entre ces programmes.

Une analyse coût-bénéfice est nécessaire en ce qui concerne l'intégration dans la prestation de services de routine, afin d'examiner l'utilisation des médicaments et la manière dont l'intégration optimise les ressources. En outre, les différents services, programmes et plateformes doivent être examinés attentivement en ce qui concerne leur capacité à atteindre les populations cibles - cela inclut-il les populations difficiles à atteindre (nomades/pasteurs, SAC non inscrits, y compris les enfants des rues urbains et périurbains, etc.) et certaines plateformes sont-elles plus performantes avec ces groupes spéciaux, par exemple les populations mobiles pourraient tirer parti des programmes One Health axés sur le bétail et la santé animale, par exemple les éleveurs nomades et les populations migrantes ? L'engagement des parties prenantes et des communautés, la communication et la diffusion de l'information constituent des éléments importants. Il est essentiel d'impliquer le leadership local et de travailler en s'adaptant aux contextes et aux communautés, en tenant compte de la diversité des contextes et des communautés, et en se demandant si les différentes plateformes sont plus performantes pour certains groupes que pour d'autres. La discussion a porté sur la question de savoir si cette approche d'intégration pour la fourniture de CP pourrait également impliquer une coordination avec différents secteurs tels que WASH et l'agriculture afin de mieux partager les données et de les utiliser pour renforcer les solutions adaptées et dirigées au niveau local.

3. Pouvez-vous nous faire part de certains des obstacles à la mise en œuvre, à l'extension et à la durabilité de ces exemples ?

Défis/obstacles : Les participants ont discuté des obstacles et des défis posés par la bureaucratie et la mise en œuvre cloisonnée des programmes. La réticence ou le désengagement des dirigeants du ministère de la santé peut constituer l'un des principaux obstacles aux interventions intégrées visant à fournir des traitements contre les MTN. Les responsables du programme peuvent également hésiter s'il n'est pas clair qui est responsable du programme intégré, qui organise, paie et prend les décisions. Ils peuvent craindre de perdre la maîtrise du programme de lutte contre la maladie et de compromettre les résultats obtenus.

Les défis logistiques ont été discutés, les participants reconnaissant que les différents cycles de programmation, la gestion différente de la chaîne d'approvisionnement, les différents outils de collecte de données, ont résulté de l'approche traditionnellement cloisonnée de ces programmes. Les maladies ont également des exigences et des processus différents en matière de suivi et d'évaluation, ainsi que de surveillance.

Le fait de changer de plateforme (école, ménage ou établissement) en raison de l'utilisation d'une approche intégrée peut entraîner des problèmes de couverture. La formation a été répétée comme un obstacle si les travailleurs de la santé des différents programmes ne sont pas familiarisés avec les maladies sexuellement transmissibles, la qualité de la formation étant considérée comme une considération importante. L'impact de la pression et de l'inflexibilité des donateurs a été souligné comme un obstacle potentiel. Enfin, les participants ont discuté de la manière dont les défis peuvent signifier que deux programmes peuvent avoir été déclarés intégrés "sur le papier", mais qu'en pratique, ils fonctionnent comme deux programmes distincts travaillant l'un à côté de l'autre. Les obstacles comprennent le manque de confiance dans les dossiers et les processus, les hiérarchies non définies pour la prise de décision, le manque de communication et de compromis.

Activité 2 : Quels sont les paramètres permettant d'évaluer les progrès de la codélivrance intégrée dans les programmes de santé ?

1. Quels sont les paramètres à recueillir au cours de la phase de mise en œuvre, par le biais de l'évaluation de la couverture et de l'évaluation de l'impact (types de données : couverture du traitement, couverture géographique, acceptabilité, conformité, épidémiologie, coût, contrôle de la qualité, etc.)
2. Quels sont les paramètres à partager avec les parties prenantes concernées, par exemple pour répondre aux critères de l'OMS en matière de don de médicaments et avec les organisations de soutien, et quels sont ceux qui doivent être normalisés ?
3. Quelles données peuvent être introduites dans les modèles pour évaluer l'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'impact des différentes approches de codélivrance par rapport aux approches verticales standard ?

Les participants ont discuté des mesures et des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de la fourniture de CP par le biais de campagnes et de services de santé intégrés. Les participants ont discuté des types de données, des processus/outils de collecte de données et des exigences en matière de gestion des données dans le contexte de programmes et de plateformes intégrés et de co-prestation, ainsi que de la manière d'évaluer le rapport coût-efficacité de ces approches. La question de savoir comment identifier les plates-formes appropriées pour l'intégration de la fourniture de CP a été soulevée à plusieurs reprises.

- 1. Quels sont les paramètres à recueillir au cours de la phase de mise en œuvre, par le biais de l'évaluation de la couverture et de l'évaluation de l'impact (types de données : couverture du traitement, géographique, acceptabilité, conformité, épidémiologie, coût, contrôle de la qualité, etc.)**

Quels sont les processus et l'impact que nous mesurons et comment les données seront-elles gérées ?

Les participants ont discuté des différents types d'indicateurs et de mesures pour les campagnes intégrées et de codélivrance, y compris la mise en place de comparateurs, par exemple à partir de zones pilotes ou de données de couverture de base, et l'appréciation du fait que le nombre d'indicateurs et la quantité de données à collecter doivent être équilibrés et adaptés à l'objectif final. Les participants ont discuté de l'importance de différencier l'intégration des systèmes de données en examinant la prestation de services par rapport aux évaluations épidémiologiques, compte tenu des différences avec les interventions, les unités de mise en œuvre par rapport aux unités d'évaluation, et en veillant à ce que les systèmes soient interopérables.

