

GUIDE COMMUNAUTAIRE SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES ET DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE CADRE DU CYCLE DE SUBVENTION 8 (CS8) DU FONDS MONDIAL

Que faut-il protéger et promouvoir et comment s'engager ?



Hub Régional
Afrique francophone

Traduit en français par le Hub d'Apprentissage Communauté, Droits et Genre du
Fonds Mondial pour l'Afrique Francophone

Mai 2026

REMERCIEMENT

Ce guide a été rédigé par Bikas Gurung, coordinateur régional du Réseau asiatique des personnes qui consomment des drogues (NAPUD), et par Harry Prabowo, responsable de programme au Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+). Il a été examiné et révisé par le département Communautés, Droits et Genre (CRG) du Fonds mondial.

Ce guide a été élaboré grâce aux efforts collaboratifs des membres du consortium Seven Alliance : APCOM, le Réseau Asie-Pacifique des professionnel(le)s du sexe (APNSW), le Réseau transgenre Asie-Pacifique (APTN), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH Asie-Pacifique (ICWAP) et Youth LEAD.

Ce guide n'aurait pas été possible sans le soutien, les orientations et les contributions des réseaux mondiaux de populations clés et de personnes vivant avec le VIH : Global Action for Trans Equality (GATE), le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP), le Réseau international des personnes qui consomment des drogues (INPUD), MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, ainsi que Youth RISE. Nous remercions également tout particulièrement les centres régionaux d'apprentissage : Afrique anglophone – EANNASO ; Europe de l'Est et Asie centrale – EHRA ; Afrique francophone – RAME ; Amérique latine et Caraïbes – VIA LIBRE ; et Moyen-Orient et Afrique du Nord – MENAHRA.

Nous exprimons notre gratitude à toutes les personnes ainsi qu'aux organisations nationales, régionales et mondiales qui ont participé activement aux deux consultations mondiales (virtuelles) tenues respectivement les 25 février et 5 mars 2026 : APCASO, Eurasian Harm Reduction Association, Harm Reduction International, Stop TB, TB League of Volunteers Inc., TB People et YOUNITE Global.

Ce guide a été commandité par le Hub régional d'apprentissage pour l'Asie-Pacifique (APRLH) et Seven Alliance, et rendu possible grâce aux contributions financières de l'Initiative stratégique sur l'engagement communautaire (CE SI) du Fonds mondial.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds mondial.

POURQUOI CELA EST-IL IMPORTANT POUR LES COMMUNAUTÉS ?

" L'intégration est un processus stratégique qui favorise la pérennité, l'efficacité et la capacité à répondre aux besoins des populations. Elle remplace les approches fragmentées par un modèle unifié qui maximise l'impact et promeut l'équité ainsi que la redevabilité."

Dans de nombreux pays, les financements consacrés au VIH, à la tuberculose et au paludisme (VTP) diminuent alors que les besoins augmentent. L'intégration constitue un axe majeur du Cycle de subvention 8 (GC8) du Fonds mondial afin de préserver les acquis durement obtenus, de renforcer les systèmes de santé résilients et pérennes (SRPS) et de mettre fin aux programmes verticaux cloisonnés qui ne sont plus viables à long terme. **Pour les communautés, l'intégration peut être une opportunité importante, mais aussi un risque si elle est mise en œuvre sans garanties adéquates.**

Ce guide a été élaboré à partir des orientations du Fonds mondial pour le CS8, intitulées « Favoriser l'impact : Améliorer l'intégration », ainsi que des conclusions de deux consultations menées avec les réseaux mondiaux de populations clés, les réseaux de lutte contre la tuberculose et le paludisme, les centres régionaux d'apprentissage et les organisations de la société civile travaillant sur les trois maladies.

Ce guide aide les organisations dirigées par les communautés, les réseaux de populations clés et vulnérables, les groupes et organisations de la société civile, ainsi que les Instances de coordination nationale (ICN), à comprendre ce que signifie l'intégration dans le cadre du GC8 et comment s'engager, influencer les processus et protéger les priorités communautaires.

Ce guide s'adresse à vous si vous souhaitez :

- Veiller à ce que l'intégration améliore les services destinés aux communautés ;
- Garantir un financement durable des réponses et des systèmes dirigés par les communautés, en particulier pour les populations clés ;
- Mener efficacement des activités de plaidoyer auprès des ICN, des bénéficiaires principaux (RP) et des gouvernements.

QUE VEUT DIRE « L'INTÉGRATION » DANS LE CADRE DU CS8 ?

L'intégration ne consiste pas simplement à regrouper des services dans un même bâtiment. Elle vise à transformer le fonctionnement du système de santé afin qu'il réponde mieux aux besoins des populations.

