



RAPPORT ANNUEL
2021





Infirmière travaillant avec un enfant handicapé au centre Bizweni, dédié aux enfants porteurs de handicap, Le Cap, Afrique du Sud. Photo : Yeahyeah Photography.

Couverture : Prestataire de santé informant une patiente sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, établissement de santé de Makola, Mpulungu, Zambie. Photo : Dominic Mukumbila.

SOMMAIRE

Message du Directeur général	3
Notre histoire	5
Notre présence dans le monde	9
Nos valeurs	11
Maladies infectieuses	13
COVID-19	14
Oxygène	18
Hépatite	25
VIH/SIDA	30
Équipes transversales d'experts : Diagnostics	37
Paludisme et maladies tropicales négligées	39
Tuberculose	45
Équipes transversales d'experts : Structuration du marché	49
Santé des femmes et des enfants	51
Cancer du col de l'utérus	52
Santé reproductive, maternelle et néonatale	58
Équipes transversales d'experts : Sciences de la santé mondiale	64
Nutrition	68
Vaccins	70
Équipes transversales d'experts : Santé numérique	76
Couverture sanitaire universelle	81
Financement de la santé	82
Personnel de santé	85
Maladies non transmissibles	89
Cancer	90
Diabète et hypertension	92
Équipes transversales d'experts : Technologies d'assistance	95
Bilan financier	97
Remerciements	99
Notre équipe de direction	100
Conseil d'administration	100

Témoignage d'un membre de notre équipe

Kimhong Gove	24
Dr Rahel Belet Balkew	29
Dalavone Sengamphay PSM	43
Morrison Zulu	57
Nomfundo Mncina	79
Isaac Kagula	88
Lorraine Kabunga	94

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les membres des équipes de CHAI sont notre bien le plus cher.

Nous avons pour mission de garantir à chacun, où qu'il vive ou quelles que soient les circonstances de sa naissance, un accès à des soins de santé abordables et de qualité. Nous réussissons à atteindre ces objectifs grâce au talent, à la créativité et aux efforts des personnes qui travaillent pour nous.

CHAI a toujours été bien implantée dans les pays dans lesquels elle intervient : Les employés de CHAI basés dans les pays bénéficiaires d'un programme représentent 85 % de nos équipes et 68 % d'entre eux ont la nationalité du pays dans lequel ils travaillent. Ce modèle de fonctionnement est la clé de voute de la stratégie de CHAI : les gouvernements pilotent les solutions et les programmes sont conçus pour être déployés à l'échelle nationale avec des méthodes pouvant être dupliquées dans d'autres pays. Notre équipe travaille par conséquent en étroite collaboration avec les ministères de la santé pour développer et mettre en œuvre des programmes destinés à sauver des vies et apporter une aide sur le terrain pendant toute la durée du projet, au niveau national et jusqu'au dernier kilomètre.

En 2021, alors que nous entrons dans la deuxième année de la pandémie de COVID-19, les membres de nos équipes nous ont encore permis de progresser alors même qu'ils devaient parfois relever certains défis, affronter des maladies et subir des deuils dans leur vie personnelle. Il s'agissait en particulier d'apporter un soutien à nos gouvernements partenaires pour prévenir, dépister et traiter la COVID, en intervenant pour le déploiement des vaccins ou encore pour garantir un prix abordable des tests antigéniques, en passant par le renforcement de la capacité des systèmes de santé à fournir de l'oxygène médical aux patients en ayant besoin.

Dans le même temps, notre équipe a poursuivi son travail avec ses partenaires, pour assurer d'une part le maintien des programmes de santé existants mais aussi pour permettre leur développement. Nous remercions de tout cœur nos collègues pour leurs efforts constants.

La COVID-19 n'a fait que souligner et accentuer les inégalités déjà existantes entre les pays, entre les personnes et en ce qui concerne l'accès aux services de santé de base. Avec les ministères de la santé, les donateurs et les autres partenaires, nous continuons à nous engager pour créer des systèmes de santé plus équitables qui améliorent et sauvent des vies dans les communautés auprès desquelles nous intervenons.



Dr Neil Buddy Shah
CHAI CEO



Groupe de prestataires chargé du programme d'accès au VIH, en visite de supervision au Mainland Hospital Yaba, Lagos, Nigeria. Photo : AJ Best Global Services.

NOTRE HISTOIRE

2002 Fondation de CHAI

CHAI a été fondée dans le but de sauver la vie de millions de personnes atteintes du SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

2002-2003 : Premier programme de CHAI : VIH/SIDA

Les premiers programmes sont lancés en Afrique et dans les Caraïbes afin d'intensifier les soins et les traitements du VIH/SIDA dans certains pays. Grâce au travail réalisé, le nombre de personnes traitées dans ces différentes régions passe en cinq ans de 2 000 à 800 000.

2003 : Accord sur les traitements de première ligne du VIH

CHAI négocie une baisse de plus de 60 % du prix des traitements anti-VIH de première ligne dont bénéficient plus de 60 pays.

2004 : Baisse du prix des tests CD4 (T4)

CHAI négocie une baisse allant de 50 à 90 % du prix des tests de diagnostic CD4 destinés aux patients malades du SIDA partout dans le monde et permet à plus de 40 pays de déployer cet examen sur l'ensemble de leur territoire.

2004-2005 Traitement pédiatrique du VIH

CHAI et Unitaid (organisation internationale d'achat de médicaments) prennent la tête de la campagne mondiale visant à permettre à davantage d'enfants atteints du SIDA dans 34 pays, d'accéder à un traitement adéquat en réduisant son coût de plus de 600 USD à environ 60 USD par enfant et par an. Le nombre d'enfants traités passe de 75 000 à 900 000 à ce jour.

2005-2007 : Accord sur les traitements de deuxième ligne du VIH

CHAI collabore avec Unitaid pour négocier des accords permettant de réduire de 75 % le prix des traitements de deuxième ligne contre le VIH/SIDA et d'accélérer leur déploiement dans plus de 30 pays pour des patients non réceptifs aux traitements de première ligne.

2007 : Intensification de la lutte contre le paludisme

CHAI lance un programme visant à accélérer le développement de la lutte antipaludique avec pour objectif d'aider les gouvernements à financer les programmes de lutte contre le paludisme, d'améliorer l'accès au diagnostic et à un traitement de qualité, et d'encourager la prise de décision fondée sur des preuves pour cibler les ressources et accélérer les progrès pour permettre son élimination.

2009 : Intensification des soins et des traitements du VIH et de la tuberculose en Afrique du Sud

CHAI collabore avec le gouvernement sud-africain pour intensifier à un niveau encore jamais atteint les soins et les traitements du VIH permettant ainsi de passer de 800 000 personnes traitées en 2009 à près de trois millions à ce jour. CHAI participe aux négociations visant à trouver un accord pour réduire le coût des médicaments contre le VIH et la tuberculose, permettant ainsi au gouvernement sud-africain d'économiser près d'un milliard USD.

2010 : Amélioration de l'accès à un traitement efficace contre le paludisme

CHAI facilite l'accès aux thérapies combinées basées sur l'artémisinine (ACT). En deux ans, elle contribue ainsi à faire parvenir près de 300 millions d'ACT à des patients dans huit pays.

2011 : Progrès obtenus en matière de vaccination

CHAI commence à travailler sur la baisse des coûts et sur un meilleur accès aux vaccins. Aux côtés de la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI négocie un accord historique pour réduire le prix du vaccin antirotavirus

GSK de 67 % et celui du vaccin pentavalent Biological E. Limited de 50 %, permettant ainsi à la communauté internationale d'économiser plus de 800 millions USD, pour le premier vaccin et plus de 150 millions USD pour le second. On estime que le vaccin pentavalent a évité la mort de 2,6 millions de personnes entre 2011 et 2015.

2012 : Contraception réversible à longue durée

CHAI et ses partenaires, dont la Fondation Bill & Melinda Gates, le bureau des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement (FCDO), l'Agence américaine pour le développement international, l'Agence norvégienne de coopération au développement, NORAD, la Fondation du Fonds d'investissement pour les enfants et l'Agence suédoise de coopération internationale au développement négocient un accord pour faire baisser le prix des contraceptifs réversibles à longue durée de Bayer et Merck de 18 à 8,50 USD par implant et accélèrent le déploiement de ces produits qui contribuent à préserver la vie des femmes.

2013 : Traitement de la diarrhée infantile

CHAI entame un processus visant à faire baisser la mortalité liée à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, en élargissant l'accès au traitement essentiel de zinc/SRO (sels de réhydratation orale) sauvant ainsi des vies en Inde, au Kenya, au Nigeria et en Ouganda. CHAI aide les gouvernements à réduire le coût des produits zinc/SRO, obtenant une baisse des prix de gros d'environ 60 %.

2014 : Accord sur le prix du diagnostic de charge virale

CHAI négocie un prix mondial d'accès au diagnostic de la charge virale de Roche de 9,40 USD par test, qui permettra d'économiser plus de 150 millions USD sur cinq ans et d'améliorer considérablement la qualité des soins pour les patients qui vivent avec le VIH.

2014 : Baisse du prix du premier analyseur de CD4 dans les lieux des soins (point-of-care en anglais)

CHAI négocie et obtient une réduction de 67 % des coûts d'entretien et de maintenance du premier appareil analyseur des CD4 installé dans les lieux des soins, appelé Prima, et dédié au diagnostic du VIH. CHAI parvient à faire accélérer la mise sur le marché d'un analyseur d'un autre fournisseur, Becton Dickinson (BD), en partenariat avec UNITAID. Cet analyseur, appelé FACSPresto, permettra de réduire encore les prix des tests de CD4 dans le lieu des soins.

2014 : Intensification des tests de diagnostic chez les nourrissons

Avec l'aide de Unitaid, plus d'un million de tests de diagnostics du VIH sont réalisés sur des nourrissons dans le monde, loin des 80 000 tests réalisés en 2007.

2014 : Réponse à l'épidémie d'Ebola au Liberia

CHAI, avec l'aide du gouvernement norvégien, contribue à gérer la prise en charge des cas et la formation des agents de santé pour pouvoir répondre à la crise d'Ebola au Liberia, en jouant un rôle d'intermédiaire essentiel entre la réponse internationale à la situation d'urgence et le gouvernement du Liberia.

2015 : Mise en œuvre de nouveaux programmes

CHAI présente ses nouveaux programmes relatifs à l'hépatite, la pneumonie et le cancer.

2015-2016 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Nigeria

CHAI présente une approche communautaire globale pour préserver la santé des mères et des nourrissons dans le nord du Nigeria en renforçant les actions de proximité, les traitements et la formation des agents de santé, obtenant ainsi, en un an, une baisse importante de la mortalité maternelle de 37 %, une baisse de 43 % des décès chez les nourrissons et une baisse de 15 % des mortinaissances.

2016 : Réduction du coût du traitement de l'hépatite C

CHAI obtient entre 71 et 95 % de baisse du coût du traitement de l'hépatite C (VHC) dans sept pays, avec un traitement passant de 2 618 USD par patient à un coût compris entre 133 et 789 USD par patient traité.

2017 Un meilleur accès aux médicaments contre le cancer

CHAI annonce un accord avec l'American Cancer Society, Pfizer Inc. et Cipla Inc. pour élargir l'accès à 16 médicaments essentiels dans le traitement du cancer, en particulier les chimiothérapies, en Éthiopie, au Kenya, au Nigeria, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda, pays qui regroupent 44 % des cas de cancer en Afrique subsaharienne.

2017 : Protocole anti-VIH abordable avec prise d'un comprimé unique de DTG

CHAI et ses partenaires, dont l'ONUSIDA, la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Unitaid, le FCDO, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, annoncent un accord sans précédent avec Aurobindo et Viartis pour accélérer la mise à disposition du premier traitement anti-VIH à un prix abordable, avec un traitement générique anti-VIH sous forme de comprimé unique contenant du dolutégravir, un médicament anti-VIH optimal, proposé aux acheteurs du secteur public dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au prix de 75 USD environ, par personne et par an.

2018 : Baisse des coûts des oxymètres de pouls

CHAI a participé aux négociations qui ont permis de réduire de 58 %, en moyenne, le prix des oxymètres de pouls portables fabriqués par Hologic : un appareil simple et indispensable qui permet de diagnostiquer rapidement une pneumonie grave et de sauver des vies.

2019 : Un meilleur accès aux traitements de qualité contre le cancer

CHAI crée Allied Against Cancer (tous alliés dans la lutte contre le cancer) avec l'American Cancer Society, le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et IBM. Le NCCN adapte les directives de traitement contre le cancer aux hôpitaux africains et IBM développe un outil en ligne pour permettre aux oncologues africains de recourir plus facilement à ces directives.

2019 : Élargissement du dépistage du cancer du col de l'utérus

CHAI lance une campagne visant à intensifier la sécurité, l'efficacité et l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi qu'à un traitement des lésions précancéreuses dans les pays partenaires.

2020 Riposte à la pandémie de COVID-19

CHAI aide les pays à obtenir les produits nécessaires pour traiter les patients atteints de la COVID-19 de manière sûre et efficace, en particulier des

équipements de protection individuelle, des appareils biomédicaux d'oxygénothérapie et des diagnostics. Cette action est menée sous forme de partenariat mondial avec Unitaid, Viartis et Macleods et a pour objectif de mettre à disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire 120 millions de tests à diagnostic rapide à un prix abordable.

2020 : Accord sur les prix permettant de réduire considérablement le coût du traitement annuel du VIH chez l'enfant

CHAI et Unitaid annoncent un accord sans précédent avec deux laboratoires pharmaceutiques Viartis et Macleods, pour réduire de 75 % le coût du traitement du VIH chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce partenariat a abouti à l'approbation réglementaire la plus rapide jamais obtenue aux États-Unis pour un médicament pédiatrique de lutte contre le VIH.