- Indicateurs d'entrée
 - Examinez les indicateurs d'entrée requis pour chaque "élément" de l'approche intégrée. livraison - y a-t-il des indicateurs CP MTN spécifiques qui doivent être ajoutés ?
 - Ressources financières, politiques opérationnelles, leadership/propriété.
 - Produits (médicaments, vaccins, diagnostics).
 - Consommables pour l'accouchement - antiseptiques, aliments pour la prise de praziquantel, etc.
 - Ressources humaines, y compris les ressources en matière de formation et de supervision.
- Indicateurs de processus
 - Une mesure clé doit saisir la planification à tous les niveaux et la synchronisation.
 - Indicateurs de l'offre de drogue.
 - Respect de l'intervention/utilisation du traitement.
 - Mesurer l'inobservation systématique.
 - Mesures de renforcement des capacités - Fidélité de la formation - La formation et la supervision sont-elles effectuées correctement ? Qui assurera le suivi ? La charge de travail est-elle acceptable ?
 - Des données doivent être collectées sur l'acceptabilité de la co-administration des médicaments et des mesures sur l'acceptabilité des campagnes intégrées de co-administration pour les communautés, les ASC, les programmes et les agences de financement/donateurs. Une approche mixte est nécessaire pour collecter ces données.

- Outils de données et systèmes de gestion - liés aux technologies de l'information et de la communication.
 - Rapport de sécurité - enregistrer les événements indésirables graves (EIG).
 - Données complètes pour l'évaluation de la couverture - géographique et démographique, quelle proportion de la population cible a été atteinte.
 - Indicateurs d'impact/de résultats
 - Indicateurs de qualité de vie (comparables entre les maladies et les problèmes de santé).
 - Indicateurs de morbidité (spécifiques et non spécifiques à la maladie).
 - Épidémiologie (prévalence, intensité des infections) (mesures spécifiques à la maladie).
 - Autres mesures
 - Est-il possible de recueillir des données sur les comportements concernant le risque de réinfection ?
 - Effectuer un dépistage dans les zones présentant des comorbidités avant le traitement afin de pouvoir évaluer comment ces comorbidités peuvent changer avec une intervention de codélivrance.
 - Stratégies
 - Modification des enquêtes de couverture.
 - Formation intégrée pour fournir et saisir les données et les indicateurs de processus associés.
 - Examinez comment combiner les résultats des enquêtes sentinelles et/ou d'impact pour surveiller la prévalence et l'intensité de l'infection, ainsi que les données relatives à la couverture et à l'observance, afin d'observer les tendances de l'infection et de la couverture au fil du temps.
 - Données et systèmes de données
 - Formulaire de suivi des données - sur papier ou électroniques, par exemple plateforme électronique de santé communautaire eCHIS/intégration d'outils.
 - Systèmes de données ? Par exemple, DHIS2 ?
 - Pour toutes les plateformes mobiles, la capacité hors ligne est essentielle dans les environnements à ressources limitées.
 - Comment l'IA pourrait-elle être davantage exploitée pour mesurer la codélivrance intégrée ?
 - Formation sur les nouveaux éléments et les différents types de données collecter afin de réduire la charge de travail et le coût global.
 - Importance de la collecte de données en temps réel.
 - Identifier les points communs (quoi et quand) des données collectées ainsi que la plateforme de distribution.
- 2. Quels sont les paramètres à partager avec les parties prenantes concernées, par exemple pour répondre aux critères de l'OMS en matière de don de médicaments et avec les organisations de soutien, et quels sont ceux qui doivent être normalisés ?**

Critères et considérations pour identifier les plateformes appropriées

Les participants ont discuté des critères d'identification des campagnes/plateformes potentielles pour la codélivrance de CP, qui pourraient faire l'objet d'une liste de contrôle ou d'un guide :

- Les populations cibles sont-elles alignées ? Par groupe d'âge, par sexe, par zone géographique, etc.
- Les cycles d'intervention sont-ils alignés ?
- Quelles sont les performances et la couverture de la campagne/des plates-formes ?
- Comment la campagne/plateforme est-elle perçue par la communauté ? Est-elle digne de confiance ? Le respect des règles est-il satisfaisant ?
- Quel type de plateforme de livraison est utilisé ?
 - A l'école ou dans la communauté,
 - Approche porte-à-porte,
 - Combinaison de plates-formes,
 - Basé sur l'établissement (la population cible vient à la plateforme).
- Quelles sont les implications logistiques de l'intégration pour chaque campagne/plateforme :
 - Approvisionnement en produits - disponibilité des médicaments, stockage, transport, expiration, etc,
 - Stratégie de formation,
 - Sensibilisation, communication et mobilisation,
 - Administration et gouvernance/hiérarchie décisionnelle.
- L'intégration des programmes présente-t-elle des avantages évidents ? Quels avantages l'intégration des CP-MTN pourrait-elle apporter aux autres programmes ? Quels sont les défis potentiels ?
- Quels sont les indicateurs d'impact recueillis par les programmes ? Les agendas et les objectifs sont-ils alignés ?
- Comment les populations difficiles à atteindre sont-elles traitées et les personnes qui n'ont jamais été traitées sont-elles identifiées ?
- En ce qui concerne l'intégration avec d'autres interventions à base de médicaments ou de vaccins, que sait-on des interactions médicamenteuses, de la sécurité, de l'opportunité et de la tolérance de la co-administration et de la co-délivrance de ces interventions ?
 - Quels sont les effets indésirables de tous les médicaments/vaccins utilisés isolément et en association ?
 - Existe-t-il des données de sécurité sur la co-administration des médicaments/vaccins ?
 - Les conditions d'administration sont-elles harmonisées ? Par exemple, administrer avec de la nourriture ou à ? Etc...
 - Combien de médicaments/vaccins pouvez-vous co-administrer/co-délivrer en toute sécurité et de manière logistique sans affecter l'acceptabilité ? L'OMS a donné quelques conseils, mais sont-ils suffisants ?
- Quels sont les besoins existants en matière de rapports des différentes plates-formes et des différents programmes ? Peuvent-ils être alignés, les CP-MTN peuvent-ils être intégrés dans ces structures de rapport ?

