

Stratégie d'action collaborative (CAS) pour l'efficacité des campagnes de santé

Décembre 2023

HEALTH CAMPAIGN EFFECTIVENESS COALITION

Strengthen Systems.
Maximize Impact.

Crédit photo : Brent Stirton/Getty Images d'ITI | The Task Force for Global Health 2018

TABLE DES MATIÈRES

1 Glossaire
2 Résumé
4 Introduction
5 Contexte
6 Objectif principal et résultats anticipés du CAS
5 Processus d'élaboration conjointe des CAS
6 Engagement du pays
7 Approche de mise en œuvre
8 Aperçu des recommandations au niveau national dans le but d'améliorer l'efficacité des campagnes de santé
9 Recommandations en matière de planification et de mise en œuvre de la campagne
14 Recommandations en matière de surveillance et d'évaluation des campagnes
15 Recommandations en matière de financement de campagne
16 Gestion et suivi du CAS
17 Augmentation des recommandations
18 Annexes

- Plan de socialisation pour le CAS
- [Direction] Calendrier de haut niveau et étapes importantes pour les recommandations
- [Direction] Conseils sur les besoins supplémentaires en ressources pour les recommandations
- Mesures de réussite
- Définition étendue de l'efficacité de la campagne – Liste proposée de paramètres et d'indicateurs
- Étapes incrémentielles suggérées pour l'harmonisation (Rec. 3b)
- Ressources supplémentaires
- Remerciements
- Composition de l'équipe de travail de la stratégie d'action collaborative (CAS)
- Contributeurs à la stratégie d'action collaborative (CAS)

GLOSSAIRE

SIGNIFICATION DES ACRONYMES

BMGF	Bill & Melinda Gates Foundation
CAS	Stratégie d'action collaborative
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ETP	Employé à temps plein
GAVI	Gavi, l'Alliance du Vaccin (autrefois « Global Alliance for Vaccines and Immunization »)
GPEI	Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite
HCE	Efficacité des campagnes de santé
HMIS	Systèmes d'information sur la gestion de la santé
LMIC	Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires
NE	Niveau d'effort
ED	Équipe de direction
MERLA	Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation
MF	Ministère des Finances
ONG	Organisation non gouvernementale
MTN	Maladies tropicales négligées
SSP	Soins de santé primaires
VP	Validation de principe
POS	Procédures opérationnelles standard
TdR	Termes de référence
ONU	Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

L'équipe de direction de la Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé (HCE) a reconnu que, pour faire de réels progrès vers le renforcement des campagnes de santé et des systèmes de soins de santé primaires, il est impératif de mettre en pratique les résultats de la recherche, les enseignements tirés et les atouts collectifs de ses partenaires. Au cours des 10 premiers mois de 2023, l'équipe de direction a dirigé un processus participatif inclusif pour élaborer, de façon conjointe, une stratégie exploitable en faveur d'un changement transformateur.

La stratégie d'action **collective (Collaborative Action Strategy, CAS) résultante pour l'efficacité de la campagne de santé** a été conçue avec plus de 40 partenaires interdomaines aux niveaux mondial, régional et national. La Coalition HCE a tiré parti de l'expertise et de l'expérience de ces partenaires, y compris des pays déjà investis dans la réduction de la fragmentation des campagnes de santé, pour façonner les recommandations composant la stratégie.

Fondé sur l'action collective, le CAS est un engagement premier de son genre, élaboré de façon conjointe par les responsables de pays, les bailleurs de fonds de campagnes, les organisations bilatérales et multilatérales, et les ONG de cinq grands domaines de campagne de santé[1](ainsi que des spécialistes des systèmes de santé, de l'éthique et de l'économie de la santé), pour planifier, mettre en œuvre, évaluer et plus important, financer des campagnes d'une manière fondamentalement différente.

Au cours des trois dernières décennies, le financement spécifique aux maladies a augmenté, ce qui a contribué à la prolifération des campagnes spécifiques aux maladies. Par conséquent, le financement des campagnes est souvent vertical et fragmenté avec des pratiques, des procédures et des délais discordants pour le financement des campagnes de santé.

Le CAS est conçu pour guider les organisations de santé, les programmes et les gouvernements mondiaux vers un état futur où les programmes de campagne de santé collaborent efficacement les uns avec les autres et les services de santé correspondants afin de maximiser l'impact de toutes les campagnes de santé sur les résultats de santé dans les pays. Cela signifie l'intégration inter-campagne[2], qui est vitale pour que les pays atteignent les jalons mondiaux de la santé d'ici 2030, y compris les Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, en particulier l'ODD 3 concernant la santé et le bien-être, ainsi que les objectifs universels de soins de santé et spécifiques à la maladie.

Les 12 recommandations concrètes décrites dans le CAS sont liées à la planification et à la mise en œuvre, au suivi, à l'évaluation, à la recherche, à l'apprentissage et à l'adaptation, et au financement. Elles sont principalement destinées à améliorer la collaboration entre les campagnes de santé préventives, mais peuvent également servir à orienter l'intégration avec les efforts d'intervention d'urgence sanitaire, le cas échéant. Elles ont également été développées pour être contextualisées et adaptées afin de répondre aux opportunités, défis et besoins uniques d'un pays donné, offrant différentes approches pour mieux atteindre les objectifs de santé nationaux, sous-nationaux et communautaires. Ensemble, les recommandations fournissent une feuille de route significative loin du statu quo actuel et vers l'amélioration des campagnes de santé, ce qui permettra à son tour de meilleurs services de santé pour les populations.

De façon approfondie, les recommandations ne sont pas ciblées uniquement sur les pays. Le CAS est également un appel à l'action lancé aux acteurs mondiaux pour qu'ils s'engagent et apportent leur contribution afin de faire évoluer ce statu quo. Les bailleurs de fonds mondiaux, les agences techniques et les exécutants doivent accepter de consacrer les ressources financières et humaines, et de s'aligner sur les actions requises, nécessaires à la mise en œuvre du CAS et à l'obtention des résultats escomptés dans les pays.

À un haut niveau, les recommandations visent principalement à :

1. soutenir la mise en œuvre d'une coordination et/ou d'une intégration accrues et réduire la fragmentation en soulignant la valeur, les étapes clés et les acteurs
2. maximiser l'efficacité des campagnes et des ressources pour pallier les lacunes et traiter les priorités sanitaires nationales ; et servir de manière optimale les populations et les communautés cibles
3. approfondir la collecte d'informations sur les avantages et les opportunités de coordination et/ou d'intégration à travers les campagnes
4. favoriser la mise en place de processus et de sources de financement harmonisés et adaptés, afin que les pays soient mieux à même de mener des campagnes efficaces
5. soutenir la transition des interventions de campagne de santé vers le SSP à long terme
6. fournir des services de santé de haute qualité, équitables, accessibles et centrés sur la personne, qui répondent à des besoins de santé variés

[1] Comprend : les vaccinations, y compris la poliomyélite, les maladies tropicales négligées (MTN), le paludisme et la supplémentation en vitamine A/nutrition

[2] L'intégration couvre un éventail d'activités, de la collaboration à la fonctionnalité partagée ou une intégration partielle à la mise en œuvre conjointe complète des interventions, le cas échéant.

TABLEAU 1 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE HAUT NIVEAU SUR LE CAS

Liste des recommandations pour une meilleure efficacité de la campagne

1. **Planification et mise en œuvre**
   - 1a) Établir ou tirer parti d'un organisme de coordination nationale multisectoriel et inter-campagnes existant
   - 1b) Identifier les campagnes et les domaines de collaboration et d'intégration
   - 1c) Élaborer un plan de travail et un calendrier pluriannuels pour les campagnes
   - 1d) Harmoniser les outils et les opérations (p. ex. logistique, chaîne d'approvisionnement, microplanification) entre les campagnes
   - 1e) Développer une approche coordonnée et efficace pour permettre un engagement actif de la communauté à tous les niveaux et toutes les phases

2. **Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation (MERLA)**
   - 2a) Au sein des pays, développer une stratégie MERLA coordonnée et collaborative à travers les campagnes
   - 2b) Aligné sur la stratégie MERLA coordonnée du pays, améliorer la capacité des partenaires et des exécutants de campagne à identifier, mesurer, utiliser et partager des données sur l'efficacité de la campagne
   - 2c) Au niveau mondial, développer une plateforme d'apprentissage et un cadre MERLA comme recommandation pratique pour les pays et les parties prenantes mondiales

3. **Financement de campagne**
   - 3a) Créer une vue complète du financement de campagne au niveau du pays
   - 3b) Prendre des mesures progressives pour harmoniser et aligner le financement de la campagne
   - 3c) Harmoniser et aligner les modalités et les taux de paiement incitatifs entre les campagnes
   - 3d) Faire progresser le rôle du gouvernement dans le financement des campagnes

La mise en œuvre réussie du CAS nécessitera un engagement fort de la part de tous les partenaires de campagne aux niveaux mondial, régional, national et sous-national pour travailler activement ensemble sur les actions et changements nécessaires identifiés dans la stratégie. Les bailleurs de fonds, les personnes chargées de la mise en œuvre et d'autres partenaires peuvent être invités à fournir des ressources nouvelles ou mieux alignées (c.-à-d. humaines, financières, techniques) et les agences multilatérales et des Nations Unies peuvent avoir besoin de revoir leurs politiques et leurs directives normatives ou techniques sur les campagnes. Les ministères de la Santé peuvent avoir besoin de prendre des mesures pour ajuster les ressources financières et humaines afin de faciliter une approche plus collaborative à travers les programmes de maladies pour réduire la fragmentation et renforcer la planification et la mise en œuvre des campagnes, comme la création d'une unité de coordination ou d'un point focal pour superviser les activités CAS.

Le CAS sera mis en œuvre en deux phases sur une période de 5 ans :

- Phase 1 : La phase de « lancement » vise à lancer le processus de changement systémique dans trois pays cibles et à démontrer un éventail de pratiques et de politiques prometteuses. À partir de la fin de l'année 2023, et en collaboration avec les partenaires mondiaux de la Coalition HCE qui s'engagent à promouvoir et faire progresser les changements nécessaires au sein de leurs organisations respectives, les pays cibles adapteront et mettront en œuvre les recommandations CAS, élaboreront des plans opérationnels spécifiques au pays, et surveilleront et mesureront leurs résultats au cours des 2 à 3 prochaines années.
- Phase 2 : La phase d'extension débutera 2 à 3 ans après le début de la mise en œuvre du CAS dans les pays cibles. Les enseignements de la phase 1 seront compilés et analysés pour affiner les recommandations CAS afin de les rendre a) plus applicables à grande échelle, et/ou b) plus applicables à un large éventail de contextes ou d'environnements de pays.

Au cours des cinq prochaines années, la Coalition HCE soutiendra tous les partenaires tout au long de cette transition en fournissant une **plateforme pour partager et apprendre les uns des autres, documenter et diffuser les résultats, et défendre le changement durable.** Il est important de noter que ce changement nécessitera des changements significatifs de la part des parties prenantes internationales et des systèmes de santé nationaux. Ensemble, nous allons affiner notre compréhension de ce qu'il faut pour que les campagnes soient efficaces et atteignent les objectifs de santé et d'équité.

INTRODUCTION

La **stratégie d'action collaborative (CAS) pour l'efficacité des campagnes de santé** est conçue pour guider les organisations, programmes de santé mondiale et gouvernements vers un état futur où les programmes de campagne de santé[3] collaborent efficacement entre eux et les services de santé correspondants afin de maximiser l'impact de toutes les campagnes de santé sur les résultats de santé à court et moyen terme. Il est important de noter qu'elle vise également à catalyser des systèmes de santé plus puissants, plus résilients et dirigés par le pays à long terme, avec pour objectif ultime de fournir des services de santé durables et équitables pour tous.

La stratégie renseignera le travail des différents partenaires de campagne de santé (organisations mondiales et régionales, bailleurs de fonds, ministères de la Santé et partenaires de mise en œuvre[4]) dans trois pays cibles, puis à grande échelle (c.-à-d. des apprentissages concrets liés à l'amélioration de la mise en œuvre de la campagne et au renforcement de la coordination et de l'intégration avec les services de soins de santé primaire, seront exploités et adaptés à un contexte régional et mondial au cours des cinq prochaines années).

CONTEXTE



Dans les contextes où plusieurs campagnes de santé ont lieu, la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et le financement peuvent être fragmentés, réalisés avec peu de communication ou de collaboration entre les campagnes, et une coordination inadéquate entre les systèmes de santé nationaux. Ceci entraîne des inefficacités et des inégalités stratégiques, financières et opérationnelles qui peuvent contraindre les systèmes de santé, surcharger les agents de santé, affaiblir les services de santé et limiter l'impact potentiel des campagnes.

Pour relever ces défis, en 2020, un ensemble diversifié de parties prenantes mondiales et nationales se sont réunies pour former la Coalition pour l'efficacité des campagnes sanitaires (HCE). Depuis sa création, la Coalition HCE a pris plusieurs mesures importantes pour transformer sa vision de campagnes de santé de haute qualité et à fort impact en réalité sur le terrain dans les pays. Celles-ci comprenaient une série d'événements d'apprentissage et d'études de recherche de mise en œuvre qui ont identifié de multiples opportunités et pratiques prometteuses pour renforcer la collaboration intersectorielle et interdomaine, et améliorer au final les résultats de campagne et de santé globale.

L'équipe de direction HCE a reconnu que, pour faire de réels progrès vers le renforcement des campagnes de santé, il est impératif de faire passer les résultats de la recherche, les enseignements et les forces collectives de ses partenaires dans la pratique. Au cours des 10 premiers mois de 2023, l'équipe de direction a dirigé un processus participatif inclusif pour élaborer, de façon conjointe, une stratégie exploitable en faveur d'un changement transformateur. La stratégie d'action collective (CAS) résultante pour l'efficacité de la campagne de santé a été conçue avec plus de 40 partenaires interdomaines aux niveaux mondial, régional et national. La Coalition HCE a tiré parti de l'expertise et de l'expérience de ces partenaires, y compris des pays déjà investis dans la réduction de la fragmentation des campagnes de santé, pour façonner les recommandations composant la stratégie.

[3]Les campagnes sont des activités intermittentes limitées dans le temps qui sont déployées pour relever rapidement des défis épidémiologiques spécifiques afin de combler les lacunes dans le domaine de l'accouchement ou de fournir une couverture de pointe pour les interventions de santé. Elles peuvent être utilisées pour répondre à des épidémies de maladies, éliminer des maladies ciblées en tant que problème de santé publique, éradiquer complètement la maladie ou atteindre d'autres objectifs de santé.

[4]Les partenaires de mise en œuvre (ou exécutants) désignent toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de campagnes de santé (ONG gouvernementales, locales et internationales, organisations de services communautaires, entités publiques ou privées...). Ce document comprend « la mise en œuvre » telle que définie dans la Recherche définissant l'amélioration des systèmes de santé de Remme et al. : mise en place « vise à développer des stratégies pour les interventions de santé disponibles ou nouvelles afin d'améliorer l'accès et l'utilisation de ces interventions par les populations dans le besoin ».