L'intégration comporte deux dimensions principales : « **Partie 1 : Intégration de la prestation de services** » et « **Partie 2 : Intégration des systèmes de santé** », qui sont expliquées dans le tableau ci-dessous :

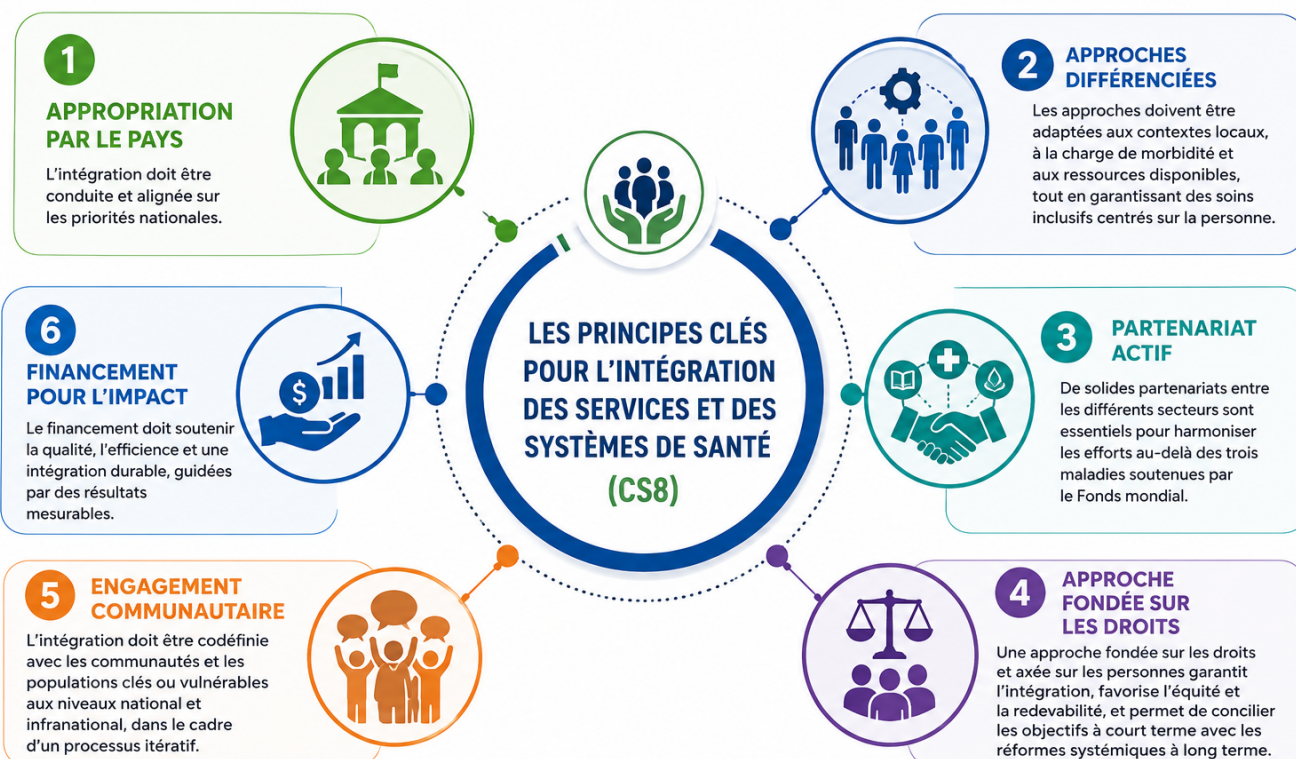
	Partie 1 : Intégration de la prestation de services	Partie 2 : Intégration des systèmes de santé
Définition du Fonds mondial	Intégrer les interventions de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les soins de santé primaires (SSP) et d'autres services de santé afin d'assurer des soins centrés sur la personne.	Harmoniser et renforcer les composantes fondamentales du système de santé, telles que les ressources humaines, les données, la surveillance, la chaîne d'approvisionnement, les laboratoires, l'engagement communautaire et le financement, afin qu'elles fonctionnent de manière cohérente entre les différents programmes.
Objectif	Les personnes bénéficient d'un continuum de services de santé coordonnés entre les différents niveaux et lieux de prestation des soins au sein du secteur de la santé (intégration verticale) et au-delà de celui-ci (intégration horizontale), selon leurs besoins.	Établir une base solide pour le financement et la pérennité de ces services.
Qu'est-ce qui est intégré ?	Les services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans les soins de santé primaires (SSP) et d'autres	Les composantes des systèmes de santé communes à l'ensemble des maladies :