Défis et opportunités

- Défi posé par l'absence d'orientations ou de recommandations spécifiques pour les campagnes de codélivrance intégrées pour les CP-MTN.
 - Il est possible d'utiliser la stratégie d'action collaborative pour l'efficacité des campagnes (CAS) de la Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé (Health Campaign Effectiveness Coalition).
 - Il existe des documents d'orientation générale, qui ne sont pas spécifiques à une maladie mais qui sont pertinents, en place au CDC Afrique et à la Commission de l'Union africaine (UA). Les ministères de la santé couvrent également les maladies générales par le biais du renforcement des systèmes de santé, et de nombreuses politiques ne sont donc pas spécifiques à une maladie, mais se concentrent sur les soins de santé universels et descendent en cascade jusqu'aux soins de santé primaires. Mais ce sont les bailleurs de fonds, les ONG et les chercheurs qui mettent souvent l'accent sur les programmes de lutte contre une seule maladie.
 - Apporter de l'innovation dans la réflexion sur l'intégration, sortir des battus, ne pas se limiter nécessairement aux programmes de traitement humain et d'AMD à intégrer, par exemple l'intégration avec des programmes de santé vétérinaire et de traitement des animaux ou des programmes agricoles peut accroître la portée de la distribution des traitements aux populations pastorales, nomades et migrantes.
 - Les donateurs peuvent-ils être encouragés à faire preuve d'une plus grande souplesse dans les programmes et les rapports afin d'encourager l'intégration, peuvent-ils faire passer le message que l'intégration est encouragée et qu'elle peut être rapportée dans les données ?
 - Les indicateurs peuvent-ils être liés à des mesures d'incitation pour le personnel de santé ?
 - Serait-il possible de mener des recherches spécifiques sur les combinaisons fixes de médicaments qui pourraient conduire à une dose unique efficace ?
- 3. Quelles données peuvent être introduites dans les modèles pour évaluer l'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'impact des différentes approches de codélivrance par rapport aux approches verticales standard ?**

Analyses coût-efficacité

- Quelles sont les données nécessaires pour effectuer des analyses sur les coûts-avantages et le rapport coût-efficacité de l'intégration de la chimiothérapie préventive contre la schistosomiase et l'helminthiase transmise par le sol dans d'autres campagnes de santé de routine ? Faut-il tester plusieurs options et plateformes ?
- Quels sont coûts ? Liste :
 - La logistique de l'intégration peut prendre plus de temps,
 - Des délais plus longs pour la mise en œuvre et la collecte des données,
 - Formation des agents de santé communautaire,
 - Incitations pour les agents de santé communautaires,
 - Augmentation du nombre de jours de travail des ASC,
 - Incitations au bénévolat.

- Quels sont les avantages ? Liste :
 - Réduire la fragmentation - améliorer la coordination entre les parties prenantes et les programmes de santé,
 - Utilisation plus efficace de ressources limitées - au lieu de plusieurs programmes verticaux cloisonnés, une campagne de santé principale couvrant plusieurs objectifs de santé, une approche plus holistique de la mise en œuvre des interventions de santé,
 - Réduire la lassitude de la population cible à l'égard de la campagne,
 - Possibilité d'améliorer le dénominateur,
 - Possibilité de renforcer les services de santé et l'établissement de rapports.
- Quels sont les risques ? Liste :
 - Logistique complexe,
 - Risque de perte de couverture des groupes cibles,
 - Peut accroître la non-conformité,
 - Peut conduire à un besoin de financement supplémentaire.
- Tenir compte du contexte lors de l'examen du rapport coût-bénéfice/coût-efficacité.
- Si l'on envisage d'intégrer une stratégie de test et de traitement dans les établissements de santé locaux, des données sur le rapport coût-efficacité et la faisabilité sont nécessaires.
- Envisager de lancer des projets pilotes avec des campagnes/plateformes potentielles - les utiliser pour collecter les données nécessaires à la validation des modèles de rentabilité et pour mener des actions de sensibilisation aux niveaux local, national et international.

Activité 3 : De quoi avons-nous besoin pour renforcer l'intégration et la codélivrance des interventions durables en matière de santé publique ?

1. Politique/gouvernance : Sur la base des obstacles identifiés lors de l'activité de groupe 1, quels changements politiques pourraient être nécessaires - au niveau national, au niveau local et au niveau mondial ?
2. Le financement : Alors que le financement externe diminue, que faut-il faire pour plaider en faveur de modèles de codélivrance intégrés au niveau national ? Que doivent faire les partenaires pour soutenir ces modèles et les promouvoir au niveau international ?
3. Le personnel : Qu'est-ce que cela signifie pour le système de santé, y compris pour les travailleurs communautaires, les travailleurs de campagne, les programmes de proximité, les bénévoles, le personnel des services de santé ?