2021 : Un partenariat permet de proposer le double test de diagnostic rapide VIH/syphilis à moins de 1 USD dans 100 pays

CHAI, MedAccess, et SD Biosensor proposent un nouveau prix pour le test de diagnostic rapide dans les lieux des soins qui permet de poser simultanément le diagnostic de la syphilis et du VIH en moins de 20 minutes avec un simple prélèvement sur le doigt.

2021 : Lancement de l'initiative climat visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre

CHAI rejoint d'autres associations mondiales à but non lucratif dont BRAC USA, GiveDirectly, Integrate Health, Malaria No More, Partners In Health, et PIVOT pour créer une nouvelle initiative visant à gérer globalement la réduction des émissions ayant un impact sur le climat. Cette initiative appelée Climate Accountability in Development (responsabilité climatique dans le développement) a pour objectif de mesurer et de réduire l'impact sur le climat et de redessiner la responsabilité climatique dans le secteur du développement.

2021 : Accord visant à permettre un meilleur accès à l'oxygène

Les partenaires de l'Accélérateur ACT, Unitaid et CHAI, négocient un accord via l'équipe spéciale pour l'accès à l'oxygène dans le cadre de la COVID-19, avec deux des plus grands fournisseurs d'oxygène médical du monde, Air Liquide et Linde, afin d'améliorer l'accès à l'oxygène dans plus de 25 pays.



Employés d'un établissement de santé installant un système d'oxygène au Kibuye Referral Hospital, Gitesi, Rwanda. Photo : Jean Bosco.

NOTRE PRÉSENCE DANS LE MONDE

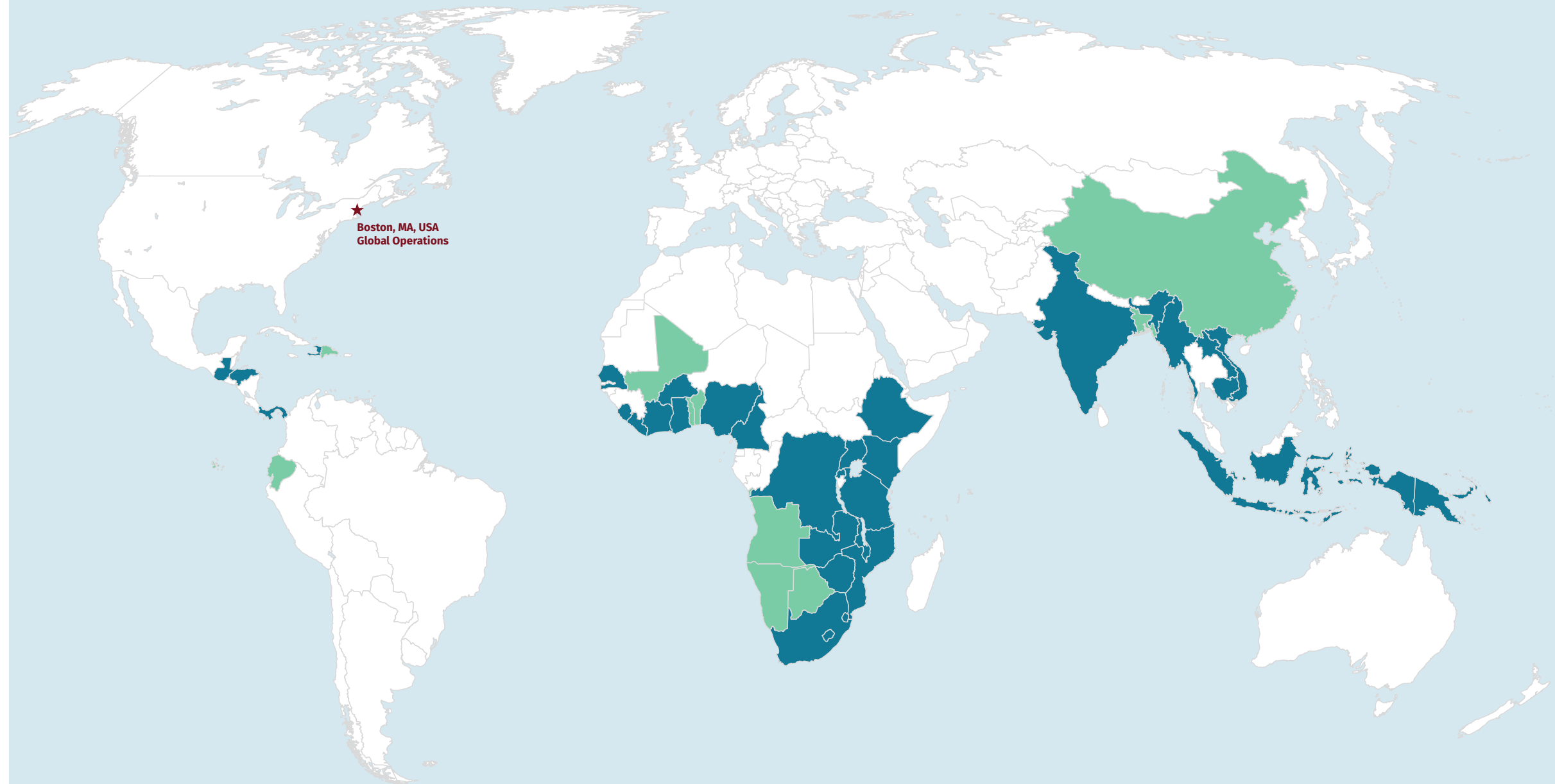
CHAI a été fondée en partant du principe qu'il était moralement inacceptable que des millions de personnes meurent chaque année du SIDA en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes tandis que les pays les plus riches avaient accès à un traitement. Aujourd'hui, comme pour le VIH, nous travaillons avec des gouvernements et des partenaires pour prévenir et traiter d'autres maladies infectieuses mortelles, dont la COVID-19, pour freiner le déploiement rapide de maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire, pour réduire la mortalité maternelle et infantile en accélérant le déploiement de vaccins essentiels, en luttant contre la malnutrition chronique et en améliorant l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et pour mettre à disposition de ceux qui en ont besoin des technologies d'assistance.

Notre objectif ne varie pas quel que soit le nouveau programme mis en œuvre : nous voulons sauver des vies et réduire la charge de morbidité de la maladie dans les régions où CHAI travaille à la création de systèmes de soins de santé de haute qualité. Notre stratégie est ancrée dans la pérennité, c'est-à-dire sur une collaboration avec des gouvernements qui pilotent des solutions et des programmes conçus pour être déployés à l'échelle nationale avec des méthodes pouvant être dupliquées dans d'autres pays. CHAI est largement présente dans les pays pour lesquels elle intervient, avec 85 % de ses employés installés dans les pays bénéficiaires de ses programmes.

32 Pays dans lesquels CHAI a travaillé à partir d'un bureau local.

42 Pays dans lesquels CHAI a eu un engagement programmatique avec le gouvernement.

125+ Pays ayant accès aux réductions des prix négociées par CHAI pour des médicaments, des diagnostics, des vaccins, des dispositifs ou d'autres produits et services de santé de haute qualité.



- | | | | |
|--------------------------|-------------|-----------------------------|------------------|
| ■ Angola | ■ Équateur | ■ Liberia | ■ Sierra Leone |
| ■ Bangladesh | ■ Eswatini | ■ Malawi | ■ Afrique du Sud |
| ■ Bénin | ■ Éthiopie | ■ Mali | ■ Tanzanie |
| ■ Botswana | ■ Ghana | ■ Mozambique | ■ Togo |
| ■ Burkina Faso | ■ Guatemala | ■ Myanmar | ■ Ouganda |
| ■ Cambodge | ■ Haïti | ■ Namibie | ■ Vietnam |
| ■ Cameroun | ■ Honduras | ■ Nigeria | ■ Zambie |
| ■ Chine | ■ Inde | ■ Panama | ■ Zimbabwe |
| ■ Rép. dém. Congo | ■ Indonésie | ■ Papouasie-Nouvelle-Guinée | |
| ■ Côte d'Ivoire | ■ Kenya | ■ Rwanda | |
| ■ République dominicaine | ■ Laos | ■ Sénégal | |
| | ■ Lesotho | | |
- Pays disposant de bureaux locaux et programmes
■ Pays bénéficiaires d'un programme

NOS VALEURS

Travailler dans l'urgence.

Des personnes meurent encore du SIDA, du paludisme, de la tuberculose et d'autres affections évitables et traitables. Nous sommes parfaitement conscients que chaque journée qui passe sans que nous puissions agir, des gens meurent. C'est pourquoi nous travaillons aussi vite que nous le pouvons pour créer des bases solides qui auront un impact durable. Plus vite nous agissons, plus nous pourrons sauver de vies.

Agir en coopération avec les gouvernements partenaires en étant à leur service.

Nous sommes persuadés que les programmes seront viables et pourront évoluer à terme si nous aidons les gouvernements à renforcer leur système de santé. Pour y parvenir, nous alignons nos stratégies de programme sur celles de nos gouvernements partenaires afin d'intervenir selon leurs priorités et leurs objectifs. Le partenariat avec les gouvernements favorise l'impact transformationnel, car ils sont les institutions les plus solides des pays en voie de développement proposant des politiques et des programmes de santé étendus et de long terme.

Être une organisation animée par une mission.

Nous faisons en sorte que nos collaborateurs croient en leur mission et que leur satisfaction soit le résultat d'un sentiment de réussite collective sur un projet. Cela permet de garantir l'unité de notre objectif, avec des dirigeants, des cadres et des équipes travaillant pour une cause commune à tous les niveaux.

Ne pas dépenser sans compter.

Disposer de bureaux modestes. L'argent de nos donateurs n'est pas gaspillé dans des déplacements somptueux. Nos frais généraux sont faibles. Nous estimons que l'argent de nos donateurs doit être utilisé avant toute chose pour sauver des vies et non pas pour nous rémunérer de manière excessive ou pour engager des dépenses non justifiées.

Rester humble.

Nous ne cherchons pas à être reconnus pour notre travail et ne l'accepterons que si cela peut servir notre cause et notre mission. Nous ne cherchons pas à faire de la publicité pour nos actions au-delà de celle souhaitée par nos gouvernements partenaires ou nos donateurs.

Une culture d'entrepreneuriat et d'action.

Nous embauchons des personnes compétentes et leur donnons toute la latitude nécessaire pour concevoir et exécuter leur programme. Notre culture est tournée vers la recherche d'opportunités que nous adaptons ensuite à nos besoins. Certaines de nos plus grandes réussites, à petite ou grande échelle, n'ont pas été planifiées de manière centralisée. Nous sommes prêts à prendre des risques calculés pour tenter d'atteindre des objectifs importants, difficiles et incertains.

Un mode de fonctionnement qui repose sur la confiance et la transparence.

Nous attendons de nos employés et de nos partenaires qu'ils prennent des décisions éthiques, qu'ils travaillent dur et sachent gérer leur propre mission. Notre organisation encourage la bonne gouvernance à tous les niveaux, en toute transparence et de manière responsable.

Des équipes qui ont toute notre reconnaissance.

Nos succès sont le résultat du talent, de la créativité et du travail acharné des personnes qui travaillent

pour nous. Nous faisons tout pour accompagner et protéger nos équipes pour qu'elles puissent grandir et prospérer au sein de notre organisation et avoir ainsi un impact majeur dans l'accomplissement de leur mission.

Encourager la diversité et l'inclusion.

CHAI est une organisation inclusive qui encourage et intègre dans sa culture les valeurs d'équité, de respect, d'égalité et de dignité. Nous nous élevons fermement contre la discrimination et le harcèlement et favorisons un environnement qui accueille et valorise les personnes de toutes natures et caractéristiques, qu'il s'agisse de race, de couleur, de religion, de sexe ou de genre (y compris d'identité et d'expression de genre), d'orientation sexuelle, d'ethnie, d'origine nationale, d'âge, de handicap, de statut VIH, d'affiliation politique ou à un groupe d'intérêt, d'information génétique, de statut de vétéran, de statut marital, de statut parental ou de grossesse ou de toute autre expression.



Représentants du bureau central de la zone de santé travaillant face à une carte de la zone de santé de Banga Lubaka pointant les différents établissements de santé communautaires, RDC. Photo : Lisa Murray.



Photo de groupe : Équipe CHAI du Cambodge.

MALADIES INFECTIEUSES

Durant des années, quatre maladies infectieuses, le VIH, l'hépatite, la tuberculose et le paludisme ont entraîné la plupart des maladies et des décès dans le monde. La COVID 19, a supplanté ces maladies et est devenue la plus grande cause mondiale de mortalité due à une maladie infectieuse. CHAI a profité de l'expertise de ses équipes et de l'expérience acquise sur le terrain dans le cadre du travail mené sur le VIH, pour s'assurer que, tout en aidant les gouvernements et la communauté mondiale de la santé à répondre rapidement à la COVID-19, nous pouvions continuer à réduire les risques posés par d'autres maladies mortelles. •

Programmes:

COVID-19, Hépatites, VIH/SIDA, paludisme et maladies tropicales négligées, tuberculose

Pays:

Botswana, Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, République démocratique du Congo, Éthiopie, Inde, Kenya, Indonésie, Laos, Lesotho, Malawi, Myanmar, Nigeria, Rwanda, Sierra Leone, Afrique du Sud, Tanzanie, Ouganda, Vietnam, Zambie, Zimbabwe



Patient vacciné contre la COVID-19 à Madhya Pradesh, Inde. Photo Dr. Kaushik Ghosh.