	<p>établissements publics de santé. <i>(C.-à-d. prévention, création de la demande, dépistage/diagnostic, traitement, suivi et orientation vers les services appropriés)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ressources humaines pour la santé (y compris les agents de santé communautaires tels que les agents de proximité, les pairs éducateurs, les parajuristes communautaires, etc.) ; 2. Systèmes de laboratoire ; 3. Systèmes nationaux d'information sanitaire et systèmes de données stratégiques (y compris la surveillance, le suivi et l'évaluation [S&E] et la santé numérique) 4. Systèmes d'approvisionnement et de gestion de la chaîne d'approvisionnement 5. Systèmes communautaires ; 6. Systèmes de financement de la santé.
<p>Que signifie cela concrètement sur le terrain ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sont fournis par l'intermédiaire des SSP existants et des plateformes communautaires. ▪ Les agents de santé communautaires (par exemple les agents de proximité et les pairs éducateurs) assurent des activités intégrées de sensibilisation, de dépistage, d'orientation et de suivi concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ • Une unité commune de gestion des programmes pour les trois maladies. ▪ Des cliniciens et autres professionnels de santé formés à la prévention et au traitement de plusieurs maladies sont déployés au sein des SSP. ▪ Les agents de santé communautaires (par exemple les agents de proximité et les pairs éducateurs) sont accrédités et déployés par l'intermédiaire des SSP et d'autres établissements de santé.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les services couvrent toutes les étapes de la vie (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées). ▪ Les soins sont reliés aux services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), ainsi qu'à l'assistance juridique et aux services sociaux lorsque nécessaire. ▪ Des outils intégrés d'enregistrement et de notification des données relatives au VIH, à la tuberculose et au paludisme sont utilisés par les agents de santé communautaires et reliés au système national d'information sanitaire. ▪ Planification, budgétisation, supervision, suivi et évaluation (S&E) et établissement de rapports conjoints pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. ▪ Intégration des droits humains, de l'égalité de genre et du suivi dirigé par les communautés dans l'ensemble des programmes. ▪ Mise en œuvre d'un suivi dirigé par les communautés (CLM) couvrant le VIH, la tuberculose, le paludisme et les enjeux plus larges liés aux systèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des laboratoires unifiés assurent le dépistage et le diagnostic de plusieurs maladies. ▪ Consolidation de tous les systèmes d'information sanitaire spécifiques aux maladies afin de garantir l'interopérabilité des données. ▪ Les systèmes communautaires sont intégrés au système national de santé (plutôt que de fonctionner en parallèle) grâce à la contractualisation sociale ou à des mécanismes de financement fondés sur la performance, permettant d'intégrer les prestataires communautaires et les services dirigés par les pairs dans les systèmes de SSP. Cela implique également le maintien de certains services spécialisés afin de garantir la qualité et l'accès, par exemple les services de réduction des risques. ▪ Plusieurs ministères collaborent pour intégrer le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le financement national et la couverture sanitaire universelle (CSU).
--	--	---

Accent mis sur	Comment et où les services sont fournis aux personnes. « Une meilleure expérience pour les usagers »	Comment le système de santé est organisé et financé. « Une base solide pour les services »
Question fondamentale	Une personne peut-elle accéder facilement aux soins dont elle a besoin, en un même lieu, sans craindre la stigmatisation, l'arrestation ou la violation de la confidentialité (divulgaration non consentie) ?	Les systèmes qui soutiennent la prestation des services fonctionnent-ils ensemble de manière durable ?

LES SIX PRINCIPES FONDAMENTAUX QUI GUIDENT L'INTÉGRATION DANS LE CS8



COMMENT LES SUBVENTIONS DU CS8 DU FONDS MONDIAL SOUTIENNENT-ELLES LES EFFORTS D'INTÉGRATION ?

Dans le cadre du CS8, les pays sont encouragés à utiliser les subventions du Fonds mondial pour accélérer l'intégration, même dans un contexte de réduction des financements.

Les pays admissibles aux subventions du Fonds mondial dans le cadre du CS8 ont la possibilité de :

- Évaluer les efforts déjà déployés dans le pays pour favoriser l'intégration et identifier les progrès réalisés ainsi que les lacunes existantes (c.-à-d. le « niveau de préparation à l'intégration ») afin d'éclairer le dialogue au niveau du pays et l'élaboration de la demande de financement. Les pays peuvent solliciter l'appui de prestataires d'assistance technique ainsi que des [Hubs régionaux d'apprentissage](#) pour envisager une [demande d'assistance technique](#) visant à réaliser une « évaluation du niveau de préparation à l'intégration ».
- Envisager la sélection d'un ou plusieurs bénéficiaires principaux (RP) capables de faire progresser les priorités en matière d'intégration.
- Soumettre les demandes de financement simultanément afin de favoriser une planification intégrée. Le CS8 peut constituer une occasion appropriée pour examiner si une demande de financement unique couvrant l'ensemble des composantes admissibles permettrait de mieux mettre en évidence la manière dont les investissements en SRPS répondent aux priorités du pays.
- Utiliser les investissements en SRPS pour renforcer les soins de santé primaires (SSP) et les systèmes communautaires, en vue d'une **intégration progressive des services, afin de permettre l'apprentissage et l'adaptation**.
- Mettre en place un **groupe de travail national** sur l'intégration, réunissant le gouvernement, les partenaires, les communautés, les organisations de la société civile et les acteurs du secteur privé, afin de superviser et d'orienter le processus d'intégration. Un mécanisme équivalent peut également être créé au niveau infranational.

- Financer des formations, des mécanismes de supervision, des laboratoires, des chaînes d’approvisionnement et des systèmes de données communs.
- Utiliser des mécanismes de financement (tels que la contractualisation sociale) pour soutenir des services intégrés dirigés par les communautés.
- Adapter les services destinés aux populations clés et vulnérables afin d’éviter les risques de réduction de la couverture ou d’interruption de la continuité des soins. **Dans certains contextes, des services spécialisés liés au VIH ou à la tuberculose doivent être maintenus afin de garantir la qualité des services et l’accès aux soins, par exemple les services de réduction des risques.**
- Aligner les investissements du Fonds mondial sur les financements nationaux et ceux des autres bailleurs investissant dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au pays.

Point important : Dans le cadre du CS8, l’intégration doit être visible dans la conception des subventions, les budgets et les indicateurs ; elle ne doit pas seulement être mentionnée dans le récit de la demande de financement.