Crédit photo : Groupe de travail sur la santé mondiale (The Task Force for Global Health)

OBJECTIF PRINCIPAL ET RÉSULTATS ANTICIPÉS DU CAS

Le CAS est conçu pour apporter une valeur ajoutée tangible dans plusieurs domaines clés. **Fondamentalement, le CAS n'est pas seulement un guide pratique pour les pays. C'est également un appel à l'action lancé aux acteurs mondiaux pour qu'ils s'engagent et apportent leur contribution afin de faire évoluer ce statu quo.** Les bailleurs de fonds mondiaux, les agences techniques et les exécutants doivent accepter de consacrer les ressources financières et humaines, et de s'aligner sur les actions requises, nécessaires à la mise en œuvre du CAS. **Les résultats anticipés qui apporteront une valeur ajoutée significative aux pays comprennent, mais sans s'y limiter :**

- réduire la fragmentation des programmes de santé publique en améliorant l'efficacité, la collaboration et la coordination entre les partenaires (p. ex. le ministère de la Santé, les exécutants, les donateurs, les parties prenantes sous-nationales et communautaires) pendant les phases de planification et de mise en œuvre
- mettre sur pied des campagnes plus efficaces, ciblées et intégrées, y compris la mise en œuvre conjointe, le cas échéant, qui optimisent les ressources financières, techniques et humaines, et atteignent les communautés défavorisées ou à dose nulle
- rationaliser les approches de mesure, de surveillance, d'évaluation et d'apprentissage tout en favorisant le partage d'informations sur l'efficacité des interventions et les populations manquées parmi les différents programmes
- harmoniser les processus et les flux de financement pour réduire la charge pesant sur les pays, atténuer la fragmentation des programmes de santé, soutenir les approches intégrées et de partage des coûts et reprogrammer les économies de coûts pour d'autres activités, et améliorer la libération des fonds dans les délais vers les pays
- renforcer et intégrer des fonctions sélectionnées des campagnes de santé au système SSP à court terme (p. ex. logistique de la chaîne d'approvisionnement, HMIS et surveillance, financement, personnel de santé)
- soutenir la transition des interventions de campagne de santé vers le système SSP à long terme
- atteindre les objectifs de santé mondiaux, y compris les ODD 3, UHC2030 et les objectifs définis dans le Programme de vaccination 2030, une feuille de route pour les NTD 2021-2030, la Stratégie technique mondiale pour le paludisme, la stratégie de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio, le Groupe de travail mondial sur la feuille de route du contrôle du choléra 2030, et par l'Alliance mondiale pour la vitamine A
- accélérer les progrès vers la réduction des lacunes en matière de santé publique à la suite de la pandémie de COVID-19
- aligner les partenaires sur une définition élargie de l'efficacité de la campagne
- l'augmentation de la couverture équitable de la campagne et de l'engagement authentique de la communauté à tous les niveaux et toutes les phases des campagnes de santé

PROCESSUS D'ÉLABORATION CONJOINTE DES CAS

Fondé sur l'action collective, le CAS est un engagement premier de son genre, élaboré de façon conjointe par les responsables de pays, les bailleurs de fonds de campagnes, les organisations bilatérales et multilatérales, et les ONG de cinq grands domaines de campagne de santé[5] (ainsi que des spécialistes des systèmes de santé, de l'éthique et de l'économie de la santé), pour planifier, mettre en œuvre, évaluer et financer des campagnes d'une manière fondamentalement différente. Le CAS comprend une douzaine de recommandations concrètes (présentées dans la section suivante), développées par un groupe diversifié de partenaires de la Coalition (organisés en 4 équipes de tâches) et approuvées par l'Équipe de direction de la Coalition HCE[6], afin d'améliorer l'efficacité des campagnes de santé au niveau national et sous-national. Ensemble, les recommandations fournissent une feuille de route significative loin du statu quo actuel et vers l'amélioration des campagnes de santé, ce qui permettra à son tour de meilleurs services de santé pour les populations.

Les recommandations ont été produites par quatre équipes de tâches transversales axées sur :

1) Planification et mise en œuvre de la campagne
2) MERLA (Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation)
3) Financement de campagne
4) Engagement politique et leadership

Chaque groupe de travail (voir l'annexe H, « Remerciements », pour la liste complète des membres des groupes de travail et des organisations représentées) était dirigé par deux coprésidents ; a tenu environ cinq réunions virtuelles entre juin et octobre 2023, a élaboré et affiné ses recommandations de manière asynchrone, et a participé à deux ateliers réunissant l'ensemble des groupes de travail. Le processus d'élaboration a été facilité et coordonné par le Bureau du programme HCE du groupe de travail sur la santé mondiale avec le soutien des consultants du Camber Collective. Lors de l'élaboration des recommandations, chaque groupe de travail a passé en revue la littérature récente et pertinente ainsi que les résultats du portefeuille de recherche sur la mise en œuvre soutenu par le HCE, afin d'identifier les pratiques prometteuses et les possibilités d'améliorer la collaboration et l'intégration entre la planification, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et le financement des campagnes.

[5]Comprend : les vaccinations, notamment contre la poliomyélite, les maladies tropicales négligées (MTN), le paludisme, ainsi que la nutrition et la supplémentation en vitamine A

[6]L'équipe de direction de la Coalition HCE, composée de représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), de GAVI (l'Alliance du vaccin), du Fonds mondial, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), du Centre Carter et du Nigerian National Primary Health Care Development Agency (Agence nationale nigériane pour le développement des soins de santé primaires)

Grâce à ce processus interactif, les équipes ont clarifié et défini :

1. le problème ou le défi que chaque recommandation vise et en quoi elle serait bénéfique ou rendrait service aux pays
2. les acteurs et les actions ou activités spécifiques qui leur sont demandées
3. de manière générale, les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les recommandations
4. des étapes clés ou des mesures de la réussite.

ENGAGEMENT NATIONAL

Bien que cette version initiale du CAS ait été examinée et approuvée par l'équipe de direction HCE, du point de vue de la direction du pays, ces recommandations peuvent être considérées comme un point de départ pour la discussion, la délibération et l'affinement. À partir de novembre 2023, sous l'égide du Bureau du programme HCE, l'équipe de direction HCE engagera officiellement le dialogue avec une sélection de pays, ainsi qu'avec les représentants régionaux et nationaux de leurs organisations, afin de recueillir des contributions supplémentaires sur le CAS et ses recommandations, et de les inviter à « adhérer » à l'adaptation et à la mise en œuvre du CAS, avec le soutien des partenaires de la Coalition HCE.

La Coalition HCE prévoit que le CAS soit utilisé comme ressource pour travailler avec et aux côtés des pays afin de trouver un équilibre stratégique de campagnes ciblées hautement efficaces en conjonction avec les services de santé primaire en cours, dans le but d'atteindre et de maintenir des objectifs de développement de la santé pour toutes les populations.

La Coalition HCE ne prévoit pas que le CAS soit utilisé pour forcer les bailleurs de fonds existants à réduire les campagnes de santé ou les services de santé, pour réduire les enveloppes budgétaires totales pour les campagnes de santé ou les priorités transversales du système de santé, ou pour perturber ou contredire les efforts ou les entités collaboratives existantes.



Crédit photo : Groupe de travail sur la santé mondiale (The Task Force for Global Health)

La Coalition HCE cherche à établir un partenariat fondé sur la confiance avec les dirigeants nationaux qui reconnaissent la valeur du CAS et de ses recommandations préliminaires, et qui souhaitent s'engager, dans les mois et les années à venir, dans un véritable processus de codéveloppement guidé par les priorités et les objectifs sanitaires immédiats et futurs de leurs pays. **Les parties intéressées sont invitées à faire part de leurs questions, critiques et demandes d'informations, en fonction de l'intérêt que cela présente pour elles ainsi que pour les campagnes de santé, les services et les populations qu'elles représentent.**

Après l'adhésion des pays (c'est-à-dire « pays cibles »), il y aura des opportunités de **contextualiser et de personnaliser les recommandations et les activités en fonction de leurs besoins.** Au cours de la mise en œuvre initiale du CAS dans deux ou trois « pays cibles », les informations relatives à la mise en œuvre et à l'adoption des recommandations seront partagées et utilisées pour apporter les ajustements nécessaires. Début 2024, un plan d'action et de surveillance de l'Année 1 du CAS sera élaboré par le Bureau du programme HCE et l'équipe de direction en collaboration **avec les pays cibles. D'autres groupes de travail ou structures de soutien de la Coalition peuvent être identifiés pour soutenir ce plan. L'objectif est que le CAS reste un document vivant et pertinent, élaboré conjointement par les partenaires de la Coalition HCE et reflétant les priorités et les besoins des parties prenantes de la campagne aux niveaux national, régional et mondial.** Surtout, il s'agit également d'une feuille de route qui trace la voie vers une transformation durable des systèmes, permettant ainsi aux gouvernements d'offrir à chacun la possibilité de mener une vie plus saine, plus longue et plus productive.

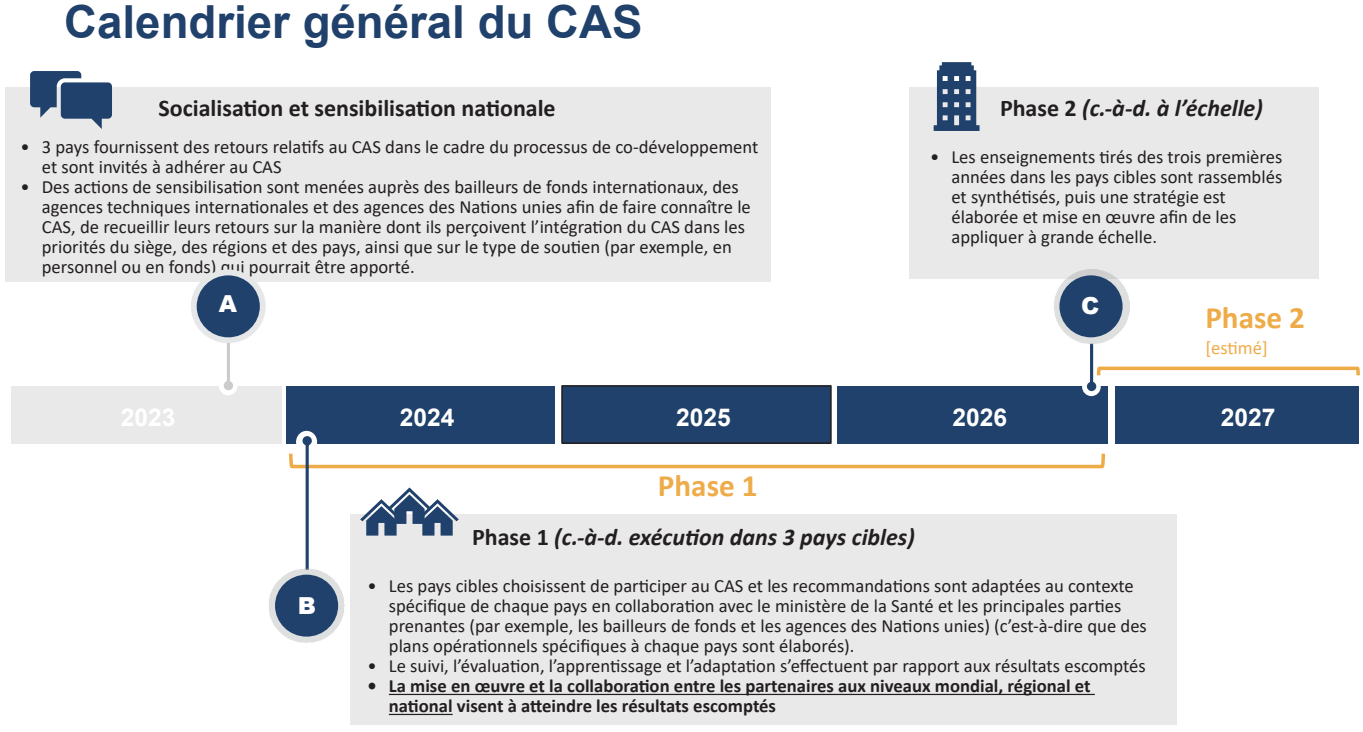
APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre réussie du CAS nécessitera un engagement fort de la part de tous les partenaires de campagne aux niveaux mondial, régional, national et sous-national pour travailler activement ensemble sur les actions et changements nécessaires identifiés dans la stratégie. Les bailleurs de fonds, les personnes chargées de la mise en œuvre et d'autres partenaires peuvent être invités à fournir des ressources nouvelles ou mieux alignées (c.-à-d. humaines, financières, techniques) et les agences multilatérales et des Nations Unies peuvent avoir besoin de revoir leurs politiques et leurs directives normatives sur les campagnes. Les ministères de la Santé peuvent avoir besoin de prendre des mesures pour ajuster les ressources financières et humaines afin de faciliter une approche plus collaborative à travers les programmes de maladies pour réduire la fragmentation et renforcer la planification et la mise en œuvre des campagnes.

Le CAS sera mis en œuvre en plusieurs phases sur une période de 5 ans :

- Phase 1 : La phase de « lancement » vise à lancer le processus de changement systémique dans trois pays cibles et à démontrer un éventail de pratiques et de politiques prometteuses. À partir de la fin de l'année 2023, et en collaboration avec les partenaires mondiaux et régionaux de la Coalition HCE qui s'engagent à promouvoir et faire progresser les changements nécessaires au sein de leurs organisations respectives, les pays cibles adapteront et mettront en œuvre les recommandations CAS, élaboreront des plans opérationnels spécifiques au pays, et surveilleront et mesureront leurs résultats au cours des 2 à 3 prochaines années. **L'objectif est d'améliorer concrètement l'efficacité de la campagne dans ces pays,** tout en fournissant une validation de principe avant l'extension mondiale dans une deuxième phase qui devrait commencer en 2026. En tant que membres actifs de la coalition HCE, le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes clés des pays ciblés s'engageront avec la communauté de la campagne au sens large pour partager des informations sur la manière dont les partenaires nationaux et mondiaux collaborent et travaillent différemment pour faciliter le changement et atteindre de meilleurs résultats de campagne.
- Phase 2 : La phase d'extension débutera deux à trois ans après le début de l'exécution du CAS dans les deux à trois pays cibles. **Les enseignements de la phase 1 seront compilés et analysés pour affiner les recommandations CAS afin de les rendre a) plus applicables à grande échelle, et/ou b) plus applicables à certains contextes ou environnements de pays.** Sous l'égide du Bureau du programme HCE, le processus spécifique de déploiement à grande échelle sera élaboré conjointement par l'équipe de direction du programme HCE et les pays concernés à partir de la fin de la deuxième année.

Figure 1 : Aperçu de haut niveau des phases et du calendrier CAS



Au cours des cinq prochaines années, la Coalition HCE soutiendra tous les partenaires tout au long de cette transition en fournissant **une plateforme pour partager et apprendre les uns des autres, documenter et diffuser les résultats, et défendre le changement.** Il est important de noter que ce changement nécessitera des changements significatifs de la part des parties prenantes internationales et des systèmes de santé nationaux. Ensemble, nous allons affiner notre compréhension de ce qu'il faut pour que les campagnes soient efficaces et atteignent les objectifs de santé et d'équité.