COVID-19

Fin 2020, L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait plus de 84 millions de cas de COVID-19 et 1,9 millions de morts. À peine un an plus tard, ces chiffres étaient passés à 458 millions de cas et plus de six millions de morts. Tandis que chaque région du monde subissait plusieurs vagues, pratiquement tous les systèmes et le personnel de santé atteignaient leurs limites. L'arrivée de nouveaux variants associée à une forte inégalité en matière d'accès et d'utilisation des outils permettant de lutter contre la COVID-19, dont les vaccins et l'oxygénothérapie, a largement contribué à cette augmentation du nombre de cas et du nombre de décès. Dès le début de la pandémie, CHAI est intervenue auprès de ses pays partenaires pour prévenir, tester et traiter la COVID-19. Nous avons poursuivi cette tâche en 2021.

Contribution au déploiement de la vaccination

Les centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) estiment que les pays de ce continent ont reçu près d'un milliard de doses de vaccins contre la COVID-19 et que à peine plus de 20 % de la population a été entièrement vaccinée. En 2021, CHAI a poursuivi son aide auprès des gouvernements pour la préparation, l'acquisition et le déploiement des vaccins disponibles auprès de leur population.

Le **Rwanda** a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à introduire la vaccination de la COVID-19. CHAI a travaillé avec le gouvernement et d'autres parties prenantes pour élaborer un plan national de vaccination destiné à favoriser le déploiement de ce vaccin dans le pays. Nous avons participé à l'identification des populations à haut risque donc prioritaires pour recevoir le vaccin, notamment les agents de santé, les personnes souffrant de comorbidités, les personnes immunodéprimées, les personnes âgées et les femmes enceintes. Nous sommes intervenus dans l'élaboration de plans de mise en œuvre détaillés comprenant la mobilisation des communautés, l'approvisionnement, la distribution et les activités de suivi de la campagne. Nous avons également contribué à améliorer les compétences des formateurs au niveau national qui ont ensuite formé d'autres agents de santé à des niveaux inférieurs de soins. Au fur et à mesure de l'approbation de nouveaux vaccins au niveau mondial, CHAI a également participé à l'introduction rapide de ces nouveaux produits au **Rwanda**. À ce jour, tous les centres de soins du pays (plus de 500) sont équipés pour vacciner leurs patients contre la



41 % pourcentage de la population du Rwanda éligible ayant reçu deux doses du vaccin contre la COVID-19 fin 2021, faisant de ce pays un des tous premiers au monde à avoir atteint l'objectif fixé par l'OMS

COVID-19. Le **Rwanda** a été l'un des premiers pays au monde à atteindre les objectifs de l'OMS en matière de vaccination contre la COVID-19 avec 41 % de la population éligible ayant reçu deux doses avant fin décembre 2021. En août 2022, plus de 95 % de la population avait reçu deux doses et environ 54 % avait reçu une dose de rappel.

De même, au **Cameroun**, CHAI a su profiter de son expérience en matière d'introduction de nouveaux vaccins pour apporter une assistance technique de premier plan au Programme élargi de vaccination (PEV) lors du déploiement du vaccin de la COVID-19. CHAI a aidé le Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG) à émettre des recommandations fondées sur des preuves concernant les aspects techniques de l'introduction du vaccin, tels que le choix de vaccin, les groupes prioritaires devant être vaccinés, y compris les agents de santé, et le modèle de distribution. Nous avons également soutenu le PEV pour renforcer la capacité technique des professionnels de santé à proposer la vaccination contre la COVID-19, y compris les pharmacies du secteur privé. En conséquence, le taux de vaccination des prestataires de soins est passé de 5 % à 59 % en cinq mois.

Au **Burkina Faso**, CHAI a mené une enquête sérologique et comportementale transversale dans tout le pays auprès d'environ 6 600 personnes d'âges, de sexes et de milieux différents. Cette enquête avait pour objectif d'identifier les groupes à haut risque d'infection et les lacunes en matière de connaissances, d'attitude et de pratiques à adopter face au virus, afin d'évaluer l'acceptabilité des vaccins de la COVID-19 dans la population générale.

À partir des résultats de l'enquête, le ministère de la Santé a élaboré des stratégies de vaccination et de communication pour la prévention et la surveillance de la COVID-19. Les premiers résultats obtenus lui ont permis, par exemple, de donner la priorité à quatre régions où la prévalence du virus était la plus élevée. Le ministère a également utilisé ces résultats pour



508 % augmentation des centres de dépistage de la COVID-19 et + 134 % tests réalisés dans six pays bénéficiaires de CHAI

donner la priorité aux populations souhaitant se faire vacciner mais vivant loin des sites de vaccination.

En **Ouganda**, CHAI a aidé le gouvernement à mobiliser plus de 15 millions USD pour acheter et déployer des millions de vaccins par le biais d'une série de demandes de financement auprès de GAVI, l'Alliance du Vaccin. Nous avons également aidé le gouvernement à faire la demande et à obtenir une aide technique supplémentaire de 743 000 USD pour soutenir les campagnes massives et accélérées de vaccination dans le pays. Nous avons aidé le PEV à actualiser le plan national de mise en œuvre et de vaccination contre la COVID-19 ainsi que la documentation connexe et cela avant le lancement de la campagne. Grâce à ces mesures fortes, à la fin de 2021, plus de 12 millions de vaccins contre la COVID-19 avaient été administrés, soit plus de 8 millions de personnes vaccinées correspondant à 18 % de la population.

Le **Lesotho** ne dispose que de trois établissements de santé publique pour le dépistage de la COVID-19 avec test de réaction en chaîne par polymérase (PCR). Pour pouvoir dépister davantage, CHAI a détaché 10 membres de son équipe laboratoire pour effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 sur cinq postes frontaliers très fréquentés du pays pour s'assurer que les personnes à l'entrée et à la sortie du territoire étaient bien testées. Cette aide a permis d'ouvrir la voie à l'intégration de stratégies communautaires dans la stratégie nationale globale d'intensification du dépistage de la COVID-19. En décembre 2021, 359 031 tests avaient été réalisés dans tout le pays.

Grâce à un financement de près de 1,45 millions USD du Fonds mondial pour permettre un accès durable au dépistage, CHAI a également contribué à l'achat de réactifs et de consommables pour le dépistage, à la quantification et aux prévisions de dépistage de la COVID-19, ainsi qu'aux produits et fournitures liés au traitement, notamment les tests rapides.

En **Inde**, CHAI a travaillé avec les gouvernements des États de Bihar, Madhya Pradesh et Uttar Pradesh pour faciliter les prises de décisions et la planification fondées sur des preuves, facilitant ainsi l'accélération de la couverture vaccinale contre la COVID-19. Nous avons aidé les États à planifier le financement de leurs besoins, à gérer la chaîne du froid et les pertes, à fournir des conseils techniques à toutes les parties

prenantes et à réaliser un suivi des résultats de la campagne de vaccination.

Par ailleurs, CHAI a documenté la campagne de vaccination contre la COVID-19 au Madhya Pradesh et au Bihar de manière à créer un référentiel de connaissances utile en cas de pandémie pour tous les décideurs, les professionnels de santé publique, les chercheurs, les étudiants et les citoyens en général. Cette intervention a permis aux États de Bihar, Madhya Pradesh et Uttar Pradesh d'atteindre une couverture de 100 % pour la première dose et de plus de 90 % pour les deux doses.

Accélération du déploiement des options de tests

En 2021, CHAI a poursuivi son action pour venir soutenir les mesures fortes prises dans les pays pour renforcer le dépistage de la COVID-19 avec des tests abordables et rapides. Au niveau international, nous avons travaillé avec des fournisseurs pour garantir aux pays à revenu faible et intermédiaire des tests antigéniques rapides à des prix abordables, inférieurs à 4 USD. Nous avons rapidement sécurisés et déployés des dons de kits de tests antigéniques dans 15 pays présentant une morbidité élevée. Nous avons également participé à l'élaboration de recommandations et d'outils de dépistage et partagé les enseignements tirés de notre expérience de mise en œuvre afin d'éclairer les investissements des donateurs, en particulier ceux de l'Accélérateur ACT pour les diagnostics, le partenariat pour accélérer le dépistage de la Covid-19 (PACT) dirigé par les centres africains de contrôle et de prévention des maladies et le Fonds mondial.

Pendant tout le premier semestre 2021, CHAI a également mené des recherches opérationnelles et apporté son aide pour analyser l'expérience de dépistage et de mise en œuvre des tests antigéniques dans six pays - le **Cameroun**, la République démocratique du Congo (RDC), l'**Éthiopie**, le **Rwanda**, la **Zambie** et le **Zimbabwe**. Cette observation a permis d'augmenter considérablement le dépistage et d'en faciliter l'accès en le décentralisant dans les établissements de niveau inférieur et dans la communauté. De novembre 2020 à juillet 2021, le nombre total de centres de dépistage a augmenté de 508 %, avec une augmentation de 38 % des centres proposant des tests PCR (58 nouveaux centres) et de 978 % pour les centres pratiquant des tests antigéniques (2 458 nouveaux centres). Cette hausse du nombre total de centres a été aussi accompagnée d'une augmentation de 134 % de tests réalisés, avec 8 690 tests PCR en plus (7 %) et près de 567 400 tests antigéniques supplémentaires (978 %). Cette intensification du dépistage a été attribuée au basculement entre les deux types de tests en

faveur des tests antigéniques puisque les tests PCR représentaient 87 % en novembre 2020 et sont descendus à 39 % en juillet 2021.

De plus, l'augmentation du nombre de tests a permis une répartition géographique plus équitable du dépistage, une meilleure identification des cas positifs et une réduction des délais de traitement, contribuant ainsi à réduire les transmissions. Cette augmentation des tests de dépistage a par conséquent permis aux pays de procéder à un dépistage dans pratiquement toutes les régions. Si on prend l'exemple du **Rwanda**, avant l'intervention de CHAI une grande quantité de tests antigéniques (plus de 10 000) n'avaient été réalisés que dans quatre districts. Avec la hausse des tests antigéniques, ces derniers ont été mis à la disposition des centres dans près de 30 districts sur 30. Alors que les tests antigéniques représentaient les deux tiers du total des tests effectués, les tests ont permis d'identifier 90 % du total des cas sur la période de l'étude. Parmi les personnes testées, 92 % ont reçu les résultats de leur test antigénique en moins d'une heure et 98 % en une à deux heures.

Ces chiffres sont à comparer avec ceux des tests PCR pour lesquels, dans la plupart des régions du pays, il fallait plus d'une journée pour obtenir un résultat tandis que dans plusieurs districts, il fallait patienter jusqu'à 12 jours.

Dans nos pays partenaires, nous avons aidé les gouvernements à promouvoir l'introduction et l'intensification des services de dépistage de la COVID-19 en veillant à une bonne adhésion de leur ministère de la santé, en actualisant les politiques, en créant des chaînes d'approvisionnement et en proposant des formations tout en renforçant l'orientation vers les soins. Ces actions menées par CHAI que ce soit au niveau national ou au niveau mondial ont dynamisé l'achat de plus de 31,9 millions de tests antigéniques de la COVID-19. Ces derniers ayant joué un rôle essentiel parmi les mesures fortes prises au niveau mondial pour lutter contre cette pandémie.

En RDC, non seulement le dépistage se faisait avec des tests PCR, mais il se limitait de surcroît uniquement à la capitale, Kinshasa. Si on ajoute à cela un système national de transport très peu performant, on avait alors des millions de personnes vivant en dehors de la capitale sans aucun accès à ce dépistage. Cette situation a entravé le déploiement de la stratégie gouvernementale de dépistage, de suivi et de traitement de la maladie. Afin de pouvoir apporter des solutions, le Secrétariat technique de la COVID-19 a demandé à CHAI de l'aider à revoir la stratégie de dépistage de ce virus dans le pays. CHAI a recommandé de décentraliser le dépistage de la COVID-19 et d'introduire et d'intensifier le déploiement des



< 4 USD prix du test antigénique rapide



31,9 M tests antigéniques fournis

nouveaux tests rapides. Elle a de même démontré que les tests antigéniques étaient plus rentables, rapides et faciles à utiliser.

En 2021, nous avons introduit et déployé les premiers tests rapides dans le pays, avant de financer un approvisionnement à long terme. Avec le soutien d'Unitaid, CHAI a aidé le ministère de la Santé à valider et à quantifier ses besoins pour les premiers tests antigéniques, et a réalisé un don de plus de 130 000 tests répartis sur 18 centres de dépistage. Un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates a permis à CHAI de contribuer au déploiement de 104 appareils de diagnostic POC LumiraDX et de 40 000 tests rapides. CHAI a également formé 204 techniciens de laboratoire et 94 membres de zones de santé dans les provinces de Kinshasa et Kongo Central et a renforcé les partenariats public-privé pour soutenir les populations mal desservies et augmenter l'accès aux services de dépistage.

Le Fonds mondial a demandé à CHAI d'apporter une assistance technique au ministère de la Santé pour l'aider à déployer les tests antigéniques dans cinq autres provinces. Le travail accompli a largement dépassé la portée initiale de ce projet puisqu'il a abouti à la formation de 288 prestataires de soins et à au déploiement d'un dépistage rapide dans 190 établissements de soins répartis dans sept provinces. Le succès de ce projet a poussé le Fonds mondial à demander à CHAI de déployer les tests antigéniques dans 1 126 autres centres dans la province de Kinshasa. Grâce à un autre financement accordé par la FIND/IRD (Fondation pour de nouveaux diagnostics innovants et Interactive Research and Development), CHAI a également pu contribuer au déploiement de plus de 100 000 tests dans 120 cliniques privées et lieux des soins pour améliorer la couverture du dépistage dans le pays.

Dans l'ensemble, la décentralisation et l'intensification du dépistage ont transformé le marché en un peu moins d'un an, faisant passer l'accès aux tests rapides de 5 000 tests en janvier 2021 à plus de 100 000 en décembre 2021, contribuant ainsi à limiter la propagation de la COVID-19 dans le pays.