CE QUE L’INTÉGRATION VEUT DIRE POUR LES COMMUNAUTÉS

L’intégration des services de santé est de plus en plus promue comme une stratégie visant à renforcer les systèmes de santé et à améliorer l’efficacité de la prestation des services liés au VIH, à la tuberculose, au paludisme et à d’autres problèmes de santé. Toutefois, l’intégration ne consiste pas à simplement regrouper les programmes des trois maladies. Elle devrait plutôt représenter une approche globale des soins de santé primaires (SSP), centrée sur la personne, qui comprend notamment :

- La disponibilité des services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme par l’intermédiaire des soins de santé primaires et des plateformes dirigées par les communautés ;
- Des services intégrés à guichet unique nécessitant moins d’orientations vers d’autres structures, moins de visites et entraînant des dépenses directes moins élevées pour accéder aux services de santé ;
- Une meilleure prise en charge, lors d’une même visite, des personnes ayant des besoins de santé multiples (par exemple en matière de santé mentale, de santé sexuelle et reproductive, de soutien nutritionnel, entre autres) ;
- Des services de protection sociale ;

- La prise en charge des co-infections et des maladies non transmissibles (MNT) ;
- La préparation aux pandémies et la réponse aux situations d'urgence ;
- Des mécanismes fonctionnels d'orientation et de contre-orientation permettant de répondre à des besoins plus larges en matière de santé, de protection sociale et d'autres services.

Dans de nombreux pays, les organisations dirigées par les communautés ou à base communautaire fournissent des services essentiels liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme, notamment des activités de sensibilisation, de dépistage, de recherche active des cas, de réduction des risques, de soins à domicile, de réduction de la stigmatisation et de suivi dirigé par les communautés. Ces services sont souvent les plus accessibles et les plus dignes de confiance pour les populations clés, notamment les personnes qui consomment des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les travailleurs migrants et les communautés LGBTQ+. L'intégration devrait renforcer les systèmes communautaires existants plutôt que les remplacer. Pour les populations clés, la criminalisation et la stigmatisation constituent d'importants obstacles à l'accès aux services. Par conséquent, l'intégration doit être définie de manière suffisamment large pour tenir compte du contexte spécifique de chaque pays, des obstacles existants et des besoins des communautés. Cela implique notamment le maintien de plateformes dirigées par les communautés pour la prestation de services spécialisés, y compris les services de réduction des risques destinés aux personnes qui consomment des drogues et aux professionnel(le)s du sexe, ainsi que les services de soutien au traitement de la tuberculose pharmacorésistante (TB-PR). De même, dans le domaine de la tuberculose, ces services spécialisés peuvent jouer un rôle particulièrement important pour atteindre les populations clés, vulnérables ou mal desservies. **L'intégration et la spécialisation ne sont pas opposées : elles sont toutes deux nécessaires et doivent coexister.**

L'intégration est un processus indispensable pour assurer la pérennité des ripostes contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Toutefois, elle doit être soigneusement planifiée et mise en œuvre progressivement, en laissant suffisamment de temps pour l'apprentissage et l'adaptation. Elle exige une approche multisectorielle associant les pouvoirs publics, la société civile, le secteur privé et les collectivités territoriales, avec un engagement communautaire au cœur de l'ensemble du processus. Une intégration réussie des services s'étend à la fois horizontalement entre différents services et programmes, et verticalement entre les différents niveaux de soins.

L'intégration de la prestation des services ne peut être plus durable, plus efficiente et plus résiliente que lorsque ces services sont eux-mêmes intégrés. Cela suppose l'adoption de décisions stratégiques qui institutionnalisent formellement l'intégration

dans les politiques de santé nationales et infranationales, les mécanismes de financement et les cadres de redevabilité, ainsi que le renforcement des composantes fondamentales du système de santé, notamment les ressources humaines, les données, la surveillance, les chaînes d'approvisionnement, les laboratoires, l'engagement des communautés, la promotion des droits humains et de l'égalité de genre, et le financement.

QUELLES SONT LES LIGNES ROUGES DES COMMUNAUTÉS ?

Une intégration mal conçue pourrait, involontairement, affaiblir les systèmes et les réponses dirigés par les communautés, ainsi que l'accès aux services vitaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. L'intégration doit préserver ou renforcer les acquis des programmes existants tout en améliorant l'efficacité des interventions, des approches et des initiatives actuelles. L'intégration doit être conçue en fonction des réalités vécues par les populations et évaluée non seulement à l'aune des gains d'efficacité, mais aussi à la lumière de sa capacité à permettre aux personnes de continuer d'accéder aux services de manière sûre, équitable et digne. Il existe des « **lignes rouges** » claires qui ne doivent pas être franchies. Il s'agit de garanties essentielles pour veiller à ce que l'intégration ne compromette ni les réponses dirigées par les communautés, ni les droits humains, ni l'accès des populations clés aux services. Les communautés doivent rester vigilantes afin que l'intégration n'entraîne pas :