Les participants ont discuté de la nécessité d'établir des preuves, d'utiliser des mesures et des données ainsi que des analyses coût-efficacité pour montrer le potentiel ces modèles intégrés de prestation et, le cas échéant, plaider en leur faveur, pour guider l'élaboration de cadres et de boîtes à outils pour les



approches intégrées et pour créer des environnements propices à des campagnes intégrées efficaces qui peuvent progresser pour renforcer les systèmes de santé.

1. Politique/gouvernance : Sur la base des obstacles identifiés lors de l'activité de groupe 1, quels changements politiques pourraient être nécessaires - au niveau national, au niveau local et au niveau mondial ?

Établir des preuves pour le plaidoyer

- Pour identifier les programmes et les plateformes d'intégration appropriés, la planification et l'engagement des parties prenantes sont essentiels. Il convient notamment d'examiner dans quelle mesure les plans de mise en œuvre sont alignés, où se situent les intersections potentielles et d'adapter cette démarche en fonction de l'endémicité. Par exemple, examiner le paludisme, le Mpox, les vaccins contre le papillomavirus, etc.
- Il est donc nécessaire d'adopter une approche spécifique au contexte, qui puisse être utilisée pour formuler des recommandations politiques plus générales, du niveau local au niveau national, une approche ascendante. Utiliser une analyse du paysage spécifique au contexte au niveau local/district/UI pour voir ce qui pourrait fonctionner, puis préconiser l'utilisation de ces données au niveau national ? Les preuves pour le plaidoyer peuvent provenir de données provenant de la base, avec des politiques positives et habilitantes et des structures budgétaires nationales provenant du sommet.
- Il est nécessaire d'accumuler les preuves de la recherche pour influencer l'adhésion nationale, internationale et des bailleurs de fonds. Cependant, cela signifie qu'il y a un besoin de financement pour construire les preuves.
- Il est essentiel d'intégrer l'analyse coût-efficacité pour renforcer les preuves.
- Les données issues des projets pilotes pourraient contribuer à la motivation :
 - L'intégration des cadres supérieurs,
 - Élaborer des programmes intégrés qui présentent des avantages durables,
 - Renforcer les données sur la sécurité, l'accessibilité, etc,
 - Propriété des données (par le ministère de la santé ou les parties prenantes décentralisées, le cas),
 - Influencer et défendre les intérêts au niveau national et international.

Recommandations politiques et cadres de coordination

- Des recommandations politiques sont nécessaires au niveau gouvernemental pour encourager la coordination multisectorielle et l'intégration des programmes. Les politiques pourraient inclure l'élaboration d'un cadre de coordination permettant de définir clairement qui est le décideur, comment fonctionne la gouvernance et quels sont les rôles et les responsabilités. Des modèles d'intégration dotés de ces cadres de coordination et de boîtes à outils pourraient être élaborés.
- Les structures de gouvernance doivent être claires : lorsque programmes travaillent ensemble, comment les conflits sont-ils résolus ? Existe-t-il une hiérarchie des programmes intégrés ? Comment en décide-t-on ? Lorsque l'on travaille avec des systèmes décentralisés, qui sont les décideurs ? A quel niveau travaillent-ils et quelles données utilisent-ils pour donner la priorité aux campagnes et aux maladies ? Les indicateurs MTN pourraient-ils être ajoutés aux données

au niveau du district pour aider à l'établissement de priorités ? Des conseils sur la manière de construire et de définir ces structures pourraient être très utiles.

- L'un des principaux enseignements tirés des pays ayant une expérience en matière d'intégration est que le leadership au sein des programmes, par exemple le ministère de la santé au plus haut niveau, et les groupes de travail ministériels intersectoriels sont essentiels, y compris la conviction de pouvoir s'autofinancer. Une fois les politiques mises en place, la politique joue un rôle important dans le montant des fonds alloués à la/aux politique/s. Il est important d'impliquer les niveaux politiques qui ont un rôle à jouer dans l'élaboration des politiques. Il est important d'impliquer les niveaux politiques qui ont une position dominante dans le système.
- Les gouvernements ont leur propre fragmentation au sein des programmes. Les tendances culturelles au sein de ces groupes pourraient conduire à penser qu'une intégration plus poussée entraînera une réduction des fonds globaux. Il peut être nécessaire de renforcer la motivation pour l'intégration. Les donateurs devraient faire preuve de souplesse, notamment en renforçant les capacités de la main-d'œuvre et en offrant des incitations pour les interventions intégrées et l'élaboration de modèles durables. Les analyses de situation pourraient contribuer à éclairer les approches d'intégration et les mécanismes de coordination.
- Il est nécessaire de cartographier soigneusement et de développer l'expertise technique à travers les plateformes intégrées ; d'identifier les besoins et de proposer des solutions (évaluation des besoins intégrés) et de planifier le passage éventuel des campagnes de santé intégrées à l'intégration avec les systèmes de santé.
- Il est nécessaire de travailler avec des experts en renforcement des systèmes de santé, en invitant ces experts aux réunions de l'OMS sur les MTN, aux sessions de discussion d'InCORNTD, etc.
- Lors de l'expérimentation d'approches intégrées, il est important de prévoir un "retour en arrière" ou un passage à la coordination plutôt qu'à l'intégration complète, si le modèle d'intégration complète ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés. Cela encouragera les gouvernements et les bailleurs de fonds à tester différents modèles d'intégration, à tirer les leçons de l'expérience et à s'adapter aux modèles appropriés.