APERÇU DES RECOMMANDATIONS AU NIVEAU NATIONAL DANS LE BUT D'AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES CAMPAGNES DE SANTÉ

Les sections ci-dessous présentent les **12 recommandations qui constituent le fondement du CAS** et sa **vision d'une collaboration plus étroite et d'une efficacité accrue à tous les niveaux**, ce qui se traduira par un impact plus important au niveau national, notamment par l'amélioration des résultats en matière de santé et le renforcement des systèmes de santé. Les recommandations sont organisées autour de trois sujets clés (c.-à-d. planification et mise en œuvre de la campagne ; MERLA[7] ; financement de la campagne) et sont principalement destinées à :

1. soutenir la mise en œuvre d'une coordination/intégration accrue et réduire la fragmentation en soulignant la valeur, les étapes clés et les acteurs
2. maximiser l'efficacité des campagnes et des ressources pour pallier les lacunes et traiter les priorités sanitaires nationales ; et servir de manière optimale les populations et les communautés cibles
3. approfondir la collecte d'informations sur les avantages et les opportunités de coordination/intégration à travers les campagnes
4. favoriser la mise en place de processus et de sources de financement harmonisés et adaptés, afin que les pays soient mieux à même de mener des campagnes efficaces
5. soutenir la transition des interventions de campagne de santé vers le système SSP à long terme
6. fournir des services de santé de haute qualité, équitables, accessibles et centrés sur la personne, qui répondent à des besoins de santé variés

Vous trouverez ci-dessous un résumé général des recommandations du CAS, suivi d'une présentation détaillée de chacune d'entre elles :

TABLEAU 2 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE HAUT NIVEAU

Liste des recommandations pour une meilleure efficacité de la campagne

1. **Planification et mise en œuvre**
   - 1a) Établir ou tirer parti d'un organisme de coordination nationale multisectoriel et inter-campagnes existant
   - 1b) Identifier les campagnes et les domaines de collaboration et d'intégration
   - 1c) Élaborer un plan de travail et un calendrier pluriannuels pour les campagnes
   - 1d) Harmoniser les outils et les opérations (p. ex. logistique, chaîne d'approvisionnement, microplanification) entre les campagnes
   - 1e) Développer une approche coordonnée et efficace pour permettre un engagement actif de la communauté à tous les niveaux et toutes les phases
2. **Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation (MERLA)**
   - 2a) Au sein des pays, développer une stratégie MERLA coordonnée et collaborative à travers les campagnes
   - 2b) Aligné sur la stratégie MERLA coordonnée du pays, améliorer la capacité des partenaires et des exécutants de campagne à identifier, mesurer, utiliser et partager des données sur l'efficacité de la campagne
   - 2c) Au niveau mondial, développer une plateforme d'apprentissage et un cadre MERLA comme recommandation pratique pour les pays et les parties prenantes mondiales
3. **Financement de campagne**
   - 3a) Créer une vue complète du financement de campagne au niveau du pays
   - 3b) Prendre des mesures progressives pour harmoniser et aligner le financement de la campagne
   - 3c) Harmoniser et aligner les modalités et les taux de paiement incitatifs entre les campagnes
   - 3d) Faire progresser le rôle du gouvernement dans le financement des campagnes

[7] Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation

1. RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE

Présentation : Aux niveaux national et régional, les phases de planification et de mise en œuvre des campagnes sont souvent semées d'embûches, notamment une coordination insuffisante entre les différentes campagnes, un manque de planification à long terme et de flexibilité, une implication insuffisante des communautés dès le début, une participation insuffisante des principales parties prenantes, un manque de coordination des processus opérationnels (par exemple, l'approvisionnement et la logistique) et des priorités divergentes par rapport aux initiatives spécifiques à certaines maladies. Des campagnes hautement coordonnées, intégrées et efficaces nécessitent de nouvelles méthodes de travail. Les recommandations ci-dessous visent à surmonter ces défis et à soutenir l'atteinte des objectifs du système de santé grâce à une utilisation hautement efficace, coordonnée et équitable des campagnes.

RECOMMANDATION 1A :
Établir ou tirer parti d'un organisme de coordination nationale multisectoriel et inter-campagnes existant

Mettre en place (ou s'appuyer sur une structure existante) un organisme de coordination nationale et de prise de décision inter-campagnes, fonctionnel, adapté, transparent, multisectoriel et doté de ressources suffisantes, qui inclue les instances dirigeantes nationales (ainsi que les structures infranationales, le cas échéant et lorsque cela est approprié).

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Un organisme de coordination inter-campagne fonctionnel offrira aux pays une supervision de campagne hautement coordonnée et rationalisée, y compris la collaboration et l'intégration.
La coordination entre les campagnes multisectorielles permettra de rationaliser les efforts nationaux et d'exploiter les ressources existantes de manière plus efficace pour accélérer durablement la réalisation des objectifs de développement liés à la santé.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

L'**organisme de coordination nationale** doit être établi et dirigé par le ministère de la Santé[8] avec la participation active du ministère des Finances et composé de hauts dirigeants de ministères gouvernementaux clés, de responsables nationaux/responsables de programme pour les agences de santé mondiales et les bailleurs de fonds (p. ex. UNICEF, OMS, GAVI), d'ONG locales et internationales et d'acteurs de la société civile (pour assurer la perspective communautaire). Le cas échéant, l'organisme de coordination doit inclure des parties prenantes sous-nationales et des experts en santé dans tous les domaines et les programmes de santé qui mettent en œuvre des campagnes.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

Cette recommandation nécessite une analyse initiale des parties prenantes afin d'identifier les structures qui existent actuellement au niveau national et sous-national (p. ex. l'ICC pour l'immunisation) et les parties prenantes qu'il convient d'inclure dans cet organisme. En tant qu'étape préliminaire, une cartographie des partenaires concernés impliqués dans toutes les campagnes de santé doit avoir lieu afin d'identifier qui doit faire partie de l'organisme. Par la suite, les activités nécessaires à l'établissement et au fonctionnement de l'**Organisme de coordination nationale** comprendront :

1. l'élaboration des termes de référence (TdR) et l'initiation de l'organisme (en exploitant les organismes de coordination existants lorsque cela est possible, ou en créant une nouvelle structure, si nécessaire)
2. superviser toutes les recommandations, campagnes et intégrations de campagnes croisées du CAS ainsi que la formation de tous les groupes de travail techniques requis pour exécuter les recommandations (p. ex. budget, logistique/chaîne d'approvisionnement, MERLA, engagement communautaire)
3. gérer les stratégies, le budget, les procédures et la supervision de soutien inter-campagne, et
4. développer et mettre en œuvre un plan de communication et de plaidoyer

[8] L'organisation et la composition de la structure d'accueil (par exemple au sein du ministère de la Santé) seront déterminées par le ministère de la Santé.

Quel est le calendrier estimé[9] et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 1 mois pour l'analyse préliminaire des parties prenantes et l'identification des structures de coordination existantes
- 2 mois pour rédiger les TdR et impliquer les membres potentiels
- 2 mois pour mettre officiellement en place l'organisme coordonnateur national et débuter l'exécution
- 3 mois pour élaborer et mettre en œuvre un plan de communication et de plaidoyer (1 mois pour le développement, 2 pour l'exécution)

[durée de mise en œuvre estimée : 8 mois]

RECOMMANDATION 1B : Identifier les campagnes et les domaines de collaboration et d'intégration

L'**Organisme de coordination nationale** multisectoriel identifiera les domaines de la campagne qui se prêtent le mieux à une planification globale, consolidée et collaborative, notamment en évaluant les possibilités d'intégration totale (« mise en œuvre conjointe ») et d'intégration partielle (« collaboration »).

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Certaines campagnes et certains contextes sont mieux placés que d'autres pour bénéficier d'une collaboration et d'une intégration accrues et améliorées. Une évaluation appropriée des opportunités de collaboration et d'intégration et du chevauchement peut faciliter une meilleure compréhension du moment et de la manière d'intégrer les campagnes et d'améliorer l'efficacité globale dans la gestion et l'utilisation des ressources de la campagne.
La mise en œuvre de la recommandation permettra une vision claire et dynamique des campagnes adaptées à cette intégration, et améliorera au final le système de santé local.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation est destinée à l'Organisme **de coordination nationale** décrite au point 1a et doit être incluse dans ses TdR. Les représentants au niveau opérationnel du ministère de la Santé et les partenaires concernés doivent être inclus, le cas échéant.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

1. définir des critères pour soutenir l'identification des campagnes d'intégration (n.-b. une réévaluation de routine et une adaptation de ces critères doivent avoir lieu)
2. recenser de manière exhaustive les possibilités d'intégration entre les campagnes et les programmes (par exemple, mise en œuvre conjointe ou collaboration) dont les populations cibles, la gestion des données, la logistique et les zones géographiques se recoupent
3. développer un processus et une plateforme pour faciliter la cartographie dynamique des opportunités et les mises à jour des critères d'intégration

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 2 mois pour élaborer des critères afin d'identifier les campagnes à intégrer
- 2 mois pour cartographier les campagnes et les opportunités de collaboration et d'intégration
- Mettre sur pied un processus et une plateforme pour la cartographie dynamique et la mise à jour cohérente des critères d'intégration au cours de la première année

[délai estimé de mise en œuvre : 4 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

[9] Ce calendrier estimé (et tous les autres éléments du document) est indicatif et directionnel et doit être adapté au contexte local. Pour cette section et des recommandations similaires, un graphique de GANTT directionnel soulignant le séquençage et un calendrier indicatif sont disponibles dans l'Annexe D.

RECOMMANDATION 1C :
Élaborer un plan de travail intégré pluriannuel couvrant l'ensemble des campagnes, ainsi qu'un calendrier (par exemple, un agenda) pour ces dernières

Élaborer un plan et un calendrier pluriannuels complets, intégrés et inclusifs, inter-campagnes pour les campagnes moins réactives/plus proactives, plus dynamiques et tirant mieux parti des opportunités de collaboration et d'intégration percutantes.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Une planification et une élaboration de calendriers collaboratives et proactives, à l'échelle de l'ensemble des campagnes, permettront à ces dernières, au système de SSP et aux bailleurs de fonds de mieux anticiper l'ampleur des efforts requis et d'améliorer la gestion et l'utilisation en temps opportun des ressources humaines et financières locales. En outre, les pays pourront adapter le plan périodiquement lorsqu'ils devront faire face à des besoins plus réactifs, en tirant parti des ressources décrites dans le plan.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation cible l'**Organisme de coordination nationale** et relève de ses TdR et de sa mission. Les représentants au niveau opérationnel et sous-national du ministère de la Santé et les partenaires concernés doivent être inclus, le cas échéant.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

1. L'organisme de coordination (1a) élaborera un plan intégré couvrant une période de 3 à 5 ans comprenant : a) un plan de travail, b) un budget (fondé sur les informations recueillies dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations 3a et 3b), et c) un calendrier des campagnes visant à soutenir la coordination et l'intégration
2. alors que cette recommandation se concentre principalement sur les campagnes de santé préventives, un processus et un plan permettant d'identifier la manière d'inclure les campagnes d'urgence doivent être développés
3. élaborer un processus et un plan visant à réévaluer et à adapter chaque année le calendrier, le budget et le plan de travail, selon les besoins

Remarque : le plan de travail doit, dans la mesure du possible, s'aligner sur la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de vaccination ; si la stratégie nationale de santé ne contient aucune disposition relative à l'intégration des campagnes, des actions de plaidoyer pourraient être menées afin que la stratégie nationale concernée intègre ce plan de travail. Remarque 2 : cette recommandation doit être mise en œuvre parallèlement à la recommandation 2a (stratégie MERLA), idéalement dans un seul et même document afin d'assurer la cohérence et d'éviter les doublons.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 à 4 mois pour élaborer un plan de travail, un budget et un calendrier, comprenant notamment une procédure et un plan pour l'intégration de campagnes d'urgence ainsi qu'une évaluation annuelle

[délai estimé de mise en œuvre : 3 à 4 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 1D :
Harmoniser les outils et les opérations entre les campagnes

Élaborer un plan détaillé visant à harmoniser les outils, la logistique, la gestion des données et les chaînes d'approvisionnement entre les différentes campagnes, en s'appuyant sur des groupes de travail techniques inter-campagnes consacrés à des thèmes spécifiques.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

L'harmonisation des outils et des opérations peut améliorer l'efficacité, permettre de gagner du temps et d'économiser des ressources lors de la planification et de la mise en œuvre, alléger la pression sur le système de soins de santé primaires et garantir une plus grande transparence dans l'ensemble des campagnes.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

L'**Organisme de coordination nationale**(1a) mettra en place plusieurs groupes de travail techniques inter-campagnes, composés de responsables techniques issus des programmes et domaines concernés par la campagne (par exemple, les responsables logistiques). Ces groupes de travail techniques doivent collaborer avec les acteurs aux niveaux national et régional (par exemple, les directeurs de programme, les représentants régionaux du ministère de la Santé et les membres de la communauté) afin de contribuer à l'harmonisation et à la normalisation des outils et de la logistique.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

1. analyser quels groupes de travail techniques sont nécessaires et recenser les parties prenantes les mieux placées pour en faire partie
2. élaborer des termes de référence (TdR) et mettre en place chaque groupe de travail technique (en s'appuyant sur les organismes existants lorsque cela est possible et judicieux, ou en créant une nouvelle structure si nécessaire)
3. élaborer, pour chaque groupe de travail technique, une stratégie détaillée, un plan de travail et un calendrier visant à harmoniser les outils ou les opérations, y compris l'identification des besoins budgétaires et des contraintes associées

Le développement des activités comprendrait l'analyse et la mise au point de processus visant à assurer l'intégration et l'harmonisation, à l'échelle de l'ensemble des campagnes, des outils, de la logistique, des opérations, de la gestion des données et des chaînes d'approvisionnement.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 2 mois pour déterminer quels groupes de travail techniques sont nécessaires, les personnes qui en feront partie, ainsi que le budget et les charges de travail requis
- 1 mois pour élaborer les termes de référence spécifiques aux groupes de travail et mettre en place les groupes de travail techniques
- 3 mois pour élaborer une stratégie détaillée, un plan de travail et un calendrier en vue de l'harmonisation des outils et des opérations
- 6 mois pour harmoniser les outils et les processus

[délai estimé de mise en œuvre : 12 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 1E :
Développer une approche coordonnée et efficace pour impliquer la communauté à tous les niveaux et toutes les phases

Élaborer une approche coordonnée, transversale à l'ensemble des campagnes, qui favorise une participation active des communautés à tous les niveaux, à toutes les étapes et phases de la planification, de la mise en œuvre, de l'intégration et de la phase post-campagne (par exemple, apprentissage, adaptation), qui s'appuie sur les approches existantes et renforce la crédibilité.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Les décisions prises de manière participative et validées par les parties prenantes à tous les niveaux (par exemple, les pouvoirs publics, les communautés autochtones) favoriseront une participation durable des communautés locales et renforceront l'efficacité et l'acceptation des interventions proposées. Les approches multiculturelles, communautaires et interdisciplinaires mises en œuvre dans le cadre de ces campagnes offrent la possibilité de mieux cerner les problèmes et d'élargir l'éventail des solutions envisageables.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Il convient de mettre en place un groupe de travail sur l'engagement communautaire, composé et dirigé par des responsables communautaires et de la société civile, des responsables de la mise en œuvre, des membres concernés du ministère de la Santé aux niveaux national et infranational (par exemple, les services chargés des agents de santé communautaires ou des systèmes de santé communautaire, de la promotion de la santé) ainsi que du personnel des programmes inter-campagnes concernés. L'approche coordonnée visant à mobiliser les communautés à tous les niveaux doit s'adresser aux équipes de campagne à tous les niveaux, y compris l'organisme de coordination nationale, les structures infranationales, ainsi que les responsables communautaires locaux et les parties prenantes.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

1. cartographier les parties prenantes pour constituer le groupe de travail sur l'engagement communautaire
2. élaborer des termes de référence (TdR) et mettre en place le groupe de travail
3. recenser les pratiques actuelles en matière d'implication communautaire afin d'identifier ce qui a bien fonctionné et ce qui peut être amélioré
4. élaborer une stratégie collaborative, mettre en place des mécanismes et identifier des plateformes permettant la participation et la contribution de la communauté à différents niveaux et à différentes étapes
5. élaborer des recommandations et des lignes directrices à l'intention des responsables de campagne sur la manière de mobiliser et de sensibiliser efficacement les communautés aux initiatives de campagne et de les faire connaître

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 2 à 3 mois pour déterminer qui doit faire partie du groupe de travail sur la participation communautaire, élaborer le cahier des charges et mettre en place le groupe de travail
- 2 mois pour recenser les pratiques actuelles en matière d'implication communautaire
- 3 à 5 mois pour élaborer une stratégie, mettre en place des mécanismes et identifier des plateformes favorisant la participation communautaire, ainsi que des lignes directrices préconisant de nouveaux mécanismes de participation communautaire
- 3 mois pour élaborer des recommandations et des lignes directrices, finaliser les outils et faire connaître ces lignes directrices et ces outils auprès des parties prenantes

[délai estimé de mise en œuvre : 12 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

2. RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES CAMPAGNES

Présentation : À l'heure actuelle, évaluer avec précision et de manière exhaustive la qualité et l'impact de campagnes de santé intrinsèquement complexes représente un défi de taille pour les décideurs, les responsables et les acteurs chargés de la mise en œuvre de ces campagnes. En raison de ce défi, les bailleurs de fonds, les décideurs, les responsables de campagne et les professionnels de santé sont souvent dans l'incapacité d'adapter la mise en œuvre, les stratégies et les pratiques des campagnes afin : i) d'optimiser les bénéfices de leurs interventions de santé publique ; ii) d'atteindre l'ensemble de la population cible, en particulier les personnes qui n'ont jamais été touchées ; et iii) de renforcer le système de santé national dans son ensemble afin de mettre en œuvre des interventions de manière durable et dans le respect de l'appropriation nationale. Par ailleurs, certains partenaires de la campagne estiment que la « couverture » est un indicateur de substitution essentiel mais insuffisant pour mesurer l'efficacité des campagnes de santé[10] et qu'elle pourrait être complétée de manière adéquate par des indicateurs supplémentaires.

Qu'entend-on par « efficacité d'une campagne » ?

Traditionnellement, l'efficacité des campagnes est évaluée à l'aide d'indicateurs de couverture qui mesurent principalement les populations cibles, la prévention, le dépistage, le traitement et les résultats.

Compte tenu de la volonté d'élargir la définition au-delà de la simple couverture, celle-ci peut également être comprise comme une combinaison de paramètres supplémentaires, notamment : l'efficacité, l'équité, la disponibilité, l'accès, la qualité du service (y compris la rapidité), les résultats cliniques, la résilience, la réactivité, l'acceptation et l'implication de la communauté. Des indicateurs permettant de mesurer ces paramètres supplémentaires sont proposés dans l'annexe de la présente stratégie (voir l'annexe E pour plus d'informations).

Les recommandations ci-dessous visent à faciliter l'élaboration et le suivi d'une définition commune de l'efficacité des campagnes, en collaboration avec les décideurs, les bailleurs de fonds et les responsables de la mise en œuvre des campagnes de santé, tant au niveau mondial qu'au niveau national.[11]
Ces recommandations peuvent être considérées comme des orientations, une première étape dans un effort à long terme visant à atteindre six objectifs clés :

1. améliorer la clarté et la convergence des points de vue au niveau national quant à la signification de l'« efficacité » d'une campagne
2. élargir la notion d'« efficacité » au-delà de la couverture
3. améliorer la capacité à évaluer une conception élargie de l'« efficacité » sans imposer aux pays une charge supplémentaire significative en matière de collecte de données
4. exploiter les données et la mesure pour améliorer l'apprentissage et les performances des campagnes
5. mieux comprendre les relations de causalité entre les intrants, les extrants, les facteurs médiateurs et les résultats finaux ou « effets » d'une campagne
6. mieux comprendre comment les campagnes contribuent à la réalisation d'objectifs plus larges au niveau national

[10] Au-delà de la couverture : Évaluation de l'efficacité des programmes de supplémentation en vitamine A en Mauritanie et en Sierra Leone : définition des campagnes de santé et de leur efficacité https://campaigneffectiveness.org/publications/measuring-and-assessing-effectiveness-in-preventive-nutrition-and-public-health-programmes-a-closer-look-at-the-global-vitamin-a-supplementation-programme/ ; Mesurer et évaluer l'efficacité des programmes de nutrition préventive et de santé publique : Zoom sur le programme mondial de supplémentation en vitamine A

[11] La flexibilité et l'adaptabilité aux contextes et aux priorités de chaque pays, ainsi que la comparabilité entre les pays à l'échelle mondiale, sont des principes importants à respecter dans la mise en œuvre des recommandations ci-dessous.

RECOMMANDATION 2A :
Au sein des pays, élaborer une stratégie MERLA[12] coordonnée et collaborative à travers les campagnes

En tenant compte des priorités locales, des meilleures pratiques existantes au niveau national et d'une analyse des besoins du pays, définir un processus coordonné de MERLA (mesure, évaluation, apprentissage et action) inter-campagnes, destiné à être utilisé par tous les partenaires de mise en œuvre afin de mesurer efficacement l'efficacité des campagnes, de tirer des enseignements des résultats et d'adapter les stratégies des programmes.
Pour définir ou actualiser cette stratégie, le ministère de la Santé et ses partenaires locaux peuvent s'appuyer sur des cas d'utilisation et sur une proposition de cycle de processus et d'actions articulé autour de questions clés, fournis par la Coalition HCE dans le cadre de cette recommandation.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

L'efficacité des campagnes sera mieux comprise et mieux mesurée. Les ministères de la Santé apprécieront la manière dont les campagnes contribuent à leurs objectifs généraux et identifieront les domaines dans lesquels la coordination et la collaboration sont pertinentes pour eux.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux ministères de la Santé, qui devront diriger l'élaboration de la stratégie MERLA (en concertation avec les parties prenantes concernées). Plusieurs équipes du ministère de la Santé devront être impliquées dans une unité transversale, potentiellement par l'intermédiaire de l'**organisme de coordination nationale** recommandé ci-dessus (Rec 1a). Une approche interministérielle, en collaboration avec d'autres partenaires locaux tels que les ministères des Finances, est nécessaire pour obtenir l'adhésion de tous et garantir la mise en œuvre de ce cadre.
Cette recommandation sera mise en œuvre par les responsables de la campagne, qui devront rendre compte au ministère de la Santé et adapter leurs propres plans MERLA à la stratégie nationale.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

L'équipe de campagne nationale (ou l'organisme de coordination) chargée d'élaborer la stratégie MERLA inter-campagnes doit mener des analyses régulières et veiller à ce que les campagnes soient menées en temps opportun, de manière équitable et adaptées aux priorités locales, et à ce qu'elles fassent l'objet d'une collaboration et d'une intégration lorsque cela s'avère pertinent.
Pour mettre en place un MERLA aussi pertinent, axé sur une approche transversale entre les programmes, ils peuvent adapter les meilleures pratiques internationales à leur contexte local et à leurs priorités en suivant le processus suivant :

Étape 1. Répondre aux questions clés concernant les campagnes et en assurer le suivi

Questions clés	Questions secondaires
Que voulons-nous réaliser à travers les campagnes dans notre pays ?	• Les campagnes s'inscrivent-elles dans les priorités locales ? • Avons-nous besoin de campagnes supplémentaires pour satisfaire ces priorités ?
Comment y parvenir ?	• Qui sont les parties prenantes qui peuvent nous aider à atteindre nos objectifs ? • Quelles activités devront être entreprises pour atteindre nos objectifs ?
Quels sont les principaux facteurs de réussite (volume, couverture, infrastructure, équité…) ?[13] Quels sont les obstacles potentiels à la réussite ?	• Y a-t-il une opportunité d'intégration entre les programmes et les secteurs ?
Comment mesure-t-on ces catalyseurs et ces obstacles ?	• Quel type d'informations est déjà mesuré par les parties prenantes locales ? Comment pouvons-nous tirer parti des données déjà recueillies pour minimiser la charge ?

[12] Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation

[13] Les pays peuvent s'appuyer sur l'annexe E ou sur le rapport HELP-UNICEF intitulé « Une architecture des connaissances pour améliorer la mesure de l'efficacité des campagnes de santé » afin d'identifier les facteurs clés qui favorisent l'efficacité des campagnes.

Étape 1. (suite) **Répondre aux questions clés concernant les campagnes et en assurer le suivi**	**Questions clés** (suite) Comment mesure-t-on ces catalyseurs et ces obstacles ?	**Questions secondaires** • Comment évaluer le rapport coûts-avantages de l'intégration des campagnes ? • Quels autres indicateurs convient-il de surveiller ? • À quelles questions souhaitons-nous obtenir des réponses en matière d'adaptation et d'apprentissage continu ? • Quels types d'outils pouvons-nous utiliser pour suivre les progrès et faciliter l'apprentissage (par exemple, la visualisation des données, le partage des données en temps réel) ?
Étape 2. Opérationnaliser et harmoniser les activités en fonction des réponses aux questions ci-dessus	**Processus suggéré** Réaliser une évaluation préliminaire des pratiques MERLA existantes dans le cadre des campagnes menées dans le pays et des cadres de référence pertinents à l'échelle mondiale Mobiliser les capacités et les ressources internes pour l'élaboration de la stratégie MERLA, soutenir les pratiques MERLA et jouer un rôle de fer de lance dans ce domaine Rendre compte aux autorités compétentes (par exemple, l'organisme chargé de la coordination de la planification et de la mise en œuvre) habilitées à prendre des décisions lors des réunions d'évaluation régulières Gérer un programme d'apprentissage et d'adaptation visant à répondre à des questions d'apprentissage (par exemple, analyses a posteriori, études techniques approfondies, évaluations qualitatives visant à déterminer pourquoi et comment les résultats sont ou ne sont pas atteints). Partager ces résultats avec les parties prenantes concernées (par exemple, le ministère des Finances, les partenaires de mise en œuvre, les représentants des communautés afin de favoriser leur implication, ainsi que la plateforme d'apprentissage mise en place dans le cadre de la recommandation 2c)	

Pour s'avérer véritablement inter-campagne, la stratégie MERLA doit accorder une attention particulière à l'intégration des campagnes et veiller à inclure des critères et des indicateurs spécifiques (synergies/différences, modalités, voie d'administration, calendrier).

Les partenaires de mise en œuvre et les bailleurs de fonds régionaux et mondiaux doivent être disposés à adapter leurs propres indicateurs de campagne et leurs exigences en matière de rapports, spécifiques à leurs programmes, à la stratégie MERLA locale inter-campagnes, en tenant compte de l'objectif de démonstration de la phase de « validation de principe ». Ils doivent collaborer avec les pays qui mettent en œuvre une stratégie MERLA couvrant plusieurs campagnes afin de s'assurer qu'ils respectent les exigences requises et de les accompagner en leur fournissant de la documentation et des conseils.

Remarque : il convient de mettre en œuvre cette recommandation parallèlement à la recommandation 1c (plan de travail sur 3 à 5 ans), de préférence dans un seul et même document afin d'assurer la cohérence et d'éviter les doublons.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 2 mois pour former un groupe de travail spécifique
- 3 à 6 mois de contributions techniques et de discussions avec les principaux partenaires, visant à identifier les meilleures pratiques, les paramètres et les indicateurs pertinents – formalisation de la stratégie MERLA inter-campagnes
- 6 mois pour mettre en œuvre la stratégie

[délai estimé de mise en œuvre : 11 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 2B :
Aligné sur la stratégie MERLA coordonnée du pays, améliorer la capacité des partenaires et des exécutants de campagne à identifier, mesurer, utiliser et partager des données sur l'efficacité de la campagne

Élaborer une stratégie visant à partager et à exploiter les données et les mesures disponibles afin d'améliorer l'apprentissage et l'adaptation, notamment en identifiant les « lacunes en matière de données » et en acquérant, de manière efficace, ces données essentielles mais manquantes.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Les pays et les acteurs chargés de la mise en œuvre pourront exploiter les données et les indicateurs pertinents afin d'améliorer l'apprentissage et l'efficacité des campagnes, dans un esprit de collaboration et de coordination.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux ministères de la Santé (et/ou à d'autres organismes gouvernementaux concernés) ainsi qu'aux bailleurs de fonds qui demandent le recueil de données (par exemple, le GPEI, le Fonds mondial, les CDC, l'UNICEF, l'USAID, etc.).
Il convient que les collectivités territoriales (y compris locales) et les bailleurs de fonds y donnent suite, de même que les partenaires nationaux chargés de la mise en œuvre de la campagne et responsables du financement, de la collecte, de la gestion et de la diffusion des données relatives à la campagne.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

Cette recommandation peut être mise en œuvre en plusieurs étapes, en mobilisant les acteurs nationaux, régionaux et mondiaux :

- Étape 1 : recenser les informations existantes et harmoniser /développer des outils et élaborer des stratégies entre les parties prenantes, en s'appuyant sur les stratégies locales de transition numérique
- Étape 2 : élaborer une stratégie visant à exploiter au mieux les données disponibles dans un esprit de collaboration, afin d'éclairer le MERLA à l'échelle de l'ensemble des campagnes et de faciliter la définition des priorités et l'intégration
- Étape 3 : identifier les lacunes en matière de données et d'outils/de capacité et élaborer un plan pour mieux mesurer efficacement l'efficacité de la campagne

Ces étapes exigeront des responsables de la mise en œuvre qu'ils fournissent des précisions sur les éléments qu'ils surveillent concrètement, ainsi que sur les raisons et les modalités de collecte, de stockage et de gestion des données, ce qui permettra d'identifier les opportunités.

Les pays devront :

- réfléchir aux données collectées et aux raisons pour lesquelles elles sont collectées par le pays
- déterminer comment ils reçoivent et stockent les données de campagne fournies par les acteurs
- mettre en place des pratiques et des procédures de gouvernance des données (par exemple, déterminer quelles données sont nécessaires au niveau de la microplanification, qui y aura accès, comment ces données seront consultées, etc.)
- à long terme, identifier les lacunes dans les données collectées qui pourraient empêcher le pays de mesurer l'efficacité de la campagne

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 à 6 mois pour cartographier de manière exhaustive les données de campagne existantes
- 6 mois pour élaborer une stratégie collaborative afin d'utiliser les informations existantes et de mettre à jour les mécanismes de partage
- à plus long terme pour identifier les lacunes de données et résoudre des problèmes complexes (p. ex. interopérabilité, structure des données)

[délai estimé de mise en œuvre : 11 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 2C :
Au niveau mondial, développer une plateforme d'apprentissage et un cadre MERLA comme recommandation pratique pour les pays et les parties prenantes mondiales

Élaborer des recommandations simplifiées, pertinentes et adaptables concernant les paramètres et les indicateurs pouvant être utilisés pour mesurer de manière durable l'efficacité des campagnes, afin de permettre un apprentissage et une adaptation des programmes fondés sur des données factuelles, dans le but d'harmoniser les attentes et le processus de suivi et d'évaluation entre les bailleurs de fonds internationaux et les organisations techniques, et de favoriser une évaluation, un suivi, une analyse et un apprentissage (MERLA) efficaces et coordonnés au niveau national.