- La perte des services et des points d'accès dirigés par les communautés : À long terme, l'intégration des services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans les soins de santé primaires (SSP) et dans le système de santé au sens large pourrait entraîner la fermeture de certains services et points d'accès dirigés par les communautés. Lorsque de telles fermetures sont envisagées, l'intégration doit être mise en œuvre avec prudence et progressivement afin de garantir que les points d'accès intégrés soient compétents, sûrs et exempts de stigmatisation pour les communautés. Cela nécessite une formation appropriée, un accompagnement continu et un soutien permanent aux professionnels de santé afin qu'ils puissent fournir des services adaptés et de haute qualité aux populations clés. Il est important de reconnaître que les systèmes gouvernementaux ne sont souvent pas

en mesure d'assurer efficacement les activités de sensibilisation, la réduction des risques, la recherche active des cas, le soutien par les pairs et les services de réduction de la stigmatisation actuellement fournis par les modèles de prestation de services dirigés par les communautés (par exemple, les centres d'accueil communautaires ou les *centres drop-in*). Selon le contexte national et les besoins des communautés, celles-ci doivent être prêtes à défendre et à préserver les services spécialisés, notamment les points d'accès dirigés par les communautés.

- La perte du personnel communautaire : L'intégration ne devrait pas conduire au licenciement ni à l'exclusion des agents communautaires de proximité et des pairs éducateurs. Les agents communautaires et les pairs éducateurs sont au cœur des ripostes contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Leur maintien au sein des services intégrés constitue une stratégie efficace pour atteindre les populations les plus difficiles à joindre et garantir des services fiables, sûrs et exempts de stigmatisation. Par conséquent, même si l'intégration peut entraîner la disparition de certains emplois communautaires, des actions de plaidoyer doivent être menées afin que le personnel communautaire soit officiellement reconnu et accrédité pour jouer un rôle essentiel au sein des systèmes de santé intégrés et de la prestation de services.
- La perte de services adaptés aux jeunes, au genre ou spécifiques à certains groupes : Alors que la planification de l'intégration débute dans un contexte de réduction importante des allocations nationales, certains pourraient soutenir que les jeunes issus des populations clés, les femmes et les personnes de diverses identités de genre ne constituent que des sous-groupes des populations clés ou des personnes vivant avec le VIH. L'intégration ne doit pas servir de prétexte pour reléguer au second plan les besoins spécifiques des jeunes, des femmes et des personnes de diverses identités de genre, ni pour appliquer une approche uniforme à tous. Même lorsque les ressources limitées ne permettent pas de maintenir des sites de prestation distincts, les services intégrés doivent conserver ou démontrer clairement leur caractère adapté aux jeunes et sensible au genre, notamment en ce qui concerne le personnel, les horaires d'ouverture et la participation significative à la conception des services.

- La suppression du financement dédié aux communautés : L'intégration ne doit pas être utilisée pour justifier des réductions de financement ou une moindre priorité accordée aux réponses dirigées par les communautés, y compris la prestation de services et les activités de plaidoyer menées par les réseaux nationaux de populations clés. Plus important encore, elle ne doit pas servir à supprimer les services spécialisés destinés aux populations clés.
- Les atteintes à la confidentialité et le partage non sécurisé des données : L'intégration ne doit pas compromettre la vie privée ni la confidentialité des populations clés. La collecte et l'intégration des données personnelles des populations clés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire doivent être réalisées de manière à garantir la confidentialité et, le cas échéant, l'anonymat des utilisateurs des services. C'est essentiel pour éviter que ces données ne soient utilisées à des fins de surveillance, d'arrestation ou de divulgation non consentie de l'identité des personnes concernées.
- L'accentuation de la stigmatisation et de la discrimination : Les services intégrés ne doivent pas contraindre les personnes à fréquenter des établissements perçus comme peu sûrs ou stigmatisants. Dans de nombreux cas, les professionnels de santé des SSP ou des établissements de santé généralistes ne sont pas suffisamment formés aux droits humains, à la réduction de la stigmatisation et à la prestation de soins culturellement adaptés, ce qui peut décourager l'accès aux services et le maintien dans les soins.
- La perte des services de réduction des risques et de prévention : L'intégration ne doit pas affaiblir l'accès aux services essentiels de prévention et de réduction des risques destinés aux populations clés. Lorsque cela est nécessaire, ces services doivent être maintenus en tant que services spécialisés et demeurer accessibles par l'intermédiaire de plateformes à faible seuil d'accès et dirigées par les communautés.
- Une prise de contrôle par les pouvoirs publics sans participation communautaire : L'intégration ne doit ni être définie ni simplement considérée comme l'absorption des services dirigés par les communautés par les SSP ou d'autres établissements publics de santé. Elle ne doit pas conduire au remplacement du leadership communautaire par un contrôle gouvernemental centralisé exercé de manière descendante, sans participation significative des communautés.

- Des modèles d'intégration uniformes et indifférenciés : L'intégration ne doit pas être mise en œuvre selon une approche uniforme qui ignore les réalités locales et communautaires. Elle doit être adaptée aux contextes épidémiologiques, juridiques et socio-économiques propres à chaque pays ainsi qu'aux réalités infranationales.
- La réduction des investissements dans les systèmes communautaires, les droits humains, les programmes liés au genre et les mécanismes de redevabilité.