Communication et plaidoyer

- La communication et le plaidoyer pourraient inclure
 - Message aux gouvernements, aux donateurs, pour encourager la flexibilité des programmes.
 - Identifier les risques si les programmes et les campagnes ne sont pas intégrés - risques pour tous les programmes et pour le ministère de la santé.
 - Trouver des points communs dans les problèmes/défis rencontrés par les différents programmes et examiner comment cela peut aider à plaider en faveur de projets pilotes pour des approches intégrées qui s'attaquent à ces défis communs.
 - Il est important de faire savoir que l'intégration avec d'autres maladies/campagnes ne compromettra pas les objectifs nationaux et mondiaux spécifiques à la maladie, par exemple l'élimination du paludisme.

- Intégrer les ressources - que peuvent apporter les MTN aux interventions intégrées qui apporteront une valeur ajoutée et convaincront d'autres programmes ?
- La structure du CDC Afrique peut être mise à profit pour formuler des recommandations politiques au niveau régional.
- Pour obtenir un mandat international (OMS) en vue de l'intégration, les États membres disposer de preuves. La demande peut venir des États membres. Les pays peuvent user de influence s'ils disposent de preuves.

L'engagement communautaire : L'implication et l'appropriation de la communauté sont essentielles au succès et à la durabilité des programmes intégrés. Les ministères de la santé doivent être prêts à s'engager auprès des communautés, à leur donner la possibilité de s'exprimer, à indiquer clairement quelles interventions seront mises en œuvre, pourquoi, comment et quand. Il serait également utile de faire appel à des spécialistes des sciences sociales, des communautés, des philanthropes et des sociétés civiles locales qui peuvent donner des conseils sur la culture à adopter pour améliorer la mise en œuvre des interventions.

2. Le financement : Alors que le financement externe diminue, que faut-il faire pour plaider en faveur de modèles de codélivrance intégrés au niveau national ? Que doivent faire les partenaires pour soutenir ces modèles et les promouvoir au niveau international ?

Financement : Les participants ont discuté des problèmes de financement, par exemple les districts s'attendent toujours à ce que le financement provienne du ministère de la santé, mais les ministères de la santé attendent des districts qu'ils intègrent les approches de codélivrance dans leurs budgets existants. Les opportunités pourraient concerner le financement de contrepartie, si un donateur investit X - qu'est-ce que le pays investit ? Il est nécessaire de disposer de données sur ce qui est financé et par qui. La visibilité des données sur les MTN pour les ministères de la santé soutiendra et augmentera la mobilisation des ressources nationales (MRN). Il est important d'enregistrer les investissements des ministères de la santé. Au niveau international, on s'attend à ce que la budgétisation conjointe soit transparente. Dans le même temps, il est nécessaire que les donateurs s'adaptent aux calendriers des ministères de la santé et non l'inverse, afin de faciliter la budgétisation et l'établissement de rapports sur les campagnes intégrées. Le renforcement des capacités doit être inclus dans la budgétisation et l'établissement de rapports sur les progrès réalisés. La numérisation des outils pourrait faciliter une intégration plus poussée, la gestion des données étant un élément clé de l'intégration. Les participants ont discuté de la nécessité d'accroître le financement national et de trouver des moyens novateurs de générer des fonds. Comment diversifier les sources de financement ? Et si l'on compare les systèmes nationaux aux systèmes décentralisés, où les budgets sont-ils décidés ? Si c'est au niveau du district, comment la cartographie et la coordination des parties prenantes sont-elles soutenues ici ?

3. Le personnel : Qu'est-ce que cela signifie pour le système de santé, y compris pour les travailleurs communautaires, les travailleurs de campagne, les programmes de proximité, les bénévoles, le personnel des services de santé ?

Effectifs :

- Les agents de santé communautaires (ASC) s'attendent à ce que l'augmentation de leur charge de travail soit liée à des incitations supplémentaires. Il convient de solliciter l'avis, le retour d'information et les besoins des ASC, car cela a un impact évident sur les coûts et la qualité du service, la qualité de la prestation et la qualité des données. Des incitations non financières peuvent-elles être utilisées ? Développement de carrière pour les ASC ? Par exemple, les ASC sont au nombre de 60 000 au Rwanda, mais lorsque le budget de distribution de médicaments aux communautés arrive, il est souvent le plus important. Le AMM peut-il donc être inscrit dans les descriptions de poste des ASC ? Se plaindraient-ils alors d'une charge de travail trop importante, concentrée sur quelques jours par an seulement ? Et comment la formation sera-t-elle assurée et les dépenses couvertes ?
- Les rôles de bénévoles, tels que les distributeurs communautaires de médicaments, doivent également être pris en compte s'ils sont utilisés. Statut et reconnaissance formelle d'un rôle pour les bénévoles ? Les incitations peuvent-elles être liées à des indicateurs ? Est-il nécessaire de s'éloigner de la force bénévole ?

Annexe 1

Symposium technique : Intégration des systèmes de santé pour la schistosomiase et les MTN

Présidents : David Rollinson et Fiona Fleming ont présenté le symposium technique en soulignant les quatre questions qui seront explorées : i) Quels sont les facteurs de réussite de l'intégration ? ii) En comprenant ces facteurs, quels sont les processus à développer pour intégrer avec succès les services de lutte contre les MTN dans les plates-formes de distribution existantes ? iii) Comment l'impact des approches intégrées peut-il être contrôlé pour s'assurer que les progrès vers les objectifs mondiaux sont pris en compte ? iv) Quels sont les points de vue des partenaires, des bailleurs de fonds et des agences à grande échelle sur les approches intégrées et de co-distribution/codeliverance ?