Pendant la pandémie, le ministère éthiopien de la Santé a constaté qu'il ne disposait pas d'une capacité suffisante pour dépister et gérer correctement les données relatives aux tests de la COVID-19. CHAI a

travaillé avec ce ministère pour déployer rapidement plusieurs tests antigéniques à diagnostic rapide pour pouvoir compléter les tests PCR. Il s'agissait de tests Abbott PanBio, SD Biosensor et LumiraDx. Les deux premiers tests ont été déployés dans 118 centres, tandis qu'une formation au test LumiraDx basé sur un dispositif a été dispensée dans plus de 120 autres centres. Les formateurs de formateurs ont ensuite ainsi transmis leurs connaissances en cascade et atteindre plus de 550 centres, ce qui a permis de décentraliser efficacement le dépistage et de renforcer l'accès pour les personnes arrivant dans le pays et les personnes vivant dans des régions éloignées, y compris pour les personnes déplacées à l'intérieur du pays.

CHAI a travaillé en collaboration avec les programmeurs du tracker DHIS2 du ministère de la Santé et le fournisseur EdgeDx pour introduire un nouveau dispositif, le Node, qui permet la collecte électronique des données de dépistage de la COVID-19 y compris lorsque l'alimentation électrique n'est pas garantie. En cas de coupure électrique, le dispositif conserve toutes les données collectées et les transmet pour traitement lorsque le courant revient. Cet outil est devenu essentiel avec la décentralisation du dépistage pour pouvoir transmettre rapidement et en toute sécurité au serveur central les données recueillies par les centres éloignés.

En Inde, dès le début de la pandémie, CHAI a aidé plusieurs agences gouvernementales, qu'elles soient nationales ou au niveau des États, à déployer des tests de diagnostic de la COVID-19.

CHAI a contribué à optimiser la chaîne d'approvisionnement des kits de test et des produits annexes, à améliorer le transport des prélèvements, à institutionnaliser la prise de décision fondée sur les données, à renforcer l'accès au marché des produits, à décentraliser les capacités de dépistage et à mobiliser les laboratoires privés pour intensifier le dépistage et atteindre ainsi davantage de personnes. CHAI a également aidé la chambre nationale de contrôle à harmoniser et coordonner les systèmes de données. Pour cela, elle a participé au déploiement, en moins de 20 jours, d'un système informatisé et totalement fonctionnel de gestion de la chaîne d'approvisionnement et des stocks qui avait pour objectif de contrôler les achats et la chaîne d'approvisionnement des kits dans tous les laboratoires de dépistage dédiés à la COVID-19, au moyen d'un système de planification des produits, de distribution en temps et en heure et de gestion des stocks. L'aide ainsi apportée a permis au pays d'augmenter sa capacité de dépistage qui est passée de 5 000 dépistages par jour à 2 millions.

Au niveau national, CHAI a aidé le gouvernement de l'État de Madhya Pradesh à réduire le coût des tests

de plus de 50 % en analysant et en renouvelant ses contrats passés avec les fournisseurs de tests.

Au Zimbabwe, CHAI a participé au déploiement d'outils permettant de quantifier et de planifier les besoins du pays en matière de kits de tests rapides et d'outils de surveillance et d'évaluation pour mesurer le taux de vaccination dans le pays. Grâce à un financement de la Fondation Gate et d'Unitaid, CHAI a permis l'achat de 22 500 tests SD Biosensor et de 48 000 kits de tests rapides Lumera ainsi que de 124 dispositifs Lumera pour les lieux des soins (POC) qui ont été distribués dans 66 établissements de soins.

Elle a également participé à l'élaboration de directives traitant des tests et à l'intensification du dépistage de la COVID-19. En collaboration avec le Pilier national de dépistage de la COVID-19 en laboratoire (comprenant les experts en laboratoire du ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance (MoHCC) du pays, l'OMS, l'USAID/PEPFAR, les centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), la Société africaine de médecine de laboratoire, le consortium du programme national d'assurance qualité du Zimbabwe et des instituts et universités locaux de recherche), CHAI a formé une équipe de 12 formateurs qualifiés au dépistage de la COVID-19, laquelle a formé à son tour 36 formateurs issus des dix provinces du pays. Au total, 700 agents de santé ont été formés pour pouvoir fournir des tests rapides de dépistage de la COVID-19 dans leur communauté.

L'accès au dépistage représente un véritable défi pour les communautés rurales en raison de la grande distance qui les sépare des établissements de soins. Grâce au financement de la FIND/Interactive Research and Development (IRD), CHAI, en collaboration avec le MoHCC du Zimbabwe, a organisé le travail des agents de santé communautaires dans trois districts (Gokwe, Gwanda et Binga) pour effectuer des tests de dépistage dans des zones difficiles d'accès. Environ 60 agents de santé communautaires ont été formés au dépistage de la COVID-19 et à la manipulation en toute sécurité des prélèvements réalisés et sont ainsi parvenus à effectuer des tests rapides auprès de plus de 1 760 communautés. Les communautés situées dans les zones difficiles d'accès ont alors pu obtenir un résultat en 20 à 30 minutes (au minimum), réduisant ainsi considérablement le délai d'attente qui pouvait aller jusqu'à deux semaines pour les tests PCR, en raison des distances importantes entre ces communautés et les laboratoires.

La demande de tests antigéniques en Afrique du Sud est restée faible en 2021. Les agents de santé ne connaissaient que très peu le test rapide antigénique alors qu'il était devenu largement disponible dans le pays. Jusque-là, ce test n'était utilisé qu'aux frontières d'accès dans le pays. Les agents de santé

ont par conséquent continué à réclamer le test PCR, plus coûteux et aux délais de résultats plus longs. Pour pouvoir dynamiser et stimuler la demande, CHAI a organisé un atelier de formation en ligne de 2 000 professionnels des secteurs public et privé ont participé. Dans le même temps, nous nous sommes engagés avec les provinces pour introduire le test rapide dans les écoles, les universités et autres lieux de rassemblement. Ces mesures ont permis à l'Afrique du Sud d'obtenir le taux de dépistage le plus élevé du continent avec 21 millions de tests effectués, soit 24 % de tous les tests COVID-19 effectués en Afrique.

Nos projets

À l'avenir, CHAI continuera à aider les gouvernements partenaires à combattre ce virus, en renforçant les mesures permettant un accès équitable à la vaccination ainsi qu'un meilleur accès au dépistage et en améliorant la disponibilité des traitements essentiels, parmi lesquels le traitement oral antiviral pour les groupes à haut risque et l'oxygène médical. Elle poursuivra également le travail entrepris auprès des gouvernements, des fabricants et des autres partenaires pour mettre en œuvre des écosystèmes durables d'oxygène médical dans les pays à revenu faible et intermédiaire, durant la pandémie et mais aussi à plus long terme.

Oxygène

L'oxygène est fondamental dans le traitement de la COVID-19 et la quantité nécessaire se révèle être deux à six fois supérieure à celle utilisée pour des patients non COVID en soins intensifs. Avec la pandémie, le volume d'oxygène nécessaire pour répondre à la demande clinique a plus que doublé. Au début de la pandémie, le travail précédent réalisé par CHAI en matière d'oxygène dédié à la pneumonie infantile lui a servi d'expérience pour pouvoir répondre à cette maladie.

En 2021, la COVID-19 a mis à mal de nombreux systèmes de santé, c'est pourquoi CHAI a souhaité aider en

priorité ses gouvernements partenaires ayant facilité l'accès à l'oxygène de manière à accélérer la riposte à la pandémie et construire des systèmes de santé plus résistants pour l'avenir.

Coordination au niveau mondial pour combler le déficit d'accès à l'oxygène

Si la pandémie a fait émerger le besoin crucial d'oxygène médical dans le monde, le manque d'accès à ce traitement essentiel est un problème récurrent depuis toujours pour nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces pays, plus de 90 % des



Andrew Musoke, à droite, directeur pays CHAI, Ouganda, présentant au Ministère de la Santé du matériel obtenu via Unitaid et destiné aux établissements de santé du pays. Photo : Tanzi Media Ltd.



X 7,5 nombre de patients hypoxémiques ayant accès à l'oxygène après mise à disposition d'oxymètres de pouls dans tous les établissements de santé du Madhya Pradesh, Inde

établissements de santé ne disposent pas d'oxymètres de pouls, appareils portatifs très simples servant à mesurer la saturation d'oxygène dans le sang, et moins de la moitié d'entre eux disposent d'un équipement fiable d'apport d'oxygène. Par conséquent, le diagnostic ne porte que sur 20 % seulement des patients ayant besoin d'oxygène.

Au-delà de la pneumonie et de la COVID-19, l'oxygène permet de traiter l'insuffisance d'oxygène dans le sang, ou hypoxémie, lorsqu'elle accompagne certaines affections médicales et situations d'urgence dont la septicémie, la naissance prématurée, les traumatismes ou les maladies comme le paludisme et le VIH. Un enfant sur six admis à l'hôpital et près de 23 % des nouveau-nés malades présentent une hypoxémie. Quel que soit le diagnostic, cette affection peut multiplier par sept les risques de décès.

Depuis mars 2020, CHAI travaille avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour émettre des recommandations et apporter un soutien technique en matière d'oxygénothérapie. En raison d'une situation d'urgence sans précédent créée par la pandémie, les gouvernements et les donateurs ont engagé des milliards de dollars pour lutter contre la COVID-19, en particulier pour l'achat d'oxymètres de pouls, d'équipements d'oxygénothérapie et de consommables. L'OMS a formé une coalition de soins cliniques qui avait pour mission d'obtenir et de livrer des équipements aux pays à revenu faible ou intermédiaire. CHAI a d'abord cherché à exploiter ses relations avec les fabricants pour identifier rapidement les possibilités de fournitures en oxygène et a ensuite poursuivi sa collaboration avec la coalition pour développer des outils de coordination au niveau mondial et de planification de la réponse au niveau national pour, par exemple, la prévision des équipements nécessaires et l'évaluation rapide des capacités du pays.

Le 25 février 2021, l'équipe spéciale pour l'accès à l'oxygène de l'Accélérateur ACT est constituée sous la présidence partagée d'Unitaid et de Wellcome Trust avec plusieurs partenaires, dont CHAI, comme membres fondateurs. Au cours de l'année 2021, les fonds fournis par les partenaires de l'accélérateur ACT ont été utilisés pour permettre aux gouvernements d'améliorer leur accès à l'oxygène, aussi bien en termes d'approvisionnement que de maintenance et

de formation. Le 28 octobre 2021, l'accélérateur ACT a publié un nouveau plan stratégique et un nouveau budget pour trouver de nouveaux fonds et permettre à cette équipe spéciale de continuer à financer et à fournir des équipements en oxygène aux pays à revenu faible et intermédiaire encore dans le besoin en 2022. Ces mesures ont permis à de nombreux pays de commencer l'année 2022 avec une capacité bien supérieure et pouvoir ainsi répondre aux besoins en oxygène des patients atteints de la COVID-19.

Améliorer l'accès au diagnostic et au traitement de la COVID-19 et au-delà

L'hypoxémie demeure souvent non diagnostiquée chez de nombreux patients car les établissements de soins ne disposent pas des bons outils permettant de la diagnostiquer ou parce que les agents de santé ne sont pas suffisamment formés pour pouvoir en repérer les signes ou bien comprendre les symptômes qui l'accompagnent.

Cela dit, même lorsque l'hypoxémie est diagnostiquée, l'oxygène n'est pas forcément disponible pour traiter le patient. Les pénuries en oxygène sont dues à des contraintes d'approvisionnement, de ressources humaines et de financement, ainsi qu'à des difficultés de déploiement rapide et efficace des ressources. En renforçant les capacités en oxygène, en particulier en veillant à ce que chaque malade soit dépisté pour l'hypoxémie à l'aide d'oxymètres de pouls et que chaque patient hypoxémique reçoive de l'oxygène, nous pouvons parvenir à réduire les taux de mortalité de près de 50 %.

Dans le cadre d'une coalition composée de PATH et de la coalition Every Breath Counts (EBC), financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI aide les dirigeants des pays à élaborer des plans détaillés de soins respiratoires capables de répondre à la demande imposée par la COVID-19 et d'améliorer l'accès à long terme à l'oxygène et à d'autres équipements essentiels de soins respiratoires dans le cadre de systèmes de santé élargis. Par la suite, en 2021, CHAI et PATH, avec le financement d'Unitaid, ont annoncé un nouveau programme visant à dynamiser l'approvisionnement de l'équipement en oxygène nécessaire aux pays pour pouvoir mettre en œuvre leurs plans de soins respiratoires.

Ce travail a permis d'effectuer une évaluation rapide des soins et des capacités respiratoires dans 19 pays, et quatre autres pays sont actuellement en cours d'évaluation. Ces évaluations, accompagnée d'une assistance technique globale, comprenant la quantification de la demande, l'examen des spécifications techniques et l'analyse de l'emplacement des unités d'oxygène d'adsorption par inversion de

pression (Pressure Swing Adsorption - PSA), ont aidé les pays à établir leurs besoins en approvisionnement non financé.

Afin d'aider les donateurs et les autorités de santé publique à répondre rapidement à ces besoins en approvisionnement, CHAI et PATH ont établi une cartographie des fournisseurs de soins respiratoires qui donne de la visibilité aux possibilités d'approvisionnement au niveau mondial et local et indique les délais de livraison des équipements d'oxygène essentiels aux pays. Il s'agissait également d'identifier des prestataires locaux susceptibles de proposer des services après-vente pour l'installation et la maintenance, par exemple.

En **Éthiopie**, CHAI a aidé le ministère fédéral de la Santé à préparer sa réponse face à la COVID-19 en lui fournissant une analyse des lacunes du pays en matière de production d'oxygène. Ce travail d'analyse a été utile pour pouvoir exploiter les capacités supplémentaires de production du secteur privé et a permis la quantification de l'équipement dans le principal centre de traitement de la COVID-19 du pays.