Par ailleurs, la réduction des allocations dans le cadre du CS8 pourrait contraindre les pays, les CCM et les communautés à prendre des décisions difficiles de priorisation ou à effectuer des « **choix difficiles et arbitrages** ». Toutes les interventions prévues dans les plans stratégiques nationaux ou figurant parmi les priorités communautaires ne pourront pas nécessairement être financées. Ces arbitrages peuvent se traduire par des décisions telles que Choisir entre l'achat de médicaments vitaux et les interventions permettant d'y accéder ; Fournir un ensemble complet de services à un nombre plus restreint de personnes ou un ensemble limité de services à un plus grand nombre ; Maintenir une couverture nationale ou concentrer les ressources sur les districts à forte charge de morbidité ; Investir dans les interventions de prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme ou privilégier les interventions de traitement. Lorsque de tels choix doivent être effectués, ils devraient l'être collectivement, avec une participation significative des communautés et de la société civile, et être fondés sur des données probantes, sur les contextes nationaux et infranationaux, ainsi que sur les réalités vécues au niveau communautaire.

QUELS SONT LES RISQUES POUR LES SYSTÈMES ET LES RÉPONSES DIRIGÉS PAR LES COMMUNAUTÉS ?

Défis et risques	Impact potentiel	Stratégies d'atténuation
L'intégration de la prestation des services nécessitera des coûts supplémentaires liés à la formation, à la supervision, aux effectifs, aux infrastructures, etc.	Augmentation des coûts initiaux.	Assurer une coordination appropriée entre les programmes, les systèmes de santé et les différents niveaux de soins. L'intégration de la prestation des services peut

		être mise en œuvre progressivement, en fonction de la disponibilité des ressources nécessaires aux investissements initiaux.
L'intégration peut accroître la charge de travail d'établissements de santé et de personnels déjà fortement sollicités, en particulier celle des agents communautaires de proximité dont la rémunération n'est pas proportionnelle à la charge de travail.	Diminution de la qualité des services, épuisement professionnel des prestataires et allongement des délais d'attente.	Investir dans le renforcement des capacités des ressources humaines, la délégation des tâches, les systèmes numériques et la supervision de soutien.
L'intégration des services dans les soins de santé primaires (SSP) ou dans les établissements de santé généralistes peut créer des obstacles liés à la stigmatisation, à la discrimination ou à la criminalisation.	Les populations clés évitent les services, ce qui entraîne une baisse de la couverture et de moins bons résultats sanitaires.	Maintenir les modèles de prestation de services dirigés par les communautés, les activités de sensibilisation menées par les pairs et des points d'entrée sûrs, tels que les centres d'accueil communautaires (<i>drop-in centers</i>), pour les services spécialisés liés au VIH ou à la tuberculose, afin de garantir la qualité des services et l'accès aux soins. Par exemple, les services de réduction des risques.
L'intégration peut conduire à une centralisation des services par les pouvoirs publics, à la fermeture de services dirigés par les communautés et à d'importantes réductions du financement des systèmes et	Sous-financement ou suppression d'interventions à fort impact destinées aux populations clés.	Protéger le financement des services dirigés par les communautés et axés sur les populations clés dans les budgets intégrés, et mener un plaidoyer conjoint en faveur de financements dédiés et de la contractualisation sociale avec

des réponses dirigés par les communautés.		les organisations dirigées par les communautés.
Exclusion ou engagement insuffisant des communautés dans la planification et la prise de décision relatives à l'intégration.	Les programmes ne répondent pas aux besoins des communautés et perdent leur confiance.	Garantir une participation significative des communautés et de la société civile tout au long du processus d'intégration.
Augmentation de la stigmatisation et des risques liés à la confidentialité pour les populations clés.	Crainte de divulgation, baisse du recours aux services et vulnérabilité accrue.	Renforcer les protocoles de confidentialité, la formation du personnel et les normes de prestation de services fondées sur les droits humains.
Faible coordination entre les programmes disposant de systèmes, de budgets et de structures de gouvernance distincts.	Mise en œuvre fragmentée et inefficacités.	Institutionnaliser des mécanismes de coordination, une planification intégrée et des systèmes conjoints de suivi et d'évaluation (S&E).
L'intégration des systèmes d'information et des systèmes de données stratégiques peut affaiblir le suivi et l'utilisation des données.	Perte de données essentielles concernant les populations clés et certaines maladies spécifiques.	Développer des systèmes de données intégrés tout en préservant les indicateurs ventilés par population clé.
Les organisations dirigées par les communautés qui travaillent dans les domaines du VIH, de la tuberculose et du paludisme peuvent manquer de ressources pour participer efficacement aux processus intégrés et mener des activités de plaidoyer.	Réduction du rôle des communautés, entraînant un affaiblissement des systèmes et des réponses dirigés par les communautés.	Investir dans le renforcement des systèmes communautaires et dans le suivi dirigé par les communautés pour les communautés concernées par le VIH, la tuberculose et le paludisme.
Dans un contexte de diminution des financements, l'intégration risque de privilégier la prestation de services au détriment des programmes	Renforcement des obstacles liés aux droits humains, au genre et à d'autres facteurs structurels limitant l'accès des	Adapter le langage de plaidoyer afin de le rendre plus compréhensible et plus acceptable pour les pouvoirs publics. Cela peut consister, par exemple, à parler de «

liés aux droits humains, à l'égalité de genre et aux mécanismes de redevabilité, y compris le suivi dirigé par les communautés.	populations clés aux services disponibles.	prise en compte des déterminants sociaux de la santé » plutôt que de « plaider en faveur des droits humains », ou d'« assurance qualité des services de santé » plutôt que de « suivi dirigé par les communautés ». Il est essentiel de toujours établir un lien clair avec les résultats sanitaires attendus.
---	--	--