Prudence Beinamaryo, responsable de la schistosomiase et de l'helminthiase transmise par sol au ministère ougandais de la santé, a d'abord présenté une nouvelle étude de cas sur la codélivrance de praziquantel dans le cadre des campagnes de la Journée de la santé de l'enfant en Ouganda. Cette approche a été développée à la suite d'un manque de fonds pour la mise en œuvre de l'AMD, alors qu'il fallait encore distribuer 14 211 000 comprimés de praziquantel à plus de 4,5 millions de personnes avant que les comprimés n'expirent à la fin de l'année 2024. Le ministère de la santé et ses partenaires ont examiné les autres plateformes de distribution existantes qui pourraient être exploitées et ont utilisé une série de critères, notamment l'alignement entre le(s) groupe(s) cible(s) et les mesures potentielles de



rentabilité, puis ils ont identifié les principaux éléments suivants les parties prenantes doivent s'engager et plaider pour obtenir l'approbation et le soutien nécessaires à tous les niveaux du ministère de la santé. Prudence a souligné les points suivants :

- Succès :
 - Adhésion du ministère de la santé et des parties prenantes au niveau du district,
 - L'intégration des PZQ AMM et des iCHD a eu lieu dans tous les districts prévus,
 - La livraison intégrée des fournitures et de la logistique jusqu'au dernier kilomètre a été réalisée,
 - Ce projet a permis de superviser étroitement les activités de AMM dans les districts,
 - Les médicaments ont été utilisés et préservés de la péremption.
- Défis :
 - Formation inadéquate sur la mise en place du PZQ et la collecte des données. Le temps était limité,
 - Manque de main-d'œuvre pendant la mise en œuvre pour réaliser toutes les interventions et documenter toutes les données,
 - Retards dans la communication des données PZQ.
- Recommandations :
 - Formation complète de tous les agents de santé à l'administration du PZQ et à l'établissement de rapports,
 - Ajouter du personnel supplémentaire par équipe pour soutenir l'équipe de vaccination,
 - Renforcer le plaidoyer en faveur de l'intégration à tous les niveaux,
 - Approche d'intégration progressive,
 - Il est nécessaire de disposer d'un petit financement pour soutenir la supervision afin de permettre un suivi.

Le deuxième exposé a été enregistré par Kristing Saarlans et Teshome Gebre de la Taskforce for Global Health sur la Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé (HCE), une coalition innovante qui cherche à changer l'écosystème fragmenté des campagnes de santé. La coalition HCE a entrepris des recherches dans 15 pays, démontrant les avantages et les meilleures pratiques associés à des campagnes mieux coordonnées et intégrées. Ces travaux ont abouti à l'élaboration d'une stratégie d'action concertée pour l'efficacité des campagnes (CAS), qui comprend 12 recommandations relevant de la planification et de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation, de la recherche, de l'apprentissage et de l'adaptation (MERLA), ainsi que du financement des campagnes. Le CAS vise à aider les pays à renforcer l'intégration et à réduire le nombre de campagnes globales, ainsi qu'à accroître l'efficacité et la transition vers le système de soins de santé primaires. Deux pays mettent en œuvre le CAS : l'Éthiopie et le Nigeria. Le Nigeria utilise un nouvel outil pour la cartographie et l'intégration des campagnes, y compris les considérations relatives à la prise de décision et à la planification. La Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé a accueilli favorablement le programme MTN.



Les gestionnaires et les partenaires de soutien peuvent les contacter pour obtenir de plus amples informations sur le CAS par l'intermédiaire de

<https://campaigneffectiveness.org/>

Dr Aimable Mbituyumuremyi, du ministère rwandais de la santé et du centre biomédical du Rwanda, a présenté les travaux du Rwanda sur la coordination des MTN avec la campagne de la semaine de la santé de l'enfant et du paludisme. Les campagnes de la semaine de la santé maternelle et infantile comportent huit éléments coordonnés : prévention du paludisme, cliniques prénatales, prestation de services de santé, planification familiale, allaitement maternel pendant les six premiers mois, profils de vaccination complets, dépistage de la malnutrition, WASH et AMM pour la schistosomiase et l'helminthiase transmise par le sol. Le mécanisme de coordination comporte trois étapes : Préparer, Financer et Mettre en œuvre, et les dispositions de mise en œuvre comprennent trois plates-formes de livraison : La communauté, l'école et les établissements de santé, assurés par 60 000 agents de santé communautaires. Le Dr Mbituyumuremyi a mis l'accent sur les nouveaux travaux visant à transférer les données sanitaires vers une plateforme numérique, le dossier médical électronique communautaire intégré (C-EMR), qui comprend l'enregistrement des ménages, les données de campagne, l'i-CCM, la gestion de la fièvre, l'administration individualisée des médicaments, le tableau de bord pour le suivi et l'évaluation, la gestion des stocks de médicaments AMM et bien plus encore.