Au **Cambodge**, CHAI a utilisé les résultats de la quantification réalisée pour faire en sorte d'affecter un investissement de 1 million USD de l'UNOPS/JICA dans de nouvelles unités PSA. La quantification a permis au ministère de la Santé et à ses partenaires d'identifier des sites pour ces unités et d'établir les spécifications techniques et de dimensionnement. CHAI a aidé le Département des services hospitaliers à élaborer un plan national de préparation à l'oxygène sur un an et à organiser la livraison d'oxygène à plus long terme pour la période post-COVID-19. CHAI participera avec le gouvernement à la mise en œuvre de ce plan en 2022.

Au **Rwanda**, CHAI a travaillé avec le ministère de la Santé pour élaborer un plan d'extension de la production d'oxygène qui prévoit un partenariat avec le secteur privé pour installer, exploiter et entretenir 11 nouvelles unités PSA et un modèle hub and spoke (en étoile) pour la distribution des bouteilles aux hôpitaux de niveau inférieur.

Au **Liberia**, CHAI est immédiatement intervenue après les résultats de l'évaluation pour quantifier les pièces de rechange nécessaires à la remise en état des concentrateurs non fonctionnels. L'équipe a ensuite obtenu des partenaires qu'ils comblent ces lacunes et investissent dans une unité pouvant assurer la maintenance de l'équipement médical.

Au **Cameroun**, le ministère de la Santé a adopté une stratégie nationale en matière d'oxygène qui lui a permis d'obtenir des investissements plus importants dans ce domaine. À partir des conclusions de l'évaluation, le ministère a ordonné l'installation d'unités PSA dans 11 hôpitaux prioritaires. En 2022,



X 4,7 nombre de dépistages de l'hypoxémie dans certaines régions ciblées de l'Ouganda, permettant de diagnostiquer environ 3 000 enfants

CHAI aidera le gouvernement à acheter et à installer des réservoirs d'oxygène, à réduire les prix de l'oxygène et à renforcer le réseau de distribution des bouteilles d'oxygène.

Au **Zimbabwe**, avec l'aide d'Unitaid, CHAI a permis au gouvernement de pouvoir évaluer la disponibilité en oxygène et les goulots d'étranglement existants pour y accéder. Comme ailleurs, la forte augmentation des besoins en oxygène provoquée par la pandémie n'a fait qu'exacerber les problèmes déjà existants en matière d'approvisionnement et de distribution de l'oxygène. Les établissements de soins publics ne peuvent compter que sur une seule entreprise pour leur fournir et stocker de l'oxygène. Il en va de même pour les bouteilles et les camions-citernes. CHAI tente de négocier une baisse du coût de l'oxygène, à la fois pour faire face à la pandémie mais aussi pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie globale capable de répondre aux défis d'accès à long terme. Elle apporte ainsi une aide technique en développant notamment un plan d'urgence pour l'oxygène, répondant à des critères de solidité et de faisabilité, afin de le présenter au budget national et aux donateurs internationaux et locaux, en évaluant les besoins en installations et en équipements, et en effectuant une analyse des lacunes. Elle contribue de même à la quantification de la demande et à des interventions rentables, tout en identifiant des donateurs potentiels ou des sources de financement pour l'achat et l'approvisionnement.

Dès avant la COVID-19, la RDC connaissait des problèmes d'accès à l'oxygène. Grâce au financement d'Unitaid, CHAI a aidé le Ministère de la Santé à élaborer une analyse de la situation en matière d'oxygénothérapie dans neuf des 26 provinces du pays. CHAI a collecté des données sur les besoins en oxygène dans les centres de traitement afin de déterminer les besoins nationaux potentiels. Les résultats ont permis d'établir une cartographie des unités PSA existantes, en état de fonctionnement ou non. Le gouvernement s'est servi de cette cartographie pour faire pression sur les donateurs, tels que le Fonds mondial, afin de pouvoir réparer, remplacer ou déplacer les installations d'oxygénothérapie dans des lieux permettant un meilleur accès à un plus grand nombre de patients.

De même, en **Sierra Leone**, la pandémie a souligné les pénuries d'oxygène. CHAI a estimé les besoins

en oxygène du pays et identifié les lacunes en termes de capacité que le pays devrait combler pour satisfaire aux besoins quotidiens mais aussi aux pics de consommation, comme durant la pandémie, par exemple. Elle a aidé le ministère de la Santé à élaborer un plan de long terme pour que les mesures fortes prises en ce sens par le pays lui permettent de disposer d'un approvisionnement durable en oxygène. Grâce à un financement du Fonds mondial, CHAI a pu aider le pays à acheter trois unités PSA. Par ailleurs, elle a travaillé avec le ministère pour définir l'emplacement des unités d'oxygène, en donnant la priorité aux hôpitaux où le nombre de cas de COVID-19 nécessitant une oxygénothérapie est le plus élevé, ainsi qu'aux hôpitaux qui pourraient venir en soutien à plusieurs établissements de santé situés à proximité.

La demande d'oxygène a bondi en **Inde** lors de la deuxième vague de la pandémie en 2021. La vague soudaine de malades de la COVID-19 a mis à rude épreuve le système de santé avec des établissements qui avaient déjà un accès limité à l'oxygène et une faible capacité de production. Pour combler ces lacunes, CHAI a collaboré avec le ministère de la Santé et du Bien-être familial (MoHFW) pour établir des protocoles, des modules de formation et des plateformes fournissant des données en vue de l'installation et du suivi complet de 1 225 unités PSA financés grâce au Fonds PM CARES (Prime Minister's Citizen Assistance and Relief in Emergency Situations). Ces unités ont été installées et mises en service dans un délai record de six mois.

CHAI a également aidé les États du Madhya Pradesh, du Punjab et du Bihar à coordonner avec le gouvernement national une livraison quotidienne de camions-citernes d'oxygène médical liquide aux États. Elle a également fait en sorte que ces États puissent s'approprier des outils en ligne leur permettant de surveiller plus précisément et plus efficacement la disponibilité de l'oxygène, d'anticiper la demande et de veiller à ce qu'il soit livré aux établissements de soins les plus demandeurs.

En collaboration avec le All India Institute of Medical Sciences (AIIMS) de Bhopal, CHAI a participé à la rédaction et au déploiement des toutes premières directives traitant de l'utilisation rationnelle de l'oxygène et la sécurité incendie dans les établissements de soins. Elle a également établi des plans de mesures au niveau des États en vue d'une troisième vague de la pandémie et pour une résilience de long terme.

En 2021, grâce à ces interventions, le taux de patients hypoxémiques du Madhya Pradesh ayant accès à l'oxygène a bondi, passant de 6 % à 51 %. Des oxymètres de pouls sont désormais disponibles dans chaque centre de soins. Ils sont utilisés pour mesurer

la saturation en oxygène des patients beaucoup plus souvent, le nombre de mesures étant passé de 7 à 97 % au cours de l'année. Au Punjab, CHAI a apporté son soutien au gouvernement pour réduire de moitié le gaspillage d'oxygène en aidant les établissements de soins à mieux organiser le suivi de leur consommation. Cette mesure a notamment joué un rôle important lors de la deuxième vague de COVID-19.

En collaboration avec la Fondation Bill & Melinda Gates et ELMA Philanthropies, CHAI a également apporté son soutien au **Cameroun**, à l'**Équateur**, au **Guatemala**, au **Lesotho** et à l'**Ouganda**.

En **Ouganda**, nous avons œuvré pour renforcer l'accès aux oxymètres de pouls, avec une augmentation de l'offre et une meilleure formation et un encadrement des agents de santé pour leur utilisation. Grâce à cette mesure, le dépistage de l'hypoxémie en pédiatrie est passé de 16 % à 91 % dans les régions ciblées, ce qui a permis de diagnostiquer près de 3 000 cas d'hypoxémie chez les enfants. La disponibilité des oxymètres de pouls a également permis de mieux identifier et de pouvoir ainsi mieux isoler les cas de COVID-19 en cas d'indisponibilité des tests.

CHAI travaille également avec le gouvernement pour le préparer à recevoir les équipements, en aidant le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance à coordonner et à le distribuer et en formant les agents de santé et les techniciens à leur maintenance et à leur installation. Un système de suivi des performances des équipements est en cours de développement afin de simplifier la gestion des stocks, planifier la maintenance et émettre des rapports. CHAI aide également à établir un plan de redéploiement pour les nouveaux équipements achetés afin de s'assurer qu'ils resteront en bon état de marche une fois la pandémie passée.

En **Équateur** et au **Guatemala**, des évaluations ont été menées dans des hôpitaux prioritaires, sélectionnés en fonction du nombre de patients COVID-19, du taux d'occupation des unités de soins intensifs, de la population rattachée à l'hôpital et des taux d'incidence de la COVID-19. Ces évaluations ont souligné des lacunes au niveau des infrastructures et des équipements disponibles qui ont abouti à l'élaboration de plans d'approvisionnement.

Au **Lesotho**, CHAI a aidé le ministère de la Santé à établir la toute première équipe spéciale nationale dédiée à l'oxygène médical, dont CHAI assure le secrétariat. Cette équipe spéciale comprend un groupe pluridisciplinaire de parties prenantes de la santé mondiale et est chargé de développer un système national durable d'approvisionnement, de livraison et de gestion de l'oxygène. En 2021, CHAI a aidé le gouvernement à identifier les partenaires

et les engagements en matière de ressources pour renforcer l'accès à l'oxygène dans le pays. Elle a ainsi pu coordonner et réaliser une analyse du panorama de l'oxygène médical à l'échelle nationale pour tous les hôpitaux du pays. Les résultats de l'évaluation serviront de base à un plan visant à élargir l'accès à l'oxygène médical.

Mettre en œuvre un marché de l'oxygène liquide abordable

Pour atténuer les pressions de l'offre et de la demande sur les unités PSA dans les pays à revenu faible et intermédiaire, CHAI cherche à augmenter l'approvisionnement en oxygène via le marché de l'oxygène liquide. Elle a pour cela entamé des négociations avec des fournisseurs privés d'oxygène liquide au nom d'une coalition de pays pour pouvoir obtenir des prix abordables pour l'oxygène liquide à moyen et long terme et traiter les obstacles dus aux infrastructures, comme la pénurie de camions-citernes qui a pour conséquence d'augmenter le coût élevé de la livraison de ce type d'oxygène. Dans un souci de durabilité, CHAI œuvre pour améliorer l'accès aux pièces de rechange et aux services de maintenance, pour moderniser les infrastructures des installations, les réseaux de canalisations par exemple, et pour renforcer les systèmes logistiques pour le transport des bouteilles d'oxygène.

En 2021, Unitaïd et CHAI ont signé des protocoles d'accord avec les fournisseurs d'oxygène liquide Linde et Air Liquide qui sont en train d'ouvrir la voie à de réels progrès en matière d'approvisionnement en oxygène.

En **Zambie**, plus de 70 % des patients admis pour une COVID-19 ont nécessité une oxygénothérapie, créant ainsi une demande nettement supérieure à la capacité de production du secteur public du pays. Grâce aux protocoles d'accord signés, CHAI a travaillé rapidement avec le gouvernement, les partenaires et le producteur d'oxygène AFROX pour implanter un système fonctionnel permettant d'optimiser l'utilisation de l'oxygène médical disponible. Les provinces de Lusaka et de Copperbelt dépassaient largement à elles deux la moitié des cas de COVID-19 dans le pays. CHAI a par conséquent cherché à améliorer l'approvisionnement en oxygène en priorité dans les sept plus grands établissements de soins de ces deux provinces.

Elle a aussi travaillé avec le gouvernement pour étudier le niveau de préparation des hôpitaux quant à la gestion de l'oxygène pour la COVID-19 et partager les bonnes pratiques pendant la troisième vague de la pandémie. Cela s'est traduit par des modifications pratiques au niveau du personnel hospitalier et de la distribution et du stockage des

bouteilles d'oxygène, et par un meilleur soutien des unités produisant de gros volumes d'oxygène vis-à-vis des unités plus petites. Ces mesures ont permis de stabiliser l'approvisionnement en oxygène dans les sept premiers hôpitaux concernés et des efforts sont actuellement déployés auprès d'autres hôpitaux pour qu'ils puissent aussi fournir aux patients ces soins essentiels.

De même, au **Ghana** et au **Mozambique**, CHAI a pu identifier les hôpitaux nécessitant une aide urgente dans ce domaine. Au **Ghana**, elle a travaillé avec le ministère de la Santé et Air Liquide, un fournisseur d'oxygène liquide, pour organiser l'approvisionnement en oxygène liquide de l'hôpital universitaire de Ho, qui accueille un centre de traitement de la COVID-19. Au **Mozambique**, où six hôpitaux ont été désignés pour y des canalisations, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ont financé le projet. Par ailleurs, CHAI a évalué les unités PSA du pays et prévoit la remise en service de plusieurs unités qui ont été fermées.

Nos projets

CHAI a pour objectif de faire progresser considérablement le diagnostic et le traitement de l'hypoxémie pour tous les patients au **Cambodge**, en **Éthiopie**, en **Inde**, au **Kenya**, au **Laos**, au **Liberia**, au **Nigeria**, au **Rwanda** et en **Ouganda**, ainsi que, dans une moindre mesure, dans un autre groupe comprenant 20 pays. Nous voulons aussi réduire la mortalité en insistant sur les groupes plus vulnérables et marginalisés tels que les femmes, les nouveau-nés et les enfants. La pandémie de COVID-19 a mis sur le devant de la scène les problèmes de disponibilité des services d'oxygène et la riposte à la pandémie, à travers des mécanismes tels que le dispositif de riposte à la COVID-19 du Fonds mondial (C19RM), a permis de fournir une quantité sans précédent d'appareils de soins respiratoires aux pays dans le besoin.

Pour que la riposte à la pandémie aboutisse, à long terme, à des services de qualité, il faut implanter des systèmes de bases durables qui garantiront la fiabilité et la qualité des soins, y compris des systèmes permettant de maintenir les équipements d'oxygène en état de marche pendant toute leur durée de vie et des systèmes capables de fournir à tout moment aux agents de santé les bons outils, les bons processus et les bonnes pratiques qui contribueront à sauver des vies. Pour les établissements de soins, il s'agit d'améliorer le diagnostic de l'hypoxémie en généralisant le dépistage systématique par oxymétrie de pouls pour tous les patients qui en ont besoin et en multipliant les plateformes qui renforcent en

permanence les bonnes pratiques cliniques. Pour l'ensemble du système de santé, l'accès à l'oxygène doit être équitable dans les établissements de soins de niveau inférieur et il convient de créer des écosystèmes commerciaux sains reposant sur des partenariats d'approvisionnement coordonnés, soutenus par des modes de financement durables et guidés par des systèmes de données solides qui pourront être utilisées par les établissements de soins à grande échelle.

CHAI a pour objectif de réduire considérablement la mortalité due à l'hypoxémie en s'attaquant à quatre grands chantiers : (1) la planification stratégique,

la politique et le renforcement des capacités, (2) le développement de partenariats d'approvisionnement coordonnés pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la fiabilité de l'oxygène, (3) la garantie d'un financement durable, et (4) le renforcement des systèmes de données et de gestion. Les interventions dans ces domaines sont fortement liées entre elles, et la capacité de CHAI à planifier et à travailler efficacement avec les gouvernements pour créer des stratégies nationales de gestion des systèmes d'oxygène permettra de garantir le maintien de ces solutions à long terme.

Encadré : Tirer parti de notre programme de lutte contre la diarrhée et la pneumonie pour pouvoir riposter face à la COVID-19

La diarrhée et la pneumonie sont les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La déshydratation due à la diarrhée provoque chaque année la mort de 500 000 enfants et 700 000 enfants meurent de pneumonie. La plupart de ces décès se produisent dans des pays à revenu faible et intermédiaire ayant un accès limité aux traitements essentiels.

Avant la pandémie, CHAI avait participé à une intensification des traitements de la diarrhée par le zinc et les SRO en [Éthiopie](#), en [Inde](#), au [Kenya](#), au [Nigeria](#) et en [Ouganda](#). L'utilisation du zinc et des SRO est passée en quatre ans de moins de 1 % à 24 % dans les pays bénéficiaires d'un programme.

Pour la pneumonie, CHAI a pu constater que l'oxymétrie de pouls et l'oxygène étaient souvent négligées. Le traitement d'une pneumonie grave exige l'administration d'antibiotiques. Les poumons des enfants peuvent se remplir très rapidement de liquide et ils meurent souvent par manque d'oxygène, avant que les antibiotiques ne fassent effet. L'oxygénothérapie peut donner à l'organisme du temps pour permettre aux médicaments d'agir et on a constaté que l'amélioration des systèmes d'oxygène réduisait de moitié le taux de mortalité lié à la pneumonie.

Les projets pilotes sur la pneumonie pédiatrique dans ces cinq pays ont révélé des lacunes évidentes en matière d'accès à l'oxygénothérapie. CHAI a créé des interventions ciblées pour combler ces lacunes en améliorant les systèmes d'approvisionnement défaillants, ainsi que les pratiques cliniques autour de l'utilisation de l'oxygénothérapie, en renforçant les systèmes de données et en garantissant un financement durable. L'accès à l'oxygène pour les pneumonies hypoxémiques est ainsi passé de 19 % à 64 %. L'oxygène est également essentiel dans le traitement de la COVID-19. Le travail réalisé par CHAI sur l'oxygène pour la pneumonie infantile lui a permis de l'appliquer à cette maladie et ainsi d'accélérer la riposte des pays pendant la pandémie.



TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE NOTRE ÉQUIPE

Kimhong Gove

Responsable du programme, Oxygène, Cambodge

Je travaillais autrefois dans le conseil et la finance. Mais, contrairement aux apparences, alors que tout semblait me réussir, je passais mon temps à me remettre en question. Mes échanges réguliers avec mon patron se limitaient au nombre de contrats conclus et aux revenus dégagés. Je me demandais si la rentabilité devait rester la seule valeur à laquelle je devais aspirer dans ma vie professionnelle. Je ne voulais pas que ma vie se résume à un bilan.

J'ai grandi dans la province de Koh Kong, à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, au lendemain du régime des Khmers rouges, période durant laquelle un quart de la population cambodgienne a perdu la vie entre 1975 et 1979. Des factions armées ont fait des ravages dans certaines régions du Cambodge jusque dans les années 1990. Je souhaitais contribuer de manière plus directe au développement de mon pays.

J'ai intégré CHAI en 2016, peu après avoir obtenu mon diplôme en politique publique à l'Université nationale de Singapour. CHAI est mon premier employeur dans le domaine du développement. La mission de CHAI et la façon dont nos valeurs fondamentales s'appliquent dans notre travail au quotidien sont pour moi une source continue d'inspiration. L'une de ces valeurs qui consiste à dire que « nos équipes sont notre bien le plus cher » peut sembler un cliché, et pourtant, elle colle parfaitement à la réalité de CHAI.

J'apprécie particulièrement la flexibilité de mon travail à ce moment particulier de ma vie, je viens d'avoir mon premier enfant, tout en pouvant m'épanouir professionnellement. Il est vrai qu'une nouvelle organisation du travail s'est développée un peu partout dans le monde, comme au Cambodge, en raison de la pandémie, mais cette pratique existait déjà chez CHAI lorsque j'y suis rentrée. Et il ne s'agit pas uniquement d'une simple flexibilité en termes de travail présentiel ou

non mais d'un véritable esprit de compréhension et de confiance entre les ressources humaines, les managers et les équipes. Il est évident que celles et ceux qui choisissent de faire partie de CHAI, le font pour le bien de tous et qu'ils travaillent énormément pour répondre aux besoins des personnes qui en ont besoin. En tant que nouvelle maman, ce système me donne le privilège de prendre des appels depuis chez moi, tout en restant proche de mon bébé.

Briser le plafond de verre pour que des femmes comme moi acquièrent la confiance nécessaire pour assumer des tâches plus difficiles. Et cela peut s'avérer difficile pour des jeunes femmes qui aspirent à occuper des postes de direction dans un pays comme le Cambodge où les attentes liées au genre persistent et où on attend toujours des femmes qu'elles prennent en charge l'essentiel des tâches d'un foyer. Sur le marché du travail, pour gravir les échelons qui mènent à un poste de direction, il faut non seulement faire preuves de compétences professionnelles, mais aussi répondre à d'autres critères d'âge, d'origine ethnique, de maîtrise des langues et d'apparence. En revanche, chez CHAI, au cours de ces six dernières années, j'ai pu bénéficier de nombreuses opportunités et de ressources me permettant de relever des défis à la fois dans le cadre et en dehors de ma fonction officielle pour pouvoir réaliser mon plein potentiel.

Par exemple, dans le cadre de ma fonction d'associée senior pour le paludisme, j'ai commencé à collaborer avec le ministère de la Santé pour l'achat et la gestion de l'approvisionnement en médicaments antipaludiques et ai lancé le projet pilote de guérison radicale du paludisme à *Plasmodium vivax*, avec un traitement innovant qui empêche la résurgence du paludisme (qui a ensuite été étendu à tout le pays). J'ai ensuite lancé le programme d'oxygène, qui a aidé le ministère de la santé à contrecarrer l'épidémie de COVID-19, mais aussi à tirer parti de la grande vague des investissements liés à l'oxygène pour d'autres maladies. Par exemple, nous travaillons actuellement à la coordination de l'installation de plus de 40 unités d'oxygène d'adsorption par inversion de pression (PSA) qui étaient au nombre de deux dans les hôpitaux publics avant la pandémie. Nous veillons également à ce que ces investissements soient assortis d'une maintenance régulière en renforçant un nouveau cadre d'ingénieurs biomédicaux.

Je n'aurai jamais pu y parvenir sans cette opportunité, un bon encadrement et une collaboration étroite avec les équipes mondiales du tissu structurel et culturel de CHAI. CHAI me donne d'innombrables occasions de prendre confiance en moi en me plongeant dans de nouveaux projets totalement inconnus pour que je puisse montrer ce dont je suis capable, même si je ne l'ai jamais fait auparavant. Ma promotion en 2020 a fait de moi la plus jeune responsable du bureau de CHAI au Cambodge, jusque-là, et je dirige aujourd'hui une équipe pluridisciplinaire de personnes issues de différents horizons et de tout âge. J'espère que mon parcours poussera d'autres jeunes femmes à intégrer CHAI, plus généralement au Cambodge. ●

Hépatite

L'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC) sont des virus hautement transmissibles qui peuvent entraîner des lésions hépatiques importantes, le cancer et la mort en cas d'absence de traitement. Plus de 354 millions de personnes vivent avec le VHC et le VHB et plus d'un million de personnes en meurent chaque année. Chaque année, dans le monde, on comptabilise trois millions de nouvelles infections par le VHC et le VHB.

Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2021 montre les progrès notables réalisés pour réduire les infections par le VHC et le VHB depuis 2015, grâce à des réductions importantes des coûts de traitement. La couverture du traitement du VHC a été multipliée par près de 10, passant d'un million de personnes à la fin de 2015 à 9,4 millions moins d'une décennie plus tard. Les traitements par antiviraux à action directe (AAD) permettent de guérir plus de 95 % des patients atteints du VHC et un vaccin administré dès la naissance permet de contrer le VHB.

L'intensification du traitement demeure toutefois inégale parmi les pays à revenu faible ou intermédiaire, tant pour le VHC que pour le VHB. Cela est particulièrement vrai en Afrique subsaharienne, où seuls 10 % des personnes atteintes d'une infection chronique due au VHB sont diagnostiquées et 22 % seulement reçoivent un traitement. Dans l'ensemble de la région, le dépistage reste également extrêmement faible. Au moins 95 % des Africains ignorent encore s'ils sont porteurs du VHC ou du VHB.

Les cas d'hépatite dans le monde augmentent, en grande partie à cause des injections peu sûres et de la consommation de drogues, ainsi qu'à travers la transmission de la mère à son bébé. Alors que la prévalence du VHB chez les enfants a considérablement diminué pour passer sous la barre des 1 %, l'accès au vaccin à la naissance, au moment où il est le plus efficace, reste limité. D'ici 2040, les décès dus au VHC et au VHB devraient dépasser ceux dus au VIH, à la tuberculose et au paludisme réunis.

Pour y remédier et atteindre les objectifs d'élimination d'ici 2030, il est essentiel de faire progresser la recherche des cas et le financement national ainsi que

celui des donateurs pour pouvoir intensifier partout, de manière équitable, la prévention, le dépistage et le traitement du VHC et du VHB.

Favoriser le diagnostic et intensifier le traitement et la prévention

Depuis 2016, CHAI a travaillé avec les gouvernements de sept pays, **Cambodge, Inde, Indonésie, Myanmar, Nigeria, Rwanda, et Vietnam**, pour introduire et étendre l'accès au dépistage, au traitement et à la prévention du HCV et du HBV.

Nous contribuons, avec les gouvernements partenaires, à simplifier les programmes de lutte contre l'hépatite et travaillons avec le secteur privé pour réduire les coûts et fournir un meilleur accès au dépistage et au traitement afin d'atteindre davantage de patients dans le cadre des budgets existants. Nous aidons les gouvernements à cibler les populations les plus vulnérables à l'infection par hépatite, comme les personnes qui vivent avec le VIH, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers. Parallèlement, nous cherchons à renforcer l'accès aux services dédiés à la réduction des risques pour faire baisser les taux de transmission et promouvoir un traitement avec, pour objectif, l'élimination. Nous encourageons également les pays à intégrer des programmes et à développer des stratégies menant à la triple élimination du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis, afin de faire baisser le taux de mortalité et de malades parmi les mères et leurs bébés.

En 2021, plus de 53 000 patients ont été traités avec des AAD dans les pays bénéficiaires de CHAI grâce aux engagements d'élimination du **Rwanda** et de l'**Inde** (ainsi qu'à des mesures fortes ciblées au **Cambodge**, en **Indonésie**, au **Myanmar**, au **Nigeria** et au **Vietnam**).

Le **Rwanda** progresse significativement avec son plan quinquennal d'élimination du VHC, en intégrant d'importantes réductions de coûts pour les traitements avec AAD. En collaboration avec le ministère de la Santé, CHAI a contribué à réduire les coûts des médicaments, permettant ainsi d'intensifier les services et de faire économiser plus de 30,5 millions USD au gouvernement. CHAI a également travaillé avec le ministère de la Santé pour introduire un traitement de deuxième ligne pour le VHC, une étude de mise en œuvre étant en cours pour vérifier le bien-fondé des solutions alternatives abordables pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Le **Rwanda** continue à alimenter son système d'information sur les patients,

déployé en 2020 avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, afin d'éclairer les décisions liées au programme et organisé le suivi des progrès réalisés pour parvenir à l'élimination du VHC. Ce pays a ainsi déjà dépisté plus de 5,5 millions de personnes et en a traité plus de 50 000 et est en bonne voie pour éliminer le VHC en 2024.

Au **Nigeria**, l'État de Nasarawa a également lancé en 2020 un plan quinquennal d'élimination du VHC, en donnant la priorité au dépistage et au traitement des personnes qui vivent avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR). Depuis 2020, CHAI a aidé le gouvernement à dépister plus de 10 112 personnes qui vivent avec le VIH dans 13 centres de TAR, avec un résultat de positivité au VHC de 14 %. Un dépistage de confirmation a été réalisé sur 280 personnes et 57 ont reçu un traitement.