QUE DEVRAIENT DÉFENDRE LES COMMUNAUTÉS ET LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE (OSC)

Lorsqu'elle est bien mise en œuvre, l'intégration peut préserver les acquis durement acquis, renforcer les communautés et bâtir des systèmes de santé capables de répondre aux défis futurs. Pour y parvenir, **l'intégration doit être construite avec nous et non nous être imposée**. Pour les communautés, notamment les populations clés, l'intégration peut être bénéfique ou préjudiciable. Tout dépend de la *manière* dont elle est mise en œuvre et *des acteurs* qui y participent. Les organisations communautaires et de la société civile ont donc un rôle essentiel à jouer dans l'orientation et la définition du processus d'intégration.

Afin de protéger les systèmes et les réponses dirigés par les communautés dans le cadre de l'intégration, les organisations communautaires et les OSC doivent exiger et promouvoir les éléments suivants :

- Une participation significative des communautés à la planification de l'intégration, notamment par une représentation officielle au sein du « Groupe de travail national sur l'intégration » (s'il existe dans le pays) et de l'équipe chargée de la rédaction de la demande de financement du CS8, ainsi qu'une participation effective, avec une attention particulière portée aux communautés, à l'ensemble des consultations et des processus décisionnels.
- L'élaboration de nouveaux plans stratégiques nationaux, de directives et de protocoles de services, ou la révision (mise à jour et harmonisation) des documents existants, afin d'y intégrer l'approche d'intégration tout en maintenant des rôles clairement définis pour les systèmes communautaires.
- Des mécanismes de contractualisation sociale et de financement direct ou dédié aux niveaux national et infranational permettant aux pouvoirs publics de collaborer avec les organisations dirigées par les communautés pour la prestation de services essentiels.
- Un système gouvernemental d'accréditation des centres de services dirigés par les communautés et du personnel communautaire, y compris les agents de proximité, les pairs éducateurs, les parajuristes communautaires, etc., afin qu'ils puissent fournir des services essentiels par l'intermédiaire des soins de santé primaires (SSP) et des plateformes communautaires.
- La reconnaissance du suivi dirigé par les communautés concernant l'accès aux services, leur qualité, les ruptures de stock, la stigmatisation et les droits humains, afin qu'il soit intégré au système national d'information sanitaire et aux systèmes de données stratégiques.
- L'intégration des services de prévention et de traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans les régimes nationaux d'assurance maladie ou les dispositifs de couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi que dans les plans de préparation aux pandémies et de lutte contre la résistance aux antimicrobiens.
- Une augmentation des ressources nationales allouées au maintien des services dirigés par les communautés, aux activités de plaidoyer et au suivi dirigé par les communautés.
- La protection des droits, de la confidentialité et des services spécialisés, notamment les services de réduction des risques destinés aux personnes qui consomment des drogues, aux professionnel(le)s du sexe et à d'autres communautés.
- La transparence dans les décisions relatives aux services qui seront intégrés ou, au contraire, dépriorisés.

QUELS SONT LES RÔLES DES COMMUNAUTÉS, DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DU MÉCANISME DE COORDINATION NATIONALE (CCM) ?

Tous les membres du CCM, y compris les représentants des communautés et de la société civile, doivent défendre leurs priorités et jouer un rôle de « chien de garde » tout au long de la planification de l'intégration et de la mise en œuvre des subventions du CS8. Lorsque c'est possible, **les communautés engagées dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme devraient collaborer pour former des alliances. Cela permet d'éviter les conflits, de réduire la concurrence pour des ressources financières limitées et de porter une voix plus forte et plus unie.**

Le processus du CS8 du Fonds mondial ainsi que les documents associés, tels que le cadre modulaire, la demande de financement, le budget détaillé et le cadre de performance, sont hautement techniques. Les communautés doivent donc identifier des représentants disposant des capacités nécessaires pour comprendre et utiliser ces documents, tout en veillant à ce que leurs représentants au CCM bénéficient de l'appui technique et du soutien moral requis.

Les rôles essentiels que les CCM et les communautés devraient jouer pendant la planification de l'intégration, le dialogue au niveau du pays, l'élaboration de la demande de financement et sa soumission sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Étapes	Rôles du CCM	Rôles des communautés et de la société civile
Planification de l'intégration	<ul style="list-style-type: none">▪ Sous la direction du ministère de la Santé, réunir l'ensemble des parties prenantes nationales afin d'identifier les ressources nationales et externes disponibles pour la lutte	<ul style="list-style-type: none">▪ Organiser des réunions au sein des circonscriptions et entre celles-ci afin d'identifier les priorités d'intégration, les lignes rouges, les lacunes et les obstacles structurels.

	<p>contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (VTP) ainsi que pour les priorités d'intégration, avant le lancement des processus de planification spécifiques aux maladies.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à une participation significative des communautés et de la société civile à la planification de l'intégration. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soumettre au CCM et au ministère de la Santé une note de plaidoyer présentant les priorités en matière d'intégration et la nécessité de maintenir des services spécialisés, le cas échéant. ▪ Participer à toutes les réunions et consultations nationales relatives à l'intégration et veiller à ce que des représentants soient présents dans tous les processus de planification au niveau infranational. ▪ Dans les pays qui mettent en place un Groupe de travail national sur l'intégration, les communautés doivent plaider en faveur d'une représentation officielle au sein de ce groupe. Elles doivent également veiller à être officiellement représentées au sein de l'équipe ou du comité chargé de la rédaction de la demande de financement du CS8.
<p>Dialogue au niveau du pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un calendrier et une feuille de route clairs pour le dialogue au niveau du pays et les partager avec tous les membres du CCM et les parties prenantes concernées. ▪ Organiser des séances d'orientation sur la lettre d'allocation et la feuille de route à l'intention des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examiner les orientations du Fonds mondial relatives à la priorisation dans le cadre du CS8 ainsi que le cadre modulaire, et aider les autres membres des communautés ainsi que les représentants du CCM à comprendre les orientations du CS8. ▪ Dans la mesure du possible, organiser des consultations

	<p>membres du CCM et des parties prenantes nationales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convoquer et conduire un dialogue au niveau du pays inclusif dès le début du processus, en organisant des consultations aux niveaux national et infranational. ▪ Veiller à une participation significative des différentes parties prenantes, avec une attention particulière portée aux communautés. ▪ Lorsque nécessaire, organiser des réunions restreintes et ciblées exclusivement avec les communautés afin de leur offrir un espace sûr et propice à une participation significative. ▪ Le cas échéant, participer au processus d'élaboration du plan stratégique national et veiller à ce que l'intégration constitue une stratégie centrale pour assurer la pérennité des ripostes au VIH, à la tuberculose et au paludisme. 	<p>préparatoires au sein de votre communauté (circonscription) avant les principales réunions du dialogue au niveau du pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire entendre la voix des communautés et partager leurs expériences vécues lors de toutes les consultations nationales et infranationales, et veiller à ce que les besoins et les priorités communautaires soient pris en compte par les rédacteurs de la demande de financement (consultants). ▪ Soumettre les priorités communautaires dans l'annexe requise, en les structurant selon le cadre modulaire afin que les rédacteurs de la demande de financement puissent facilement les comprendre et les intégrer dans la demande de financement. ▪ Pour chaque priorité, besoin ou lacune identifié, fournir dans la mesure du possible des données probantes telles que des données épidémiologiques, des estimations de taille des populations, des données issues du suivi dirigé par les communautés (CLM), des données programmatiques de routine ainsi que d'autres publications de recherche.
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à toutes les réunions et consultations nationales et infranationales.
<p>Élaboration et soumission de la demande de financement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que les consultations menées dans le cadre du dialogue au niveau du pays alimentent la demande de financement. ▪ Veiller à ce que la proposition technique (partie narrative) soit alignée sur le budget détaillé. ▪ Veiller à ce que les priorités et les plans d'intégration soient inclus et clairement budgétisés dans le budget détaillé. ▪ Veiller à ce que la demande de financement, le budget détaillé et le cadre de performance soient élaborés dans les délais et communiqués aux membres du CCM au moins deux semaines avant leur finalisation afin de permettre leur examen et la formulation d'observations. ▪ Organiser un atelier de validation avant la finalisation de la demande de financement. ▪ Avec l'approbation du CCM, soumettre la demande de financement au Fonds mondial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer avec le CCM, en particulier avec les représentants des populations clés et de la société civile au sein du CCM, afin de veiller à ce que les priorités communautaires soient correctement reflétées dans la demande de financement et dans le budget détaillé. ▪ Veiller à ce que les rôles des communautés dans la mise en œuvre soient clairement décrits dans la demande de financement. ▪ Lorsqu'une demande de financement intégrée unique est élaborée, le rôle des populations clés et des réseaux communautaires devient encore plus important. ▪ Participer à l'atelier national de validation. ▪ Si certaines priorités communautaires ne peuvent pas être incluses dans la demande de financement, mener un plaidoyer et négocier leur inclusion dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de l'allocation (PAAR).

<p>Établissement de la subvention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre l'avancement des négociations relatives à la subvention entre les récipiendaires principaux (RP) et le Fonds mondial. ▪ Suivre et documenter les modifications apportées à la demande de financement, au budget détaillé et au cadre de performance tout au long du processus. ▪ Veiller au respect des échéances et à la résolution rapide des éventuels goulots d'étranglement. ▪ Organiser des consultations avec les communautés et les organisations de la société civile sur les progrès réalisés et les modifications apportées, et veiller à ce que les priorités identifiées lors du dialogue au niveau du pays soient préservées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer activement avec les membres du CCM et fournir un appui technique aux représentants du CCM afin de suivre et de documenter les modifications apportées à la demande de financement, au budget détaillé et au cadre de performance.
---------------------------------------	---	--

REFERENCES À DES DOCUMENTS CLÉS

- [Planning and Managing HIV Programmes with Key Populations.](#)
- [INPUD \(2026\) Integration Without Erasure: Preventing the disintegration of community-led responses to HIV, TB, and other health challenges](#)
- [GC8 Enabling Impact Guidance on Advancing Integration](#)
- [Key harm reduction messages on integration for GC8](#)
- [Stop TB Partnership Global Plan to End TB 2023-2030](#)