Dr Carlos Torres-Vitolas, de Unlimit Health, a présenté le quatrième exposé sur la mesure des paramètres des approches intégrées. Il a parlé des recherches en cours en Ouganda, en collaboration avec le ministère de la santé, sur la distribution de praziquantel dans le cadre des journées intégrées de la santé infantile. L'approche utilisée comprend

1. Supervision du AMM : suivi de la mise en œuvre du traitement par PZQ par l'intermédiaire de l'iCHD - les paramètres comprennent : la couverture, la planification, la formation, la chaîne d'approvisionnement, la mobilisation sociale.
2. Évaluation du processus : évaluer la mise en œuvre du PZQ intégré avec l'iCHD et les facteurs qui ont influencé les résultats - une approche mixte devrait être utilisée pour évaluer : dans quelle mesure le processus de mise en œuvre a-t-il été respecté, conformément à la planification, toutes les parties prenantes se sont-elles engagées dans le processus comme prévu, quels facteurs contextuels ont affecté le processus de mise en œuvre, et dans quelle mesure les résultats observés ont-ils affecté l'impact global des interventions ?
3. Évaluation de la couverture : valider la couverture des enfants d'âge scolaire par rapport aux objectifs de couverture, en utilisant la méthodologie CES de l'OMS avec quelques modifications. Mesures incluses : Couverture, portée, validation, équité, acceptabilité et préférence.
4. Évaluation des politiques : identifier les obstacles et les facteurs facilitant l'intégration de la PZQ dans la plateforme iCHD. L'évaluation a porté sur la mesure dans laquelle les cadres normatifs existants permettent ou entravent l'intégration, quelles sont les lacunes dans les cadres normatifs existants pour l'intégration de la PZQ dans l'iCHD, quelles sont les mesures politiques qui soutiennent la durabilité à long terme et l'expansion des campagnes intégrées de AMM.

Dr Torres-Vitolas a fait part des premiers enseignements tirés de l'expérience :

- Un temps considérable est nécessaire pour examiner et adapter les systèmes et outils de suivi et d'évaluation existants.
- La mise en œuvre décentralisée, où les décisions sont prises au niveau du district, exige une certaine souplesse dans la mise en place des activités de suivi et d'évaluation.
- Les activités de suivi et d'évaluation nécessitent davantage de temps d'observation et d'examen lorsque la PZQ est mise en œuvre dans le cadre d'un programme intégré.
- Des informations sur le contexte programmatique général sont nécessaires pour interpréter les mesures spécifiques à une maladie.
- Une approche mixte est nécessaire pour saisir la complexité des opérations d'intégration, y compris la multiplicité des parties prenantes et des niveaux de mise en œuvre.

Le dernier exposé a été donné par Julia Battle, du bureau national de l'UNICEF au Rwanda, qui a présenté le point de vue de l'UNICEF sur les campagnes intégrées et la codélivrance des interventions relatives aux maladies sexuellement transmissibles. L'exposé a porté sur les questions suivantes :

1. Que pense l'UNICEF des approches intégrées de cofourniture ? Pour l'UNICEF, les approches intégrées de codélivrance offrent un moyen plus concerté de cibler et de traiter les principales causes de maladie et de décès chez les enfants, en réduisant potentiellement les coûts tout en s'attaquant à la co-infection/co-endémicité et en augmentant l'équité en atteignant les personnes les plus démunies. Cela peut réduire la lassitude des communautés et des populations cibles à l'égard des campagnes. Cependant, nous devons être clairs sur ce que nous entendons par intégration : s'agit-il de services de santé intégrés ou de campagnes de santé intégrées ? Les approches intégrées de codélivrance sont conformes au mandat de l'UNICEF : le travail de l'UNICEF vise à contribuer à la réduction du fardeau et de l'impact des MTN, en s'appuyant sur ses programmes intersectoriels - santé, nutrition, WASH, éducation et politique sociale - et sur ses fonctions transversales en matière d'approvisionnement, d'achat et de logistique, de changement de comportement social, de numérique et de plaidoyer/communication, guidés par différentes politiques et stratégies liées aux objectifs de l'agence et aux ODD.
2. Quels sont les aspects qui attirent l'UNICEF en tant qu'investissements ? Les approches qui guident le travail de l'UNICEF sont l'équité (ne laisser personne de côté), la santé tout au long de la vie en tant que continuum (fourniture holistique de services de santé qui couvrent l'enfant bien portant, l'enfant malade et la santé pendant la préconception, la grossesse, l'adolescence et l'âge adulte), et les plateformes intégrées (à l'échelle de la communauté, de l'école, de l'établissement ; liens intersectoriels entre la santé (santé de l'enfant, vaccination, santé maternelle), la nutrition, l'éducation et l'eau, l'assainissement et l'hygiène). L'exposé a mis en lumière des exemples de contributions de l'UNICEF Nigeria à l'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique intégrées aux programmes WASH dans 12 États, le soutien de l'UNICEF Ouganda à la campagne intégrée PEV + MTN en Ouganda, novembre 2024, l'exécution intégrée des campagnes de lutte contre la polio avec des interventions supplémentaires en matière d'antigènes et d'AMM.

3. Et que peut faire l'UNICEF pour soutenir ces approches ? Examiner les plates-formes de distribution et les mettre à jour avec les services et les liens actuellement disponibles ; des exemples ont été donnés du déploiement des vaccins contre le paludisme pour les 0-24 mois, de la campagne "Big Catch Up" qui pourrait explorer les possibilités de fournir des vermifuges en même temps que des vaccins.
- campagnes de rattrapage, doses de rappel pour le tétanos et la diphtérie pour les enfants de 4 à 7 ans et de 9 à 15 ans, cela pourrait-il inclure le vermifuge ? Soutenir la collaboration et la coordination régulières entre les programmes de lutte contre les MTN, la poliomyélite, la vaccination et le paludisme afin de convenir ensemble d'interventions et de les mettre en œuvre conjointement par l'intermédiaire de plates-formes identifiées et de visites aux enfants en bonne santé. L'UNICEF a ajouté qu'il s'intéressait à la recherche sur la mise en œuvre nécessaire pour produire les preuves opérationnelles des combinaisons qui fonctionnent le mieux, comment les institutionnaliser, comment ces approches peuvent-elles être plus durables, quels paramètres doivent être mesurés par le biais des systèmes de données intégrés existants, une feuille d'accompagnement peut-elle être élaborée pour l'intégration des programmes nationaux ?

Annexe 2

Diapositives de la séance en petits groupes Repenser les campagnes AMM : Tirer parti des campagnes de santé intégrées pour améliorer l'efficacité et l'impact.

Les diapositives des sessions en petits groupes et les fiches d'animation pour les activités de groupe sont accessibles via [ce lien](#).

Annexe 3

Liste des exemples et expériences partagés dans les groupes pour l'activité 1 de la session en petits groupes

Exemples

- **Sénégal** : Exemple de chimioprévention du paludisme saisonnier (SMC) plus chimiothérapie préventive SCH & HTS au Sénégal. Considérations : Sécurité - y a-t-il des effets secondaires dus à la PZQ avant l'administration du SMC, la prise de conscience et la sensibilisation sont importantes. Le SMC est populaire dans les communautés, ce qui favorise l'acceptabilité de la PZQ.
- **Ouganda** : vaccinations, vitamine A, PZQ et albendazole dans le cadre des journées de la santé de l'enfant en Ouganda. Mandat du ministère de la santé en raison des ressources limitées. Ressources humaines, livraison échelonnée, VHTS +CDDs. Risque de lassitude de la communauté. Combinaisons de médicaments IVM + ALB = un seul médicament. Défis : Le risque est que la couverture diminue et qu'un financement supplémentaire soit nécessaire. Profil de sécurité - intégration de la peur des effets secondaires - Les effets secondaires dus à la PZQ sont à nouveau à prendre en considération, il faut les revoir et sensibiliser à la nécessité de manger avant de prendre de la PZQ pour minimiser les effets secondaires.

- **Rwanda** : Les campagnes de la semaine de l'enfant et de la mère touchent les adultes et les enfants avec du PZQ et de l'albendazole - les communautés apprécient davantage le PZQ, de sorte que la combinaison est un avantage pour l'acceptabilité de l'albendazole. Les communautés apprécient davantage le PZQ, de sorte que la combinaison de ces deux produits est bénéfique pour l'acceptabilité de l'albendazole.
- **Éthiopie** : 16 paquets de santé plus la coordination et l'intégration du AMM. Campagnes de vermifugation et de vitamine A. Le défi majeur est que la formation peut représenter 80 % du coût de la mise en œuvre.
- **Kenya** : L'accord à tous les niveaux est crucial. Défi : les outils de collecte de données ne sont pas les mêmes. Les responsabilités doivent être clairement définies. Échelonner la mobilisation sociale. Les ressources humaines peuvent être débordées. Exemple d'intégration du SGF dans les programmes de santé sexuelle et génésique - de nombreux symptômes se chevauchent, utiliser le dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'infection. Un défi majeur est que le PZQ n'est pas disponible même en cas de diagnostic d'infection par le schisto. Le principal avantage est que beaucoup de ces femmes n'avaient jamais eu de soins de santé sexuelle auparavant, ce qui a permis d'augmenter le taux de participation au programme. Exemple d'eCHIS+ community Health Toolkit : Au, les registres et la chaîne de données étaient incohérents, imprécis ou manquants. Kenya met en œuvre un nouveau système avec eCHIS et Community Health Toolkit qui permet de suivre les individus dans le système, y compris les cas de non-conformité et les cas où le patient n'a jamais été traité. Auparavant, il y avait des problèmes de dénominateur, mais eCHIS utilise les registres communautaires pour mettre à jour la population. Le projet pilote a permis d'atteindre une couverture de 70 à 65 %. La géolocalisation des zones couvertes est incluse dans le CDD.
- **Bénin** : L'intégration a été tentée mais n'a pas abouti jusqu'à présent, les objectifs ne sont pas les mêmes pour les groupes d'âge - il est nécessaire d'élargir les groupes d'âge.
- **Malawi** : Expérience de l'intégration de l'acide folique +=service de routine. La couverture est un problème et il existe des besoins en matière de gestion des données.
- **Nigeria** : Exemple d'intégration de la formation SGF et de l'ensemble des services minimums, construction pour inclure la formation SGF et le schisto, dans les régimes de formation nationaux.
- **Madagascar** : Le programme de formation soutenu par The End Fund a été intégré dans une certaine mesure.
- **Soudan** : les programmes doivent tenir compte de la diversité des communautés - il existe des groupes multiethniques qui peuvent nécessiter des approches plus personnalisées axées sur l'engagement communautaire - cela comprendrait des approches intégrées.
- Exemples de maladies :
 - Trachome, une intégration sanitaire avec les populations mobiles/migrantes par l'intermédiaire de leur bétail et du bureau de santé vétérinaire.
 - HTS et Schisto - l'intégration la plus ancienne, initialement réalisée en raison du diagnostic conjoint de *S. mansoni* et de HTS et d'une association d'assainissement commune pour la transmission, mais avec des diagnostics différents, cette intégration devient moins fréquente et moins nécessaire.
 - Formation intégrée sur la schistosomiase génitale féminine destinée aux infirmières et aux professionnels de la santé génésique travaillant dans des établissements de santé primaire et dans le cadre de programmes de santé sexuelle et reproductif.