CHAI a aussi assisté les États de Nasarawa et de Kano pour concevoir et accompagner des campagnes visant à améliorer la couverture vaccinale contre le VHB dès la naissance et à prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Nous avons aidé les gouvernements à renforcer les capacités des agents de santé, à améliorer le partage des tâches et à décentraliser les soins dans des établissements de soins de santé secondaires. Au niveau national, CHAI a contribué à améliorer le système de suivi et d'évaluation (S&E) pour qu'il génère de meilleurs rapports sur l'hépatite virale. Par ailleurs, elle a aidé le groupe de travail technique national à obtenir un prix d'accès global avec une réduction du coût des tests de charge virale de 53 %. Ces prix ont été appliqués aux laboratoires ciblés au niveau national. CHAI propose une assistance technique au groupe de travail pour actualiser le plan stratégique national quinquennal et les directives cliniques de manière à refléter les recommandations de l'OMS.

En **Indonésie**, le coût du traitement du VHC, le sofosbuvir, était cinq à six fois plus élevé que le prix mondial. CHAI et l'organisation communautaire Yayasan Koalisi Satu Hati ont utilisé le rapport rédigé par CHAI sur la veille du marché pour transmettre les prix pratiqués au niveau mondial, régional et national, ce qui a permis de faire baisser le prix de ce médicament de 85 %, réduisant le coût d'un traitement de 12 semaines de 700 USD début 2020 à 105 USD. Cette baisse de prix donne l'occasion de pouvoir inclure les AAD dans le régime de sécurité sociale du pays.

Pour renforcer le dépistage, le diagnostic et la supervision de ces services, CHAI a soutenu le ministère de la Santé dans ses efforts pour encadrer les agents de santé des provinces et des districts, en formant directement 550 agents de santé et gestionnaires de programmes dans 18 provinces. Afin de mieux cibler les principales populations concernées



85 % baisse du prix d'un traitement de 12 semaines de sofosbuvir en Indonésie, le coût de ce traitement passant en dessous de la barre des 105 USD

par l'élimination du VHC, les programmes nationaux de lutte contre le VIH et le VHC, appuyés par la Direction générale du Centre des maladies transmissibles du ministère de la Santé, ont officiellement annoncé leur collaboration en 2021. Ces programmes ont en effet transmis des consignes aux établissements de soins de 34 provinces pour lancer et accélérer le dépistage du VIH et du VHC parmi les populations concernées par le chevauchement de ces deux virus. CHAI a participé à l'élaboration d'un tableau de bord du VHC à l'usage du public et des responsables de programmes à tous les niveaux du système de santé. Ce tableau de bord est utilisé dans certains établissements de santé sélectionnés dans 18 provinces et par des organisations non gouvernementales locales. Ce projet aidera le gouvernement à atteindre son objectif d'intensification du programme de lutte contre le VHC dans tout le pays en 2022.

En **Inde**, le ministère de la Santé et du Bien-être familial a publié pour la première fois une fiche d'information nationale sur la séroprévalence du VHC et du VHB qui décrit la charge de morbidité de l'hépatite dans le pays et sa répartition. En 2021, CHAI a fourni une assistance technique au gouvernement au niveau des États et des districts, a mieux formé les agents de santé en termes d'optimisation des diagnostics et des chaînes d'approvisionnement des traitements, et a aidé les États à élaborer leur stratégie en matière de charge virale. L'État du Madhya Pradesh a mis en œuvre un modèle de partenariat public-privé avec le soutien de CHAI pour répondre à la demande de tests de charge virale dans tous les districts. Cet état a également déployé des efforts importants pour atteindre une grande partie de sa population vivant avec une hépatite virale non diagnostiquée. Les services de diagnostic et de traitement dans les établissements de santé sont passés de 20 en 2019 à 55 en 2021. De même, fin 2021, plus d'un million de tests combinés de dépistage du VHC et du VHB avaient été réalisés contre 600 000 en 2020.

CHAI a mené une enquête pour aider l'État du Pendjab à comprendre pourquoi les patients arrêtaient leur traitement de manière précoce, malgré la gratuité des services de diagnostic et de traitement. Cette enquête a révélé un manque de sensibilisation des patients, aggravé par de longs trajets et un personnel peu qualifié. Pour y remédier, CHAI a travaillé avec le gouvernement pour décentraliser les services



+ 53.000 patients ayant reçu un traitement par antiviraux à action directe dans les pays bénéficiaires de CHAI dans le cadre des engagements d'élimination

dédiés à l'hépatite au niveau le plus bas du système de santé, pour les intégrer à d'autres programmes gouvernementaux et pour créer des passerelles avec les services de soins dédiés aux groupes à haut risque. CHAI a également aidé l'État à mieux former les agents de santé à l'utilisation d'un système d'information de gestion et à assurer la conformité, ainsi que la planification stratégique pour atteindre les objectifs fixés.

Au **Cambodge**, environ 900 personnes meurent du VHB et 1 200 autres du VHC chaque année, dans un pays où le financement reste limité. En 2021, CHAI a poursuivi sa collaboration avec le département de contrôle des maladies transmissibles (CDC) du ministère de la Santé, aux côtés de partenaires, pour essayer de faire inclure le programme de lutte contre l'hépatite dans la ligne budgétaire annuelle du ministère. CHAI a apporté une aide opérationnelle au CDC pour déployer des services gratuits liés au VHC dans les hôpitaux de district et les centres de soins primaires dans 12 districts, grâce à un petit don de produits de Médecins Sans Frontières (MSF). Après approbation du Fonds mondial autorisant l'utilisation de la subvention du programme VIH pour relancer les services de coinfection VIH/VHC, CHAI a poursuivi son soutien au Centre national du VIH/SIDA, de la dermatologie et des MST. Cette aide consistait à quantifier et à prévoir un nombre suffisant de produits permettant de traiter contre le VHC les partenaires des personnes qui vivent avec le VIH, les candidats à la prévention par PrEP (prophylaxie préexposition) ainsi que les autres personnes vivant avec le VIH mais n'ayant pas encore été testées pour le VHC. CHAI a aidé le CDC et l'OMS à rédiger les plans opérationnels annuels de 2021 et 2022, y compris différents scénarios de budgétisation pour le démarrage du programme. Elle a également contribué à l'élaboration des directives de prévention de la transmission mère-enfant en vue de la triple élimination.

Au **Myanmar**, CHAI a travaillé avec le programme national de lutte contre l'hépatite pour procéder à un examen global des progrès réalisés dans le pays depuis la création du premier plan stratégique national de lutte contre l'hépatite virale. Les résultats et les recommandations obtenus permettront d'orienter les choix du pays au moment d'élaborer son prochain plan stratégique. En raison de l'instabilité politique du pays et de la perturbation des services sanitaires, CHAI s'est davantage impliquée en 2021 en incluant des partenaires non gouvernementaux de mise en œuvre de services de santé pour renforcer les services de lutte contre l'hépatite virale au-delà des établissements gouvernementaux. En 2022, CHAI cherchera à travailler davantage sur les processus de suivi et d'évaluation en créant des procédures opérationnelles standard et, conformément aux recommandations du plan stratégique, une application

mobile de saisie de données utilisable dans des installations à faibles ressources et un tableau de bord national à plusieurs niveaux relatif à l'hépatite virale. Le tableau de bord intégrera les rapports des centres publics et des partenaires de mise en œuvre existants et permettra au programme national de pouvoir suivre les progrès réalisés par les services de lutte contre le VHC dans tout le pays.

Le **Vietnam** a pu reprogrammer une partie non utilisée de sa dernière subvention octroyée par le Fonds mondial en 2021 et démarrer un traitement anti VHC chez 4 800 personnes qui vivent avec le VIH, dans le cadre de son objectif de traiter 16 000 patients pour mi-2022. Dans la mesure où la COVID-19 continuait à empêcher les patients d'accéder aux services essentiels dans les établissements de santé et que les communautés les plus vulnérables avaient toujours un accès limité aux soins, le programme a étendu les services dédiés au VHC des centres de traitement antirétroviral aux cliniques de traitement de substitution à la méthadone. CHAI a débuté une assistance technique pour mieux former les agents de santé, en créant des supports de formation normalisés et en organisant des réunions en ligne de suivi et d'évaluation entre le programme national et les établissements de santé.

Au-delà du programme de coinfection, CHAI et ses partenaires ont réussi à imposer l'utilisation du daclatasvir en tant que traitement pluri-génotypique dans les directives nationales de traitement de 2021. Elle a contribué à améliorer la formation des agents de santé et des organisations communautaires au traitement contre le VHC en créant des aides à l'emploi et un programme national de formation. Au cours des deux prochaines années, CHAI va continuer à intervenir auprès du Fonds mondial pour obtenir un autre financement afin d'étendre à 13 000 patients supplémentaires l'accès à un diagnostic et à un traitement du VHC.

Partage des résultats

En août 2021, CHAI a publié son deuxième rapport sur le marché de l'hépatite C. Au-delà d'évaluer le marché des produits de base permettant de lutter contre le VHC en général, ce rapport donne pour la première fois des informations relatives au marché des produits de base de lutte contre le VHB. Il révèle des écarts dans le coût du traitement (ténofovir) du VHB par rapport à celui du VIH auquel les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire ont accès. En 2022, CHAI cherche à comprendre ce qui a motivé cet écart de prix pour documenter les mesures visant à structurer le marché et encourager une baisse des prix pour ce médicament.

En 2021, CHAI avait également collaboré avec la Coalition pour l'élimination de l'hépatite dans le monde (CGHE) lors d'une étude qui a montré un échec du premier traitement de VHC pour environ 5 % des patients, une population à la fois restreinte et importante qui augmentera au fur et à mesure de l'amélioration de la prise en charge du traitement pour le VHC. Actuellement, il n'existe qu'un seul traitement de deuxième ligne recommandé par l'OMS, un produit de marque cher et non disponible dans les milieux à faibles ressources. CHAI a participé à une analyse dont l'objectif était d'identifier les traitements génériques facilement disponibles qui ont été utilisés comme traitement de deuxième ligne pour des patients en Égypte, en Géorgie et au **Myanmar** et d'évaluer les résultats thérapeutiques chez ces patients. La norme de référence pour évaluer l'efficacité d'un traitement contre le VHC est la RVS12, lorsque les tests sanguins montrent une réponse virologique soutenue (RVS), ou aucune quantité détectable du virus 12 semaines après le traitement. Les résultats de cette analyse sont encourageants : Les taux de guérison RVS12 ont atteint un minimum de 90 % pour tous les traitements les plus couramment utilisés. Même si des preuves plus solides doivent être obtenues à travers des essais cliniques, ces résultats suggèrent que de nombreux patients ont pu être guéris après avoir suivi un second traitement reposant sur des produits génériques et abordables.

Nos projets

En novembre 2021, le conseil d'administration du Fonds mondial a approuvé une stratégie d'aide aux pays pour les encourager à intégrer la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale dans leurs services de lutte contre le VIH, dans lesquels le Fonds mondial investit déjà. Il s'agit notamment des cliniques de traitement antirétroviral, des unités de santé sexuelle et reproductive, des services de soins prénataux et des services de réduction des

risques. CHAI a défendu cette politique plus inclusive et travaillera avec les gouvernements pour étudier comment utiliser au mieux les ressources du Fonds mondial pour développer davantage les programmes de lutte contre l'hépatite.

Après l'intervention de CHAI, Unitaïd a lancé un appel à propositions en décembre 2021, investissant 20 millions USD dans des projets de démonstration pour accentuer les mesures fortes prises pour réduire les risques existants et tester de nouveaux outils de prévention du VHC chez les consommateurs de drogues injectables dans des centres de réduction des risques et des prisons. Les infections par le VHC dues à la consommation de drogues injectables représentent environ 23 à 29 % des nouvelles infections et 10 % des infections par le VIH dans le monde. Parallèlement aux engagements du Fonds mondial, l'investissement d'Unitaid sera essentiel pour atteindre les objectifs d'élimination du VHC et du VIH, et CHAI s'efforcera de soutenir ces efforts.

Dans les milieux fortement endémiques, le VHB est souvent transmis de la mère à l'enfant à la naissance. Par ailleurs, l'infection par le VHB chez le nourrisson et les enfants en bas âge provoque une hépatite chronique dans environ 95 % des cas. Les recommandations mondiales insistent sur les synergies de chevauchement dans la cascade de soins, y compris le dépistage et le traitement des femmes enceintes et des nourrissons exposés, ce qui plaide largement en faveur d'une dynamique d'intégration des soins pour toutes les maladies. CHAI va chercher également à travailler avec les pays pour parvenir à la triple élimination du VIH, du VHB et de la syphilis chez les mères et les nourrissons par l'adoption d'une approche intégrée et centrée sur la personne.



TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE NOTRE ÉQUIPE

Dr Rahel Belet Balkew

Directeur pays, Éthiopie

J'ai intégré CHAI en janvier 2012 en tant que directrice adjointe pays pour l'Éthiopie, avec pour mission de superviser les programmes et les opérations. Ma fonction consiste à favoriser la compréhension mutuelle de notre mission de sauver des vies pour encourager un leadership collaboratif tant au niveau national que mondial. Il s'agit là d'une mission très intéressante, mais aussi très stimulante et exigeante. Le leadership ne consiste pas seulement à inspirer les autres et à adhérer à notre vision. Il exige aussi d'instituer un état d'esprit de croissance dans toute l'organisation.

Avant d'intégrer CHAI, j'ai travaillé dans le secteur du développement en Éthiopie et en Tanzanie. Ce que j'ai le plus apprécié chez CHAI, c'est la décision consciente et l'engagement d'éviter les systèmes parallèles, tout en cherchant en permanence à améliorer les systèmes déjà en place. Rien n'est jamais acquis pour CHAI et les actions entreprises ne vont pas forcément pouvoir se poursuivre comme prévu ni atteindre leur maturité. Cependant, le fait de reconnaître le contexte local et d'investir dans le système de santé existant permet de poursuivre la dynamique.

L'urgence est l'une des valeurs de CHAI. La métaphore du sauvetage de personnes coincées dans un champ de mines résonne en moi presque tous les jours. La vie n'a pas de prix, et l'idée d'aider une personne à vivre au maximum me donne l'énergie nécessaire pour fournir davantage d'efforts et avancer encore.

Lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé fin 2020, l'impact en termes de vies perdues était très difficile à appréhender. Les outils de prévention qui sont si efficaces

dans de nombreuses régions du monde, comme le lavage fréquent des mains, la distanciation physique et le port du masque, sont dans une certaine mesure un luxe en Éthiopie. Le système de santé n'est pas assez solide pour faire face à une telle quantité de malades en raison de la disponibilité limitée de l'oxygène. Dans un pays de plus de 100 millions d'habitants, les estimations de CHAI montrent que la capacité de production d'oxygène satisfait uniquement environ 20 % des besoins du pays (environ trois millions de m³ par mois, dont la moitié environ est non-COVID). La capacité de production du pays par des unités publiques et privées de PSA des n'est que de 330 000 m³ par mois.

CHAI étant un partenaire privilégié du ministère fédéral de la Santé, elle a été sollicitée par le gouvernement pour l'aider à faire face à l'épidémie de COVID-19 dans un grand nombre de domaines, dont l'achat d'unités d'oxygène. La tâche était colossale compte tenu de la pénurie mondiale d'oxygène, du manque d'expérience à la fois dans le pays et dans le monde, des problèmes logistiques et des confinements. Malgré tout, nous avons réussi à mettre en place deux unités d'oxygène en moins de trois mois. Cette action est le fruit d'un partenariat et d'une collaboration solides entre les équipes nationales et internationales de CHAI. Nous avons travaillé ensemble et nous nous sommes soutenus les uns les autres, tout en devant affronter nos propres défis personnels, avec des membres de l'équipe et de nos familles qui tombaient malades.

Ces expériences m'ont incité à persévérer dans la poursuite de notre mission et de notre vision. L'excellence du fonctionnement du travail de notre matrice d'effectifs en interne vient de ces périodes sombres. C'est un aspect que j'aime particulièrement chez CHAI et notre contribution aux actions qui sauvent des vies est époustouflante.

Félicitations à tous ceux qui ont rendu cela possible ! ●

VIH/SIDA

Les mesures fortes prises un peu partout dans le monde au cours des deux dernières décennies ont permis de réaliser de grands progrès dans la lutte contre le VIH : près de 29 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde bénéficient d'une thérapie antirétrovirale (TAR) et les décès liés au sida ont diminué de 68 % depuis leur pic en 2005. Le travail réalisé pour réduire le taux de nouvelles infections pédiatriques par le VIH a permis de bons résultats, avec 50 % d'infections en moins chez les enfants dans le monde depuis 2010 et 81 % des femmes enceintes qui vivent avec le VIH ont désormais accès aux TAR.

En dépit des progrès et des engagements remarquables, la communauté mondiale risque de ne pas parvenir à maîtriser l'épidémie. Pour atteindre les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, tous les partenaires de la riposte au VIH vont devoir redoubler d'efforts pour prévenir les nouvelles infections, identifier les enfants et les adultes qui vivent encore avec le VIH et faire en sorte qu'ils bénéficient en permanence d'un traitement essentiel pour en finir avec les décès liés au sida et la transmission du VIH.

Nous disposons des outils, des stratégies et des produits nécessaires pour relever un grand nombre de ces défis. Il existe en effet désormais une solution injectable très efficace pour prévenir le VIH, les autotests du VIH sont pratiquement au même prix que les tests professionnels, les traitements essentiels contre la méningite à cryptococque sont de plus en plus faciles à administrer et les meilleurs traitements sont aujourd'hui disponibles pour les enfants et les adultes. La riposte mondiale au VIH ne dépend plus maintenant que de la volonté politique, d'une vision et d'un financement ambitieux.

CHAI travaille aux côtés des ministères de la santé, des communautés de personnes qui vivent avec le VIH et des organisations partenaires pour améliorer l'accès aux soins, aux traitements et aux services de prévention essentiels, et nous rapprocher ainsi de l'élimination du VIH/SIDA qui constitue une menace pour la santé publique.

Un meilleur accès aux traitements les plus efficaces

Les enfants attendent parfois des années, voire des dizaines d'années, avec de pouvoir accéder aux traitements les plus efficaces, lesquels sont pourtant mis à disposition des adultes. Le traitement pédiatrique peut être peu appétissant, avoir un

goût amer et difficile à administrer. Ces aspects ont un impact négatif sur l'adhésion au traitement et la suppression de la charge virale, et mènent à un décès prématuré.

En s'appuyant sur l'homologation provisoire octroyée, avec une rapidité historique, par la Food and Drug Administration à la fin 2020 pour des comprimés pédiatriques génériques dispersibles et sécables de dolutégravir 10mg (pDTG), CHAI a travaillé avec les ministères de la santé et d'autres partenaires pour faire adopter ce traitement au plus vite et soigner les enfants en arrêtant les traitements pédiatriques moins efficaces.

Elle a aidé ces ministères à élaborer des programmes nationaux de mise en œuvre, à quantifier les besoins en matière de traitement, actuels et futurs, à surveiller l'adhésion et les résultats sanitaires, ainsi qu'à rédiger et diffuser des messages clés et des outils de travail à l'intention des médecins, des patients, des soignants et des autres professionnels de santé. Elle a également travaillé en étroite collaboration avec les communautés de personnes qui vivent avec le VIH, y compris les adultes, les soignants et les adolescents concernés, en s'appuyant pour cela sur le projet Optimal de la Faith-Based Action for Scaling up Testing and Treatment for the Epidemic Response (FASTER), et les conseils consultatifs communautaires (CCC) de AIDS Free, pour préparer et défendre une introduction rapide des produits. CHAI a participé à la rédaction de documents d'information, d'éducation et de communication, à l'organisation des actions de sensibilisation auprès des communautés et de formations sur le diagnostic et le traitement, qui ont permis de sensibiliser des milliers d'enfants et d'adolescents qui vivent avec le VIH, ainsi que leurs soignants, à l'importance du dépistage et du traitement.

Avec le soutien d'Unitaid, CHAI a servi de catalyseur pour l'achat de 100 000 boîtes de pDTG pour le Bénin, le Kenya, le Malawi, le Nigeria, l'Ouganda et le Zimbabwe, contribuant ainsi à générer une demande et des témoignages sur l'expérience initiale du produit pour faciliter son déploiement à grande échelle dans ces pays et au-delà. Plus de 60 pays utilisent aujourd'hui le pDTG et bénéficient du prix négocié par CHAI et Unitaid avec les fournisseurs de produits génériques. CHAI aide également le Bénin, le Nigeria et l'Ouganda en menant des enquêtes sur la mise en œuvre du déploiement du pDTG, et recueillent en particulier les témoignages des patients, des soignants

et des fournisseurs, sur leur expérience ainsi que les résultats cliniques. Les premiers résultats de cette enquête, ainsi que les visites de supervision en présence des soignants et des patients dans d'autres pays, montrent que les enfants apprécient la saveur fraise du pDTG et le tolèrent beaucoup mieux que le traitement précédent.

Au-delà des premiers pays à l'avoir adopté, CHAI aide maintenant d'autres pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est à introduire le pDTG. En **Afrique du Sud**, CHAI est intervenue pour le ministère national de la Santé en réalisant une modélisation démontrant les économies réalisées grâce à l'adoption du traitement. Elle a également aidé les fabricants de médicaments génériques à déposer des demandes d'enregistrement de produits auprès de l'Autorité sud-africaine de réglementation des produits de santé (SAPHRA). Elle soutient aussi les gouvernements de 15 pays, dont le **Cambodge** et le **Laos**, dans leurs efforts d'introduction du pDTG, en formant les agents de santé et en organisant le suivi de l'état des stocks pour garantir un approvisionnement continu des médicaments essentiels.

En 2021, CHAI a mis fin au projet FASTER, mené par le Catholic Relief Services et financé par le PEPFAR à travers les CDC. CHAI a continué à s'impliquer au **Nigeria**, en **Ouganda**, en **Tanzanie** et en **Zambie** pour que le suivi du traitement basé sur le poids soit institutionnalisé et a mis en œuvre des projets ciblés d'amélioration de la qualité en formant les agents de santé, en favorisant leur encadrement et en montant des dossiers et des aides à l'emploi afin d'accélérer au mieux l'adoption du TAR pour les enfants et les adolescents. L'utilisation optimale du TAR a augmenté de façon spectaculaire dans les centres soutenus par FASTER dans tous les pays et pour toutes les tranches de poids : de 56 % à 94 % pour les enfants pesant entre 3 et 19,9 kg, de 28 % à 71 % pour les enfants pesant entre 20 et 29,9 kg, et de 63 % à 85 % pour les enfants et les adolescents pesant plus de 29,9 kg.

CHAI aide toujours ses gouvernements partenaires pour qu'ils déploient l'association optimale en un seul comprimé de ténofovir, lamivudine et dolutégravir (TLD). Fin 2021, soit un peu plus de quatre ans après sa mise sur le marché, plus de 18 millions d'adultes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient accès au TLD. Un grand nombre de pays, dont la République démocratique du Congo (RDC), le **Kenya**, le **Laos**, le **Malawi**, le **Nigeria** et la **Tanzanie**, ont fait basculer plus de 90 % de leurs patients de première ligne vers le TLD.

Même si ce projet n'est pas encore terminé, de nombreux pays ont achevé ou sont sur le point d'achever leur transition vers le TLD de première ligne. Au fur et à mesure que ces transitions de première ligne se terminent, de nombreux programmes

nationaux de traitement commencent à envisager l'optimisation d'un traitement de deuxième ligne.

Même si le DTG s'avère très efficace, il convient de proposer d'autres solutions aux personnes qui vivent avec le VIH mais ne tolèrent pas le DTG ou sont en échec thérapeutique. Les solutions de traitement proposées actuellement en cas d'échec avec le DTG ne sont pas suffisamment efficaces. CHAI et Unitaid ont par conséquent cherché à accélérer l'accès au darunavir/ritonavir (DRV/r), une excellente solution couramment utilisée dans les marchés à revenu élevé. En 2021, CHAI et Unitaid ont annoncé avoir obtenu un prix défiant toute concurrence avec le fabricant de médicaments génériques Hetero Labs pour le comprimé unique combinant DRV/r, à un coût inférieur à celui pratiqué habituellement, mettant pour la première fois ce traitement à la portée des programmes de traitement nationaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

CHAI, avec le financement d'Unitaid, a servi de catalyseur pour l'achat de DRV/r et travaille avec les ministères de la santé du **Nigeria** et de la **Zambie** pour introduire ce produit et ainsi en augmenter la demande et encourager l'adoption de ce traitement en Afrique subsaharienne. Les bonnes pratiques liées à ces premiers déploiements seront diffusées pour en rendre compte au niveau mondial.

La surveillance et la pharmacovigilance relatives à ce traitement se poursuivent. Elles sont essentielles à son processus d'optimisation et CHAI aide les gouvernements partenaires à mieux classifier et comprendre les événements indésirables pour garantir la sécurité des patients. Dans le cadre du projet FASTER, CHAI a aidé le gouvernement nigérian à simplifier les rapports et l'examen des effets indésirables des médicaments (ADR) dans le traitement du VIH. Les établissements de santé aidés en cela ont amélioré le taux d'évaluation des ADR chez les enfants et les adolescents, passant de 86 à 898 patients évalués entre janvier 2021 et novembre 2021. L'émission générale de rapport sur les ADR a également augmenté. En effet, huit rapports nationaux avaient été émis entre 2018 et 2020 contre 66 rapports, rédigés en 2021 dans les huit États soutenus par le projet FASTER et transmis à l'Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments du **Nigeria** (NAFDAC).

Au **Zimbabwe**, CHAI a travaillé avec l'Autorité de contrôle des médicaments du **Zimbabwe** (MCAZ) pour former les agents de santé à identifier les événements indésirables et à les déclarer immédiatement. Pour pouvoir mieux identifier les événements indésirables et les déclarer, CHAI et la MCAZ ont organisé une formation traitant de la pharmacovigilance pour 459 agents de santé dans 24 centres en 2021.

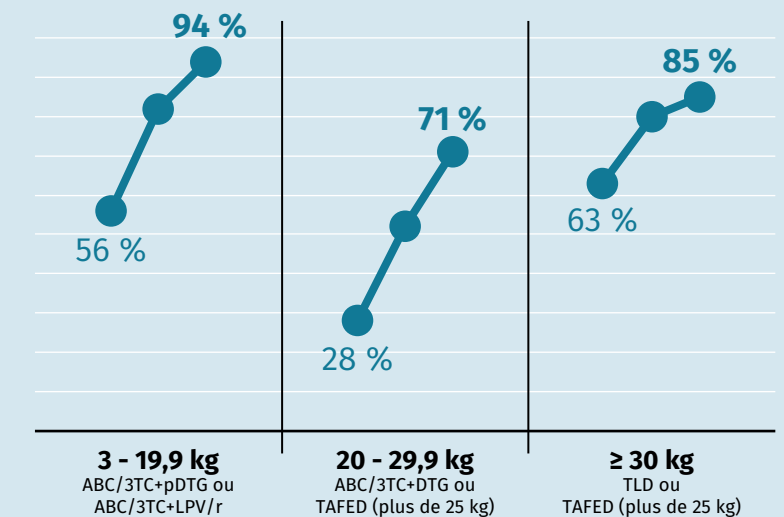
Pourcentage d'enfants qui vivent avec le VIH par tranche de poids sous traitement TAR optimal dans 245 centres prioritaires pédiatriques au Nigeria, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie