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Le fait de disposer d'une mesure ou d'une recommandation générale sur la définition d'une campagne efficace, qu'ils pourront adapter à leur contexte spécifique, apportera une valeur ajoutée aux pays.
Les pays tireront profit d'un partage accru des connaissances entre les membres de la communauté internationale, ainsi que de décisions prises en meilleure connaissance de cause.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse à l'ensemble de la communauté internationale représentée par la Coalition HCE (par exemple, les pays (ministères de la Santé), les partenaires locaux et internationaux chargés de la mise en œuvre de la campagne, les organisations mondiales et les bailleurs de fonds de la campagne tels que l'OMS, la GPEI, GAVI, le Fonds mondial, le CDC, l'UNICEF et l'USAID), en s'appuyant sur les enseignements tirés de la mise en œuvre des recommandations 2a et 2b ainsi que sur les contributions des pays. Cette recommandation s'inscrit tout à fait dans le cadre des missions de la Coalition HCE, en tant que pôle de partage des connaissances au service de la communauté internationale, qui sera chargée d'élaborer, de diffuser et d'utiliser ces lignes directrices.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

La communauté internationale partage et gère un ensemble de connaissances grâce à une plateforme d'apprentissage et à un référentiel communs. Ces connaissances servent à élaborer des lignes directrices en vue d'une approche coordonnée des campagnes, notamment des recommandations concernant les indicateurs clés. Le processus proposé pour ce partage des connaissances est le suivant :

1. rassembler des informations : les pays et les partenaires régionaux partagent leur expérience en matière de mise en œuvre avec les partenaires mondiaux chargés d'élaborer les lignes directrices, qui compilent également les lignes directrices MERLA existantes pertinentes
   • par exemple, les enseignements tirés des pays cibles au titre des recommandations 2a et 2b
2. Les membres de la communauté internationale analysent ces informations, puis formalisent, approuvent et diffusent le contenu des recommandations. Plus précisément, ils adoptent des recommandations concernant les processus et les indicateurs de mesure
3. un organisme international reconnu (par exemple, l'OMS) prend l'initiative de ce cadre ou l'approuve afin d'en légitimer le contenu
4. toutes les parties prenantes s'appuient sur ces recommandations dans leur processus décisionnel, en formulant des hypothèses éclairées concernant l'intégration entre les différentes campagnes

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 mois pour rassembler les recommandations MERLA existantes et mettre en place un groupe de travail dédié à la campagne MERLA
- De 6 à 15 mois pour que les pays cibles partagent leur expérience en matière de mise en œuvre
- Il faudra trois mois pour que ces recommandations soient officialisées au niveau mondial et pour que l'OMS en assure la coordination et en approuve le contenu.
- à plus long terme, l'utilisation de ces recommandations par l'ensemble des parties prenantes

[durée de mise en œuvre estimée : 12 à 18 mois]

3. RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE CAMPAGNE

Présentation : Historiquement, les campagnes ont toujours été organisées dans le cadre de programmes spécifiques à certaines maladies (verticaux), qui sont souvent financés, planifiés et mis en œuvre indépendamment les uns des autres et des services de soins de santé primaires (SSP) proposés en routine. Au cours des trois dernières décennies, le financement spécifique aux maladies a augmenté, contribuant ainsi à la prolifération des campagnes spécifiques aux maladies, avec peu de coordination entre les programmes ni entre les campagnes. Par conséquent, le financement des campagnes est souvent vertical et fragmenté avec des pratiques, des procédures et des délais discordants pour le financement des campagnes de santé.

Ce système financier fragmenté entraîne des coûts de transaction élevés pour les pays, qui doivent gérer chaque investissement et en rendre compte.

De plus, il est difficile pour les pays de renforcer la collaboration et de favoriser l'intégration entre les différentes campagnes, car il existe peu d'incitations à l'intégration des fonctions de ces dernières, les gains d'efficacité ou les économies réalisées ne revenant pas aux programmes ou aux communautés concernés. De plus, les différences concernant la nature et le montant des incitations financières et non financières accordées aux agents de campagne (par exemple, les agents de santé communautaires) peuvent constituer un frein à la coordination ou à l'intégration de la campagne.

De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire dépendent, en partie ou en totalité, du soutien de leurs partenaires et de financements non gouvernementaux pour couvrir les coûts des campagnes de santé. Le recours à des financements non gouvernementaux pose des difficultés pour assurer la pérennité du financement des campagnes lorsque les pays ne bénéficient plus du soutien de bailleurs de fonds extérieurs. Le montant de la contribution des pouvoirs publics aux campagnes est souvent inconnu.

Les recommandations ci-dessous visent à contribuer à une meilleure harmonisation et coordination du financement des campagnes de santé pour soutenir la planification intégrée et les interventions conjointes. Cela se fera par :

- une cartographie plus globale des financements apportés par des bailleurs de fonds externes et par les pouvoirs publics aux campagnes
- mieux coordonner les flux de financement entre les bailleurs de fonds externes et les pays
- harmonisation des taux et des modalités de rémunération des collaborateurs de campagne
- les gouvernements continuent à planifier et à budgétiser leurs propres contributions au financement des campagnes dans le cadre de leurs processus de planification stratégique et opérationnelle

Ces recommandations visent à contribuer à la mise en place de campagnes mieux harmonisées et mieux intégrées, qui se traduiront par une utilisation plus efficace des ressources. **L'amélioration de l'efficacité des campagnes pourrait permettre aux bailleurs de fonds et aux pays de tirer davantage parti des ressources existantes et/ou de réaffecter les économies réalisées à d'autres activités (par exemple, le renforcement des SSP).**

RECOMMANDATION 3A :
Établir une vue d'ensemble du financement des campagnes au niveau national en regroupant les informations détaillées fournies par les principaux bailleurs de fonds et par les pouvoirs publics, afin de permettre une meilleure planification et une meilleure mise en œuvre

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

Une base de données spécifique à chaque pays, contenant des informations sur le financement des campagnes passées et prévues, permettrait d'améliorer la planification et la budgétisation, et pourrait s'avérer utile pour identifier les possibilités d'intégration des campagnes.
Avoir une vue d'ensemble du financement futur des campagnes de santé pourrait également faciliter la gestion des ressources humaines dans le pays, en garantissant le maintien des services courants et en évitant que ceux-ci ne soient gravement affectés par les campagnes.
Les pays et les bailleurs de fonds seront mieux informés des éventuels chevauchements ou lacunes en matière de financement, ce qui permettra de cibler les investissements de manière à en tirer le meilleur parti.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux gouvernements nationaux (par exemple, aux ministères de la Santé – éventuellement par l'intermédiaire de l'organisme **national de coordination**) et des donateurs (p. ex. GPEI, GAVI, Fonds mondial, CDC, UNICEF, USAID, etc.).

Cette recommandation devra être mise en œuvre par les gouvernements et les bailleurs de fonds, ainsi que par une agence chef de file au niveau national chargée de collecter, de gérer et de diffuser les informations relatives au financement. Plus précisément, les services chargés de la coordination des bailleurs de fonds au sein du ministère de la Santé et/ou du ministère des Finances doivent être associés dès le début.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

Les autorités locales et les bailleurs de fonds devront fournir des informations précises sur le financement prévu pour les campagnes dans chaque pays. Les informations à partager peuvent inclure :

- montant total du financement et sa répartition par poste budgétaire
- cycle/calendrier de financement
- population cible (y compris âge et taille)
- champ d'application géographique
- agence/organisme destinataire

Les pays devront : a) déterminer comment ils recevront et stockeront les données relatives au financement des campagnes fournies par les bailleurs de fonds ; et b) mettre en place des pratiques et des procédures de gouvernance des données (par exemple, qui aura accès aux données, comment y accéder, etc.). La mise en œuvre de cette recommandation devra être adaptée à chaque pays, notamment en ce qui concerne le volume de données rendues publiques.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 à 4 mois pour recueillir les informations disponibles auprès des parties prenantes
- 3 à 6 mois d'analyse et de diffusion des informations partagées

[délai estimé de mise en œuvre : 6 à 10 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 3B :
Prendre des mesures progressives pour harmoniser et aligner le financement de la campagne

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

En atténuant ou en résolvant le problème de la fragmentation du financement des campagnes, les pays bénéficieront d'un meilleur contrôle de gestion et d'une plus grande maîtrise sur le financement des campagnes. On assistera à une meilleure harmonisation avec la planification nationale en matière de santé. Les coûts de transaction supportés par l'État pour la gestion et le suivi des différents flux de financement seront réduits. Une gestion et une mise en œuvre conjointes des investissements pourraient être envisageables.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux interlocuteurs concernés au sein de l'équipe chargée de la gestion financière du secteur de la santé et aux interlocuteurs du ministère des Finances en charge des secteurs de la santé et des affaires sociales, ainsi qu'à l'équipe de pilotage de la campagne au niveau national (ou à l'organisme de coordination). Cette recommandation devra être mise en œuvre par les gouvernements nationaux (ministères de la Santé, ministères des Finances) et les bailleurs de fonds (par exemple, le GPEI, GAVI, le Fonds mondial, le CDC, l'UNICEF, l'USAID, END, etc.).

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

La mise en œuvre dépendra du contexte national ainsi que des exigences juridiques et des règles en matière de passation de marchés des bailleurs de fonds. Le ministère de la Santé, le ministère des Finances et l'équipe de pilotage de la campagne au niveau national (ou l'organisme de coordination) devront :

- évaluer la faisabilité d'une harmonisation et, éventuellement, d'une mise en commun du financement des campagnes
- diriger les travaux d'analyse (avec un soutien technique) visant à constituer une base factuelle sur les flux de financement des campagnes
- étudier la question et, le cas échéant, œuvrer à la mise en place de procédures communes en matière de candidatures et d'investissements

Les homologues du ministère de la Santé et du ministère des Finances devraient collaborer avec leurs partenaires afin de rechercher des financements conjoints et/ou de mettre en place ou de tirer parti de mécanismes de mise en commun des ressources.

Les missions peuvent également consister à harmoniser les calendriers, les procédures de candidature et les obligations de reporting entre les bailleurs de fonds afin de réduire les coûts de transaction et de faciliter l'intégration des campagnes.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 à 6 mois pour recueillir des informations relatives aux flux actuels de financement des campagnes, ainsi que pour analyser et diffuser les accords existants de mise en commun des ressources ou d'autres mécanismes de financement collaboratif
- 3 à 6 mois pour permettre aux parties prenantes de se concerter sur les possibilités de financement conjoint, de mise en commun des ressources, les procédures de demande et les exigences harmonisées en matière de rapports
- 3 à 6 mois pour déterminer la faisabilité de nouvelles pratiques collaboratives (mise en commun, demandes conjointes, etc.)
- à plus long terme, élaborer et mettre en œuvre d'éventuels accords de financement et de mise en œuvre conjoints

[délai estimé de mise en œuvre : 9 à 18 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 3C :
Harmoniser et aligner les modalités et les taux de paiement incitatifs entre les campagnes

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

En relevant le défi posé par les différentes modalités de versement des primes, on atténuerait les facteurs susceptibles de freiner l'intégration des campagnes et on améliorerait ainsi la qualité et l'efficacité de celles-ci.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux gouvernements des pays (p. ex. ministères de la Santé) et aux donateurs (p. ex. GPEI, GAVI, Fonds mondial, CDC, UNICEF, USAID, Fonds END, etc.).

Le leadership pour l'harmonisation des taux de paiement et des modalités doit provenir des ministères de la Santé. L'équipe de pilotage de la campagne au niveau national (ou l'organisme de coordination) sera mobilisée pour garantir une meilleure cohérence.

Au niveau mondial, les responsables HCE peuvent soutenir la mise en œuvre de cette recommandation en la défendant dans leurs directives relatives aux demandes de subventions et au financement, et en soulignant la nécessité de l'équité salariale dans leurs recommandations techniques.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

Les bailleurs de fonds et les gouvernements devront :

- fournir des informations précises relatives aux taux de rémunération (indemnités journalières), aux modalités de paiement et aux pratiques de rémunération non financières auxquelles ils ont recours pour soutenir les collaborateurs de campagne
- s'engager à mettre en œuvre des pratiques de paiement mieux alignées. Le degré d'harmonisation dépendra des différentes tâches accomplies par les professionnels de santé

Cette recommandation pourrait être mise en œuvre parallèlement à la recommandation 3a.

À l'issue de l'analyse, les programmes financés par des sources non gouvernementales devront être alignés sur les taux journaliers nationaux. Cette initiative devra être menée par le ministère des Finances et le ministère de la Santé, avec le soutien de partenaires.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 à 6 mois pour rassembler et diffuser les informations relatives aux mesures d'incitation
- Les bailleurs de fonds disposent de six mois pour s'engager à s'aligner sur les taux journaliers cibles

[délai estimé de mise en œuvre : 3 à 12 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

RECOMMANDATION 3D :
Faire progresser le rôle du gouvernement dans le financement des campagnes.

Soutenir et encourager les gouvernements nationaux et régionaux à assumer une responsabilité croissante dans le financement des campagnes en démontrant la **pertinence de ces investissements.**

En quoi cette recommandation serait-elle bénéfique ou rendrait-elle service aux pays ?

En atténuant ou en résolvant le problème lié à la contribution limitée des pouvoirs publics au financement des campagnes, ceux-ci seront mieux à même d'assurer le financement des campagnes nécessaires à mesure qu'ils s'affranchissent du soutien de bailleurs de fonds externes.

Cette recommandation présente un autre avantage potentiel : une meilleure planification et une meilleure gestion budgétaire des programmes de santé. Les moyens (financiers et humains) que les pays consacrent à la lutte contre les épidémies seront mieux mis à profit dans le cadre de campagnes de prévention.

Le fait de mettre en évidence, dans un **dossier d'investissement**, les coûts et les gains d'efficacité liés à l'intégration des campagnes constituera un facteur incitant les pouvoirs publics à mobiliser des financements supplémentaires.

Quelles parties prenantes doivent agir en fonction de cette recommandation ?

Cette recommandation s'adresse aux gouvernements nationaux (par exemple, les ministères de la Santé et les ministères des Finances) aux niveaux national et infranational, en s'appuyant sur leur rôle catalyseur dans le financement des campagnes.

Quelles sont les tâches spécifiques du ou des acteur(s) et des parties prenantes associées (p. ex. activités et actions) ?

Les pays devront :

- comprendre le niveau actuel de financement fourni par leur gouvernement pour soutenir les campagnes de santé
- déterminer le meilleur endroit pour inclure le financement de campagne dans leurs budgets
- créer un dossier d'investissement pour soutenir l'investissement national dans les campagnes de santé
- prôner les ressources et l'engagement nécessaires pour augmenter le financement national des campagnes de santé

Un **dossier d'investissement** sera élaboré par les homologues gouvernementaux en collaboration avec les principaux partenaires et servira de base au dialogue politique avec les parties prenantes concernées.

Les bailleurs de fonds des campagnes de santé mettront en place des politiques ou des mécanismes de financement visant à favoriser un cofinancement accru de la part des pays et à renforcer leur contribution au financement de ces campagnes. Les bailleurs de fonds des campagnes qui ont des critères d'éligibilité doivent collaborer avec les pays en transition afin de s'assurer que les besoins liés au financement des campagnes sont pris en compte dans la planification et la budgétisation.

Quel est le calendrier estimé et quelles sont les étapes clés de cette recommandation ?

- 3 mois pour l'établissement des coûts des campagnes de santé et la mesure du montant potentiel des finances gouvernementales
- 12 à 24 mois pour élaborer et mettre en œuvre un dossier d'investissement (comprenant un plan de financement public et de sensibilisation, ainsi qu'une modélisation des maladies)
- À plus long terme, les gouvernements augmentent d'année en année leurs contributions au budget national ; les fonds publics alloués aux campagnes de santé sont mis en commun avec ceux d'autres bailleurs de fonds.

[délai estimé de mise en œuvre : 15 à 27 mois après la mise en place de l'**Organisme de coordination nationale**]

GESTION ET SUIVI DU CAS

Fin 2023, le Bureau du programme HCE et l'équipe de direction de la Coalition (ED) entreprendront une évaluation de la structure actuelle de gestion et de gouvernance de la Coalition par rapport à celle requise pour mettre en œuvre le CAS. Cette tâche inclura probablement l'élaboration d'un modèle de fonctionnement révisé pour la gouvernance de la Coalition HCE, ainsi qu'une évaluation de la composition de l'équipe de direction, des groupes de travail ou des équipes opérationnelles (le cas échéant) et du Bureau du programme de la Coalition HCE, afin de garantir que cette dernière soit constituée de manière appropriée pour remplir son mandat et assurer la mise en œuvre réussie du CAS.

Par ailleurs, au début 2024, le Bureau du programme HCE et l'équipe de direction, en partenariat avec les pays cibles, élaboreront un plan d'action et de suivi d'un **an pour le CAS**. Ce processus pourrait déboucher sur l'identification des groupes de travail ou de structures d'appui supplémentaires au sein de la Coalition afin de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan.

AUGMENTATION DES RECOMMANDATIONS

Vers 2027, une fois que l'efficacité des recommandations pour améliorer les résultats des campagnes dans les pays cibles aura été démontrée, l'objectif sera de les mettre en œuvre à grande échelle. Le Bureau du programme HCE, en collaboration avec les équipes de direction, les partenaires du programme HCE et les pays participants, lancera le processus de collecte et d'analyse des données dans le but d'améliorer les recommandations du CAS. Ce processus peut consister à les rendre soit a) plus universellement applicables, soit b) mieux adaptées aux contextes ou aux types spécifiques de chaque pays. La méthode précise de mise à l'échelle sera élaborée conjointement par le Bureau du programme HCE, l'ED et les pays participants, à compter de la fin de la deuxième année. Dans ce contexte, le Bureau du programme de la Coalition HCE, l'ED et les pays cibles devront élaborer conjointement un plan et un processus de communication et de compte rendu des progrès réalisés afin de constituer la base factuelle nécessaire à la mise à l'échelle de l'initiative.

L'International Development Innovation Alliance (IDIA), dont font partie certains partenaires de la Coalition HCE, a défini la mise à l'échelle comme un processus en six étapes :

1. Conceptualisation (p. ex. élaboration pré-CAS)
2. Recherche et développement (notamment la mise en place de l'équipe chargée de l'élaboration du CAS)
3. Validation de principe (c.-à-d. première phase de CAS dans deux à trois pays cibles)
4. Transition vers une mise à l'échelle (c'est-à-dire entre la deuxième et la troisième année du calendrier CAS ; processus à définir)
5. Mise à l'échelle (c.-à-d. deuxième phase du CAS ; années 3 à 5)
6. Mise à l'échelle durable[14] (5 ans et plus ; processus et objectifs à définir)

La validation de principe sera entreprise au cours de la première phase de mise en œuvre du CAS (p. ex. dans deux à trois pays cibles). À l'issue de cette phase, les instances dirigeantes du CAS (p. ex. l'ED, le Bureau du programme HCE, les responsables nationaux) devront **élaborer et mettre en œuvre un plan visant à passer de l'étape de validation du principe (3) à une mise à l'échelle durable (6) en suivant le processus général ci-dessous :**

- Étape 1 : Identifier les réussites à petite échelle à partir de la validation de principe à développer et les lacunes à combler avant la mise à l'échelle (passage à l'échelle)
- Étape 2 : Reproduire et adapter les recommandations dans de nouvelles zones géographiques (expansion – mise à l'échelle)
- Étape 3 : Anticiper et accompagner l'adoption à grande échelle des recommandations là où des campagnes sont menées (institutionnalisation – pérennité)

Bonnes pratiques recommandées pour la mise à l'échelle (extrait du rapport « IDIA Insights on Scaling Innovation »)

1. Évaluer les progrès réalisés et l'impact des recommandations dans les pays cibles, et identifier les principaux enseignements tirés
2. Évaluer quelles recommandations sont évolutives et durables, en analysant les facteurs qui influencent leur réussite dans les pays cibles
3. Identifier les partenaires avec lesquels collaborer dans les nouvelles zones géographiques
4. Planifier votre parcours de développement en mettant l'accent sur l'impact, et en identifiant les domaines où un accompagnement est nécessaire
5. Mettre en place des équipes chargées d'accompagner l'expansion, dotées de ressources spécifiques (notamment financières)

[14] Réflexions sur l'expansion de l'innovation – Alliance internationale pour l'innovation dans le développement – juin 2017

ANNEXES

Les sections ci-dessous regroupent les annexes suivantes :

A. Synthèse générale du plan de socialisation du CAS
B. Visualisation du calendrier proposé pour la mise en œuvre des recommandations
C. Ressources suggérées à allouer pour une mise en œuvre optimale des recommandations
D. Description de ce qui constituerait une mise en œuvre réussie des recommandations
E. Liste évolutive de paramètres et d'indicateurs destinée à orienter une définition élargie de l'efficacité des campagnes
F. Étapes progressives proposées pour l'harmonisation des campagnes
G. Ressources supplémentaires
H. Remerciements (liste des membres de l'équipe de travail et des autres contributeurs du CAS)

Crédit photo : Marcus Perkins pour GSK



A. Plan de socialisation pour le CAS

L'approche de socialisation du CAS vise à recueillir des retours d'expérience et à obtenir l'adhésion des organisations partenaires et des parties prenantes concernées au CAS, ainsi qu'une collaboration convenue de la part de deux à trois pays cibles.

En outre, dans le cadre du processus de socialisation, le plan vise à favoriser une compréhension commune des objectifs du CAS et de son impact potentiel ; à recueillir des points de vue et des retours variés auprès des parties prenantes concernées aux niveaux national, régional et mondial, ainsi que dans tous les domaines d'action de la campagne ; et à garantir l'alignement et l'engagement des organisations clés et de deux ou trois pays cibles.

Quatre types de parties prenantes ont été identifiés pour la socialisation du CAS :

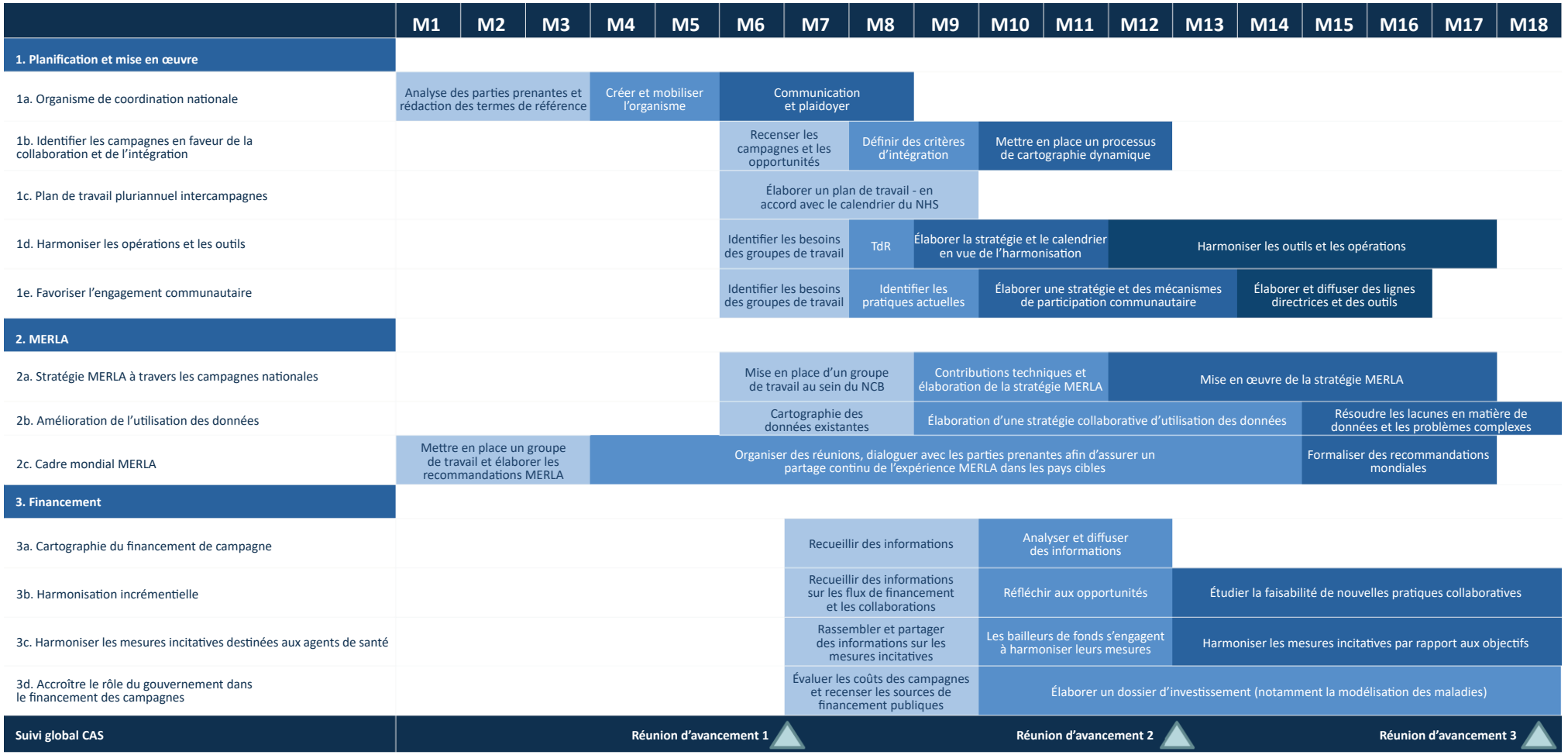
1. Pays cibles présélectionnés
2. Agences de l'ONU (c.-à-d. OMS, UNICEF)
3. Bailleurs de fonds et agences de mise en œuvre mondiales
4. Écosystème global de campagnes (par exemple, initiatives spécifiques à un domaine, rencontres liées aux campagnes de santé)

Les prochaines étapes concernant la collaboration entre mi-novembre 2023 et février 2024 sont les suivantes :

Type de partie prenante	Niveau	Objectifs
Type 1	Pays	Les pays cibles présélectionnés seront invités à donner leur avis sur le CAS et auront la possibilité de s'y inscrire et de participer à la réunion en présentiel prévue fin janvier.
Type 2 et Type 3	Dans le monde	Les bailleurs de fonds internationaux et les sièges des organismes d'exécution (organisations ED1 et non ED) seront sollicités afin de faire connaître le CAS, de susciter l'adhésion et le soutien, et de recueillir quelques retours y afférents.
Type 4	Dans le monde	L'écosystème global de la campagne sera mobilisé à travers une initiative clé par domaine, puis de manière ponctuelle en fonction des événements, afin de sensibiliser les parties prenantes et de favoriser une compréhension commune du CAS.

[1] Équipe de direction HCE

B. [Direction] Calendrier de haut niveau et étapes importantes pour les recommandations



C. [Direction] Conseils sur les besoins supplémentaires en ressources pour les recommandations

Le tableau ci-dessous présente les recommandations formulées par les groupes de travail concernant les ressources supplémentaires nécessaires à leur mise en œuvre. Cette suggestion peut être utilisée comme première estimation du niveau d'effort nécessaire en termes de temps, de personnel et de financement supplémentaire pendant la phase de validation de principe dans les pays cibles.

En outre, il faudra probablement faire appel à un nombre encore indéterminé de ressources humaines issues de chaque organisation de la chaîne de financement (c'est-à-dire les bailleurs de fonds et les acteurs de mise en œuvre) au niveau national afin d'assurer une exécution et une mise en œuvre efficaces du CAS et des recommandations. Ce point sera déterminé au fur et à mesure que les recommandations seront adaptées au contexte de chaque pays. Ces ressources ne sont donc pas présentées de manière détaillée dans le tableau ci-dessous. Toutes les références aux effectifs ETP ne sont que des estimations et sont calculées sur la base de la durée estimée de la mise en œuvre de la recommandation (voir les sections ci-dessus).

Recommandation	Ressources recommandées nécessaires
Planification et mise en œuvre	
1a : Établir ou tirer parti d'un organisme de coordination nationale multisectoriel et inter-campagnes existant	L'organisme de coordination devra procéder à une auto-évaluation de ses besoins en ressources (y compris en déterminant dans quels domaines les ressources actuelles peuvent être mises à profit). Cela dit, l'organisme de coordination aura probablement besoin, dans sa phase initiale, d'un ou plusieurs collaborateurs ministériels affectés à cette mission, ainsi que d'un soutien technique et d'un niveau d'effort, afin de renforcer ses capacités, de formuler ses premières recommandations et d'assurer un soutien transversal entre les programmes. Le soutien et les ressources au niveau opérationnel seront déterminés conformément à la recommandation 1d. Plus précisément, des ressources seront probablement nécessaires pour les types d'activités suivants (*0,5-1 ETP*) : • Ressources destinées aux réunions, ateliers ou événements de mobilisation visant à mettre en place l'organisme de coordination, les groupes de travail techniques et les activités de communication et de plaidoyer • Ressources/Niveaux d'effort destinées à faciliter la coordination et la mise en place de l'organisme de coordination nationale, ainsi qu'à apporter un soutien technique aux différentes activités liées à la coordination et à la formulation de recommandations.
1b : Identifier les campagnes et les domaines de collaboration et d'intégration	• Les ressources nécessaires à ce travail seront identifiées par l'organisme de coordination (1a). • Des niveaux d'effort et des ressources supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'assistance technique associée (*0,25 ETP*)
1c : Élaborer un plan de travail et un calendrier pluriannuels inter-campagnes	• Les ressources nécessaires à ce travail seront identifiées par l'organisme de coordination (1a). • Des niveaux d'effort et des ressources supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'assistance technique associée (*0,25 ETP*)

1d : Harmoniser les outils et les opérations entre les campagnes	Les ressources doivent être déterminées par l'organisme national (1a) avec la contribution d'experts techniques et les organismes coordonnateurs eux-mêmes. Des ressources seront probablement nécessaires pour les types d'activités suivants (*0,5 ETP*) : • Financement et niveau d'effort pour les réunions, ateliers ou événements de mobilisation afin d'élaborer le plan d'harmonisation • Financement et niveau d'effort pour l'assistance technique destinée à soutenir les groupes de travail sur l'harmonisation (p. ex. pour élaborer la stratégie) • Ressources pour l'amélioration des systèmes d'exploitation (p. ex. numérisation)
1e : Développer une approche coordonnée et efficace pour permettre un engagement actif de la communauté à tous les niveaux et toutes les phases	• Un soutien technique et l'expertise de spécialistes seront probablement nécessaires pour accompagner la mise en place du groupe de travail, analyser les pratiques actuelles, ainsi que pour élaborer et diffuser la stratégie, les lignes directrices et les outils
Résumé planification et mise en œuvre	• 12 ETP locaux pour la phase initiale, l'analyse et l'élaboration de la stratégie, afin de soutenir les travaux de l'organisme de coordination nationale et des groupes de travail techniques • [À confirmer] Financement pour l'organisation de réunions, d'ateliers et de mises à jour des systèmes opérationnels
MERLA	
2a : Au sein des pays, développer une stratégie MERLA coordonnée et collaborative à travers les campagnes	• Les pays (et les partenaires régionaux) devront mobiliser les ressources internes pour créer et soutenir la stratégie MERLA. Les partenaires de mise en œuvre régionaux et mondiaux devront également allouer des ressources internes pour favoriser le partage et l'apprentissage des capacités transfrontalières • Des niveaux d'effort et des ressources supplémentaires seront probablement nécessaires pour assurer l'assistance technique au cours de la phase initiale d'élaboration de la stratégie MERLA (*au moins 1 ETP pendant 1 an*). • Dans la mesure du possible, des fonds doivent être alloués au recueil de données supplémentaires, aux activités de formation, au développement et à la maintenance d'outils de visualisation des données, au renforcement et au partage des capacités, ainsi qu'à l'adaptation des programmes sur la base des données (*montant à déterminer*).
2b : Aligné sur le pays coordonné	Des ressources seront probablement nécessaires pour le type d'activités suivant (*0,5 ETP pour 6 mois*).

Stratégie MERLA, améliorer la capacité des partenaires et des exécutants de campagne à identifier, mesurer, utiliser et partager des données sur l'efficacité de la campagne	• Financement d'un consultant local chargé de recenser les informations existantes relatives aux bases de données et leur utilisation, et d'identifier les possibilités de partage des données entre les différents programmes • Financement visant à exploiter de manière plus systématique et coordonnée le volume d'informations existantes : investissement dans les HMIS et dans des systèmes/outils numériques afin de favoriser un recueil et une analyse intégrés et de meilleure qualité des données (*montant à déterminer*) • Financement destiné à organiser des formations supplémentaires et un accompagnement pour les équipes opérationnelles, afin qu'elles puissent exploiter pleinement les données de manière coordonnée (*en fonction des solutions préconisées au niveau local*)
2c : Au niveau mondial, développer une plateforme d'apprentissage et un cadre MERLA comme recommandation pratique pour les pays et les parties prenantes mondiales	Des ressources seront probablement nécessaires pour le type d'activités suivant (*0,25 ETP*) : • Financements et ressources internes provenant de la communauté internationale afin d'organiser des réunions, de rassembler et d'analyser des travaux de recherche solides et continus sur des indicateurs pertinents et harmonisés à l'échelle mondiale (concernant la couverture et une définition élargie de l'efficacité des campagnes) • Financement destiné à la mise en place et à la gestion d'une plateforme de gestion des connaissances, y compris des évaluations et des études menées dans plusieurs pays • Des ressources internes provenant d'une agence des Nations Unies pour piloter/soutenir les recommandations élaborées et leur conférer une légitimité o Financement potentiel et niveau d'effort pour une assistance technique visant à soutenir l'élaboration d'un plan de plaidoyer (*0,5 ETP pendant 36 mois*) • Des ressources internes provenant des pays et des partenaires régionaux afin de participer à des réunions et d'entretenir des échanges réguliers avec les membres de la communauté internationale pour partager leur expérience du programme MERLA dans le cadre de différentes campagnes
Résumé du MERLA	• 1,25 ETP local pour la première année • 0,25 ETP mondial • Financement supplémentaire pour la visualisation des données, les HMIS et le partage et l'apprentissage entre pays
Financement	
3a : Créer une vue complète du financement de campagne au niveau du pays	La mise en œuvre de cette recommandation nécessitera la direction et l'implication du ministère de la Santé. Dans l'idéal, le ministère de la Santé s'engagera à maintenir l'aperçu et à institutionnaliser ce processus. Cette tâche nécessitera la mobilisation du personnel interne (temps partiel). Le recours à un consultant local ayant déjà entretenu des relations de travail étroites avec le gouvernement (*0,4 ETP*) sera probablement nécessaire pour :

	• Recueillir et analyser les informations de financement • Organiser les informations dans une base de données facile à utiliser • Identifier les chevauchements, les lacunes et les possibilités d'intégration à court, moyen et long terme • Collaborer avec les pouvoirs publics afin de définir les modalités de partage et de mise à jour des informations • Diffuser les résultats clés de l'analyse aux parties prenantes concernées (p. ex. gouvernements, autres donateurs)

3b : Prendre des mesures progressives pour harmoniser et aligner le financement de la campagne	• Cette recommandation nécessite un engagement continu et à long terme au niveau national (Bureau du ministre au sein du ministère de la Santé, Directeur général ou division de planification)
	  o Des niveaux d'effort et financiers supplémentaires seront nécessaires pour permettre à un représentant du ministère de la Santé, en collaboration avec un partenaire local, de faire avancer ce processus, notamment en menant un dialogue politique continu avec les parties prenantes concernées au sein du ministère des Finances et des agences de développement.
	• Il faudra mobiliser des ressources internes supplémentaires auprès des gouvernements des pays cibles et des bailleurs de fonds afin de définir les modalités de gouvernance, de reporting, de gestion financière et de gestion courante liées à l'utilisation des ressources harmonisées.
	• Des niveaux d'effort et des ressources supplémentaires sont probablement nécessaires pour l'assistance technique afin de mener des évaluations initiales essentielles, y compris (*0,3 ETP – potentiellement entrepris par le même consultant que le 3a*) :
	  o Étude des mécanismes de financement communs actuels et passés dans le secteur de la santé
	  o Évaluation des flux de financement des campagnes de santé et des procédures budgétaires
	  o Évaluation des exigences en matière de gouvernance et des possibilités de mise en commun des ressources et d'investissements conjoints de la part de plusieurs bailleurs de fonds (y compris une analyse comparative)
	  o Possibilités liées à l'harmonisation des procédures et des délais de dépôt des demandes

3c : Harmoniser et aligner les modalités et les taux de paiement incitatifs entre les campagnes	• Des niveaux d'effort et des financements seront nécessaires pour mener une première analyse visant à examiner les taux et les modalités de paiement pratiqués par les différents organismes de financement, ainsi que les variations des incitations financières et non financières accordées aux campagnes (*0,3 ETP – cette mission pourrait être confiée au même consultant que pour la recommandation 3a)* • À l'issue de cette analyse, l'alignement des programmes financés par des bailleurs de fonds externes sur les taux nationaux des indemnités journalières et salariales devra faire l'objet d'une initiative menée par le ministère des Finances et le ministère de la Santé, avec le soutien des partenaires.

3d : Faire progresser le rôle du gouvernement dans le financement des campagnes	• La mise en œuvre de cette recommandation nécessitera une collaboration étroite avec les programmes nationaux de santé, les ministères de la Santé et les ministères des Finances, ainsi qu'avec les acteurs concernés au niveau infranational. • Cela pourrait nécessiter de faire appel à un institut de recherche externe (*local ou, éventuellement, commun à tous les pays cibles*) pour élaborer le dossier d'investissement, comprenant notamment : o une estimation du coût actuel et futur des campagnes de santé, de leurs effets en termes de mortalité et de morbidité évitées (ce qui nécessite une modélisation des maladies) et de leur rapport coût-efficacité o un plan de financement et de plaidoyer visant à obtenir des ressources supplémentaires, élaboré en étroite collaboration avec les homologues gouvernementaux. Ce plan de plaidoyer pourrait définir comment les gouvernements nationaux et régionaux peuvent mobiliser des ressources pour financer des campagnes de santé à court, moyen et long terme (plus de 110 ans). Cette démarche pourrait être facilitée par l'intermédiaire d'un partenaire local.
Résumé du financement	• 1 ETP local dans chaque pays cible • 1 contrat d'achat conclu avec une institution pour la 3D (dossier d'investissement), soit pour l'ensemble des pays cibles, soit par pays cible • Financement supplémentaire accordé au ministère de la Santé en fonction du niveau d'effort
Résumé général de la première année	• 3-5,5 ETP local dans chaque pays cible • 1 contrat d'approvisionnement pour 3j • 0,25 ETP mondial • Financement supplémentaire destiné à l'amélioration des systèmes et des outils opérationnels

D. Mesures de réussite

Le tableau ci-dessous présente ce qui, selon les membres de l'équipe de travail, constituerait une mise en œuvre réussie de chaque recommandation. Il peut servir de base à l'élaboration d'un plan CAS MERLA à l'échelle nationale pendant la phase de validation de principe. De plus, les éléments figurant dans le tableau ci-dessous faciliteront la mesure, l'évaluation et la responsabilisation, et contribueront à la généralisation des recommandations relatives au CAS à plus grande échelle.

Recommandation	À quoi ressemble la réussite de cette recommandation ?
Planification et mise en œuvre	
1a : Établir ou tirer parti d'un organisme de coordination nationale multisectoriel et inter-campagnes existant	• Participation dans les principaux domaines de la santé et au sein du SSP • Une composition et des TdR clairs pour l'organisme de coordination • Identification des campagnes en vue d'une collaboration et d'une intégration (1b) et élaboration d'un plan de travail, d'un budget et d'un calendrier intégrés pour ces campagnes (1c) • Mise en place de groupes de travail techniques chargés d'élaborer les recommandations nécessaires • Une stratégie solide de communication et de plaidoyer • Réunions régulières et participation à l'examen des projets de collaboration et d'intégration
1b : Identifier les campagnes et les domaines de collaboration et d'intégration	• Recenser et identifier les actions en faveur de l'intégration, et procéder à une évaluation périodique afin de déterminer les perspectives d'intégration futures • À moyen terme, un processus mis au point pour l'identification et l'harmonisation de l'évaluation continue et l'intégration des campagnes
1c : Élaborer un plan de travail et un calendrier pluriannuels inter-campagnes	• Un plan de travail, un budget et un calendrier pluriannuels, transversaux et adaptés aux besoins, destinés aux campagnes de prévention, afin de faciliter la planification proactive des ressources et des niveaux d'effort • Les pays ont la possibilité d'adapter ce plan périodiquement en fonction de besoins plus ponctuels
1d : Harmoniser les outils et les opérations entre les campagnes	• Les outils opérationnels, la logistique, les opérations, la gestion des données et les chaînes d'approvisionnement sont harmonisés dans l'ensemble des campagnes concernées • Un processus est mis en place pour évaluer et optimiser périodiquement l'harmonisation.
1e : Développer une approche coordonnée et efficace pour permettre un engagement actif de la communauté à tous les niveaux et toutes les phases	• Participation active de la communauté à la planification et à la mise en œuvre de campagnes intégrées à tous les niveaux, rendue possible grâce à une stratégie d'implication communautaire véritablement coordonnée entre les différentes campagnes • Par ailleurs, des campagnes bien documentées, acceptées et considérées comme fiables par les populations ciblées.

MERLA	
2a : Au sein des pays, développer une stratégie MERLA coordonnée et collaborative à travers les campagnes	• Une stratégie nationale est élaborée et mise en œuvre ; celle-ci est réalisable, rentable et conforme aux priorités locales. • Le ministère de la Santé exige/insiste sur son utilisation, et les partenaires de mise en œuvre doivent agir conformément à cette stratégie et partager leurs données et leurs résultats
2b : Aligné sur la stratégie MERLA coordonnée du pays, améliorer la capacité des partenaires et des exécutants de campagne à identifier, mesurer, utiliser et partager des données sur l'efficacité de la campagne	• Les informations existantes sont exploitées de manière plus systématique et coordonnée • Les indicateurs du cadre MERLA sont renseignés et les processus sont opérationnels afin de faciliter l'apprentissage et l'utilisation. • À long terme, des données pertinentes sont collectées et analysées afin d'étayer la nécessité d'élargir la définition de l'efficacité des campagnes, de la collaboration et de l'intégration
2c : Au niveau mondial, développer une plateforme d'apprentissage et un cadre MERLA comme recommandation pratique pour les pays et les parties prenantes mondiales	• Une plateforme d'apprentissage consacrée à l'efficacité des campagnes ainsi qu'aux activités, résultats et cas d'utilisation de MERLA est mise en place, et les partenaires nationaux, régionaux et mondiaux veillent à ce qu'elle soit dotée des ressources nécessaires, entretenue et pérennisée. • Les recommandations MERLA, applicables à l'ensemble des campagnes, ont été officialisées et approuvées par la communauté internationale • Les recommandations sont reprises et mises en œuvre par les responsables locaux de la campagne
Financement	
3a : Créer une vue complète du financement de campagne au niveau du pays	• Les informations relatives au financement des campagnes sont rassemblées et partagées entre les parties prenantes concernées • Il est largement utilisé par les pouvoirs publics et leurs partenaires pour la planification et la programmation des campagnes, y compris l'intégration éventuelle de celles-ci
3b : Prendre des mesures progressives pour harmoniser et aligner le financement de la campagne	• Les gouvernements mobilisent les ressources destinées aux campagnes en temps opportun grâce à l'utilisation de sources de financement communes et bénéficient d'une réduction des coûts de transaction dans la mesure où les procédures de demande et de déclaration sont harmonisées • Les bailleurs de fonds des campagnes contribuent à une planification et à une gestion plus globales des investissements consacrés aux campagnes de santé, en collaboration avec les pouvoirs publics • Il existe un potentiel d'intégration accrue des campagnes de santé grâce à l'utilisation de ressources communes ou mises en commun.

3c : Harmoniser et aligner les modalités et les taux de paiement incitatifs entre les campagnes	• Le gouvernement et les organismes de financement appliquent des indemnités journalières ou des primes identiques ou similaires aux professionnels de santé participant à des campagnes de santé. • Cette mesure facilite une meilleure intégration des campagnes, ce qui contribue à leur efficacité en garantissant une plus grande transparence des indemnités journalières et en limitant la concurrence pour le recrutement des agents de santé
3d : Faire progresser le rôle du gouvernement dans le financement des campagnes	• Des arguments solides en faveur de l'investissement sont avancés et les contributions publiques au financement des campagnes de santé sont accrues et fiables, idéalement en lien avec tout mécanisme de mise en commun élaboré dans la recommandation 3b • À moyen et long terme, les pays passent des campagnes aux services de routine afin de renforcer leurs systèmes de soins de santé primaires.

E. Définition étendue de l'efficacité de la campagne – Liste proposée de paramètres et d'indicateurs

Ce tableau ci-dessous est une proposition de liste de paramètres et d'indicateurs destinés à servir de guide pour les pays qui élaborent une stratégie de suivi, d'évaluation, d'apprentissage et d'adaptation (MERLA) inter-campagne (recommandations 2ac). S'appuyant sur la recherche en matière de mise en œuvre, les meilleures pratiques internationales et les retours d'expérience des bailleurs de fonds et des acteurs de terrain aux niveaux mondial, régional et national, ce document élargit la définition de l'efficacité des campagnes et propose des exemples d'indicateurs et de mesures permettant d'évaluer ces paramètres.

L'annexe est organisée en deux parties :

1) Indicateurs liés à la définition classique de l'efficacité de la campagne, centrés sur la couverture. Les indicateurs figurant dans cette liste sont issus d'une compilation et d'une harmonisation des indicateurs utilisés par des organisations internationales et des pays (par exemple, l'OMS, GAVI, l'UNICEF, l'OPS, le Fonds mondial), recueillis grâce à la participation collective lors de l'élaboration conjointe du CAS.
2) Paramètres et indicateurs pouvant être utilisés dans une définition élargie de l'efficacité d'une campagne, au-delà de la couverture

Les pays peuvent choisir tout ou partie de ces paramètres et adapter les indicateurs à leurs définitions et à leur contexte spécifiques. Cette liste est conçue comme un guide pouvant être adapté.

Paramètre	Définition	Indicateurs suggérés	
Définition classique de l'efficacité de la campagne			
Couverture	Proportion de personnes éligibles recevant l'intervention de campagne	Cible	• Âge de la population cible • Indicateurs sociodémographiques pour la population cible (âge, sexe, revenu, etc.) • Indicateurs géographiques des campagnes (zones couvertes) • Maladie à prévenir
		Prévention	• Nombre (proportion) de population cible ayant bénéficié d'une intervention préventive (vaccin, médicament ou autre) • Couverture vaccinale au sein de la population cible (*à surveiller tout au long de la vie*) • Nombre (proportion) de personnes n'ayant reçu aucune dose (personnes éligibles n'ayant pas bénéficié de l'intervention) au sein de la population cible
		Détection	• Nombre de flambées épidémiques importantes ou perturbatrices (*à définir en fonction de la maladie*) • Nombre (proportion) de cas détectés et déclarés
		Traitement	• Nombre (proportion) de cas rapportés traités • Nombre (proportion) de cas traités dans la population cible • Nombre de personnes entièrement traitées (vaccins ou autres)
		Résultats	• Nombre de décès (y compris futurs) évités grâce au traitement
			• Indice de couverture des services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU)

Définition élargie de l'efficacité d'une campagne		
Efficacité	Utilisation optimale des ressources pour atteindre les résultats souhaités	• Consommation budgétaire de la campagne • RH mobilisées • Calendrier de la campagne • Existence de stratégies d'apprentissage en matière de gestion et d'organisation • Coût par personne atteinte
Équité	Degré d'équité dans la répartition finale de l'intervention de campagne	• Ventilation des données relatives à l'accès et à la couverture selon des facteurs socio-économiques, de genre, géographiques et ethniques
Disponibilité	Capacité du système de santé à fournir les services nécessaires	• Nombre de produits disponibles pour la population cible • Ressources humaines pouvant être mobilisées pour les campagnes • Budget disponible pour la campagne (+ source)
Accès	Capacité (physique, financière, culturelle) de la population cible à recourir aux services de santé proposés	• Distance moyenne par rapport aux services pour la population cible • Coût d'obtention du traitement pour la population cible • Qualité de service perçue pour la population cible • Part de la population cible éligible aux services
Qualité du service	Expérience des différentes parties prenantes (professionnels de santé, responsables de campagne, bénéficiaires, bailleurs de fonds...) concernant la mise en œuvre du programme	• Le choix du moment opportun (c'est-à-dire le choix judicieux du moment où lancer une campagne afin d'en maximiser l'impact) • Existence de mesures garantissant la sécurité • Pourcentage de professionnels de santé participant à la campagne et ayant suivi une formation sur la qualité des services • Perception de la qualité du service par la population cible • Perception de la qualité du service par les agents de santé chargés de la campagne • Nombre de défauts constatés dans les produits de santé

Résultats cliniques	Résultats ou effets individuels et épidémiologiques, par lesquels les campagnes visent à apporter une valeur ajoutée	• Proportion de patients traités ayant présenté une amélioration des symptômes • Prévalence de la maladie • Incidence • Taux de mortalité • Comportements liés à la santé dans la population cible • Effets secondaires et complications observés à la suite de la campagne

Résilience et réactivité	Capacité du programme à modifier sa stratégie de mise en œuvre en réponse à des chocs ou des difficultés	• Nombre de plateformes de mise en œuvre dans une même zone géographique
		• Indicateurs de la chaîne d'approvisionnement (sous réserve)
		  o Nombre de membres du personnel disponibles
		  o Nombre de véhicules disponibles
		  o Nombre de systèmes informatiques
		• Nombre de cadres expérimentés disponibles pour la campagne
		• Existence d'un référentiel de données et d'informations
		• Existence d'un plan d'intervention d'urgence
		• Mise en place et suivi d'une matrice des risques

Sensibilisation de la communauté	Résultat des efforts déployés pour faire connaître et expliquer la campagne au sein de la population ou de la zone géographique concernée	• Part de la population cible informée du problème de santé • Part de la population cible informée de la campagne • Part de la population cible percevant la campagne comme fiable
Acceptation et implication de la communauté	L'aval de la communauté permettant à la campagne de mener à bien ses activités + la perception de la campagne comme « acceptable » par les parties prenantes concernées. Développer des relations permettant aux parties prenantes de collaborer pour traiter les questions liées à la santé et promouvoir le bien-être, afin d'obtenir des effets et des résultats positifs en matière de santé.	• Part de la population cible qui s'oppose activement à l'intervention • Part de la population cible appréhendant l'intervention • Part de la population cible neutre au sujet de l'intervention • Part de la population cible ouverte à la campagne et participante • Part de la population cible activement impliquée dans la campagne

F. Étapes incrémentielles suggérées pour l'harmonisation (Rec. 3b)

La recommandation 3b décrit un processus d'harmonisation accrue des sources de financement et des éléments entre les campagnes et les acteurs. La description ci-dessous présente une vue d'ensemble de haut niveau des différents niveaux d'harmonisation potentielle entre les bailleurs de fonds (et les pays), depuis l'harmonisation initiale entre les bailleurs de fonds et les pays (niveau 1 : rapports et budgétisation) jusqu'à un type d'harmonisation plus poussé (niveau 3 : par exemple, le financement commun).

Niveau 1. Harmonisation initiale (c.-à-d. reporting, surveillance et mesure) :

a. Rapports et budget
b. Rapports financiers a posteriori
c. Suivi et mesure de l'impact du financement

Niveau 2. Harmonisation modérée (c.-à-d. processus) :

d. Chronologies
e. Exigences en matière d'éligibilité
f. Chaîne d'approvisionnement et outils de gestion financière
g. Opérations

Niveau 3. Harmonisation solide (c.-à-d. gestion commune des fonds) :

h. Flux de financement
i. Pratiques en matière de décaissements
j. Bénéficiaires communs
k. Fonds communs

G. Ressources supplémentaires

Select HCE-Produced Technical Briefs & Reports

- Considerations for Integrating Health Campaigns: A Synthesis of Findings from Implementation Research Studies in Immunization, Neglected Tropical Diseases, Malaria, and Vitamin A Supplementation
- Synthesis Report: Considerations for Health Campaigns' Transition to and Linkages with the Primary Health Care System
- Coordination Mechanisms for Integrated Health Campaigns: A Descriptive Review
- Campaign financing analysis: opportunities for cross-campaign integration
- Defining Health Campaigns and Health Campaign Effectiveness

Select Individual Implementation Research Projects (from Nigeria, Vanuatu, Ghana, Rwanda, Mauritania and Sierra Leone, Ethiopia, Cameroon, Indonesia, Bangladesh, Guinea, Cote d'Ivoire, Colombia, and other global studies)

- Achieving Equitable and Feasible Campaign Integration through SMC and Vitamin A Collaboration: Findings from Bauchi State Nigeria
- Health Campaign Integration: A Scoping Review (Sub-Saharan Africa)
- Beyond Coverage: Measuring Vitamin A Supplementation Program Effectiveness in Mauritania and Sierra Leone
- Country Campaign Manager Perspectives on Health Campaign Integration: A Snapshot in 2022 (Africa, Americas, Europe, Southeast Asia)

Case Studies on Collaborative Planning (from Guinea, India, Nigeria, Nepal, India, Nigeria, Colombia, and Ghana)

HCE Publications

- Rethinking public health campaigns in the COVID-19 era: a call to improve effectiveness, equity and impact
- Promising practices for the collaborative planning of integrated health campaigns from a synthesis of case studies

H. Remerciements

Cette stratégie a été élaborée en partenariat avec les personnes suivantes (répertoriées ci-dessous par groupe de travail) – soit un total de 47 personnes, représentant plus de 20 organisations – en étroite collaboration avec l'équipe de direction de la Coalition HCE (répertoriée ci-dessous), avec le soutien du bureau du programme de la Coalition HCE de la Task Force for Global Health, de consultants spécialisés et du Camber Collective (tous répertoriés ci-dessous). Le dévouement et l'engagement des membres de l'équipe opérationnelle et de l'équipe de direction de la Coalition sont salués, honorés et constituent le fondement même de la CAS.

Composition de l'équipe de travail de la stratégie d'action collaborative (CAS)

Équipe de travail 1 - Planification et mise en œuvre		
Nom	**Titre**	**Organisation**
Hemant Shuklah, DM, co-président	Responsable d'équipe, Soutien aux pays	OMS/EMRO
Mohamadu "Bill" Wirngo, DM, Maîtrise en santé publique, Coprésident	Responsable de programme, Initiative présidentielle américaine contre le paludisme	USAID-Cameroun
Baboucarr Boye, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Spécialiste de la vaccination	UNICEF
Marguerite Cornu, MBA	Responsable principale du programme	Gavi, L'Alliance du Vaccin
Dr Daniel Argaw Dagne, DM, Maîtrise en santé publique	Chef d'unité, Prévention, traitement et soins	OMS/Contrôle des maladies tropicales négligées
David Doledec, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Responsable du programme régional de vitamine A	Helen Keller International
Emmanuel Emukah, PhD	Directeur, Programmes intégrés Sud-Est	The Carter Center-Nigeria
Marcy Erskine, DM	Conseiller en paludisme et président du groupe de travail sur le soutien aux pays, AMP	FICR et Alliance pour la prévention du paludisme (AMP)
Jim Goodson, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Directeur scientifique et responsable des incidents par intérim, Système de gestion des incidents liés à la rougeole CGH (MIMS)	CDC/Centre de santé mondiale

Santosh Gurung, DM	Responsable technique, Programme élargi de vaccination	OMS/Vaccination, vaccins et produits biologiques
Simbarashe Mabaya, DM, Maîtrise en santé publique	Conseiller technique senior	Gavi, L'Alliance du Vaccin
Munashe Madinga	Directeur régional, Lutte antivectorielle – Afrique subsaharienne	CHAI
Balcha Masresha, DM	Point focal rougeole/rubéole	OMS/AFRO
Ana Morice, DM, Maîtrise en santé publique	Épidémiologiste médical	OMS/OPS
Laura Nic Lochlainn, PhD, MSc	Chargé(e) technique, Parcours de vie et intégration, Programme essentiel de vaccination	OMS/Vaccination, vaccins et produits biologiques
Mona Osman, MSc	Responsable technique	OMS/EMRO
Équipe de travail 2 – Surveillance, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation (MERLA)		
Nom	**Titre**	**Organisation**
Naor Bar-Zeev, PhD, MSc, Coprésident	Chef d'unité, Analyse et observations sur la vaccination	OMS/Vaccination, vaccins et produits biologiques
Aline Benson, maîtrise en santé publique, co-présidente	Consultant principal	Linksbridge
Maiwand Ahmadzai, DM, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Responsable technique, Polio	OMS/EMRO

Andreas Hasman, PhD, MA	Spécialiste en nutrition, Division des programmes	UNICEF
Tafadzwa Matika, MSc	Coordinateur principal de programme	CHAI
Pamela Mbabazi, PhD, MSc, MA	Épidémiologiste médical, informations stratégiques et analyses	OMS/Contrôle des maladies tropicales négligées
Reza Niles-Robin, DM	Directeur, Maladies à transmission vectorielle	Ministère de la Santé de Guyane
John Ntambi, DM, Maîtrise en santé publique	Spécialiste en nutrition	UNICEF – Afrique de l'Ouest
Alan Ou, Docteur en médecine, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Responsable médical	CDC / Division de la vaccination mondiale
Heidi Reynolds, PhD, Maîtrise en Santé publique	Spécialiste senior, Évaluation et formation	Gavi, L'Alliance du Vaccin
Estifanos Shargie, DM, PhD, Maîtrise en Santé publique	Spécialiste senior, Impact et évaluation de la santé publique	Le Fonds mondial
Kathryn Zoerhoff, MA, Maîtrise en Santé publique	Directeur du centre de données NTD	Centre d'assistance MTN, The Task Force for Global Health
Équipe de travail 3 – Financement		
Nom	**Titre**	**Organisation**
Logan Brenzel, PhD, MS, Coprésident	Économiste en santé, consultant	Indépendant
Ulla Griffiths, PhD, MSc, coprésidente	Économiste en santé, Conseiller principal	UNICEF

Lilia Gerberg, MA	Spécialiste des sciences de la santé, Initiative du président américain contre le paludisme	USAID
Jessica Hofmans, MSc	Directeur principal, Conception et examen du financement	Gavi, L'Alliance du Vaccin
Carol Karutu, DrPH	Vice-président des programmes	The End Fund
Patrick Okello, MBChB, MPH	Conseiller principal en matière de maladies, Conseil technique et partenariats, Équipe chargée du paludisme	Le Fonds mondial
Amos Petu, PhD	Économiste de la santé	OMS/AFRO
Ganiyu Salau, MSc	Ancien directeur adjoint chargé des finances et de la comptabilité	National Primary Health Care Development Agency, Nigeria
Sandra Mounier-Jack, MS, MBA	Professeur en systèmes et politiques de santé	London School of Hygiene and Tropical Medicine
Groupe de travail n° 4 – Engagement politique et leadership		
Nom	**Titre**	**Organisation**
Ann Lindstrand, DM, co-présidente	Responsable de l'unité « Programme essentiel de vaccination »	OMS/Vaccination, vaccins et produits biologiques
Shalini Rozario, co-présidente	Spécialiste du programme pour l'intégration de la vaccination et la gestion de la transition vers la polio	UNICEF
Dr Ado Bwaka, DM, MPH	Responsable de l'équipe de vaccination, sous-région d'Afrique de l'Ouest	OMS/AFRO
Heather Ferguson, MPH	Associé principal	Linksbridge
Lauren Franzel, MBA, MPH	Chef d'unité, Alliances et partenariats en matière de vaccins	OMS/Vaccination, vaccins et produits biologiques

Maimuna Hamisu, DM, MSC-PH	Chef, SIA non polio	National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), Nigéria
Dr Fikreab Kebede, DM, MPH	Conseiller technique principal – Trachome et NTD	Ministère de la Santé d'Éthiopie
Lorenzo Pezzoli, PhD, MSc	Responsable de l'équipe Méningite	OMS/Urgences sanitaires
Chrestien Yameni, Maîtrise en santé publique	Conseiller technique régional, paludisme – Afrique de l'Ouest	Catholic Relief Services
Hamzah Zekrya, MA	Directeur principal, Engagement de partenariat public	Gavi, L'Alliance du Vaccin

Contributeurs à la stratégie d'action collaborative (CAS)

Équipe de direction et représentants HCE		
Nom	**Titre**	**Organisation**
Hamid Jafari, DM, président	Directeur du programme d'éradication de la poliomyélite	OMS/EMRO
Jalaa' Abdelwahab, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Directeur, Programmes de vaccins	Gavi, L'Alliance du Vaccin
Luis G. Castellanos, MD, PhD, Maîtrise en santé publique	Chef de l'unité « Maladies négligées et maladies à transmission vectorielle » (VY)	OPS
Kashef Ijaz, DM, Maîtrise en santé publique (Master of Public Health, MPH)	Vice-président des programmes de santé	The Carter Center
James Lavery, MSc, PhD	Conrad N. Hilton, président du service d'éthique de la santé mondiale	Emory University
Ephrem T. Lemango, DM	Directeur adjoint, vaccination	UNICEF
Ahmadu Yakubu, BMBCh, MSc	Conseiller principal et responsable de l'équipe Santé - Initiatives de vaccination accélérée, Section de la vaccination, Groupe des programmes	UNICEF
Kate O'Brien, MD, Maîtrise en Santé publique	Directeur, Immunisations, vaccins et produits biologiques	OMS
Patrick Okello, MBChB, MPH	Conseiller principal en matière de maladies, Conseil technique et partenariats, Équipe chargée du paludisme	Le Fonds mondial
Maria Rebollo Polo, DM, PhD, MPH	Responsable, Programme mondial pour l'élimination de l'onchocercose et la lutte contre la gale	OMS
Maimuna Hamisu, DM, MSC-PH	Chef, SIA non polio	National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), Nigéria

John Vertefeuille, PhD, MHS	Directeur de la Division mondiale de la vaccination, Centre de santé mondiale	Centers for Disease Control and Prevention
Chris Wolff, Maîtrise en Santé publique	Directeur adjoint, Plateformes de prestation de services de vaccins	Bill & Melinda Gates Foundation
Katie Maloney, PhD	Responsable des programmes, Équipe de vaccination	Bill & Melinda Gates Foundation

Équipe du Bureau du programme HCE, Task Force for Global Health	
Nom	**Titre**
Kristin Saarlas, ScD, Maîtrise en Santé publique	Directeur
Teshome Gebre, PhD, MSc, MBA	Conseiller principal HCE ; Directeur régional pour l'Afrique
Allison Snyder, Maîtrise en Santé publique	Directeur adjoint délégué
Patricia Richmond, Maîtrise en Santé publique	Spécialiste principal en accompagnement de projets
Carol McPhillips-Tangum, Maîtrise en Santé publique	Consultant
Jennifer Abrahamson, MIA	Consultant

Composition de l'équipe Camber Collective	
Nom	**Titre**
Benjamin Jenson, MBA	Directeur / Responsable du secteur de la santé mondiale
Brent McCann, MA	Responsable de la relation client
Mathieu Boulestreau, MSc, MiM	Consultant
Clara Gaïda, Maîtrise en santé publique, MPP	Consultant



Crédit photo : Groupe de travail sur la santé mondiale (The Task Force for Global Health)

Ce travail a été financé par la Fondation Bill & Melinda Gates (subvention n° INV-054229 accordée au programme « Health Campaign Effectiveness » (Programme sur l'efficacité des campagnes de santé) de la Task Force for Global Health). Les résultats et conclusions présentés dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la Fondation Bill & Melinda Gates.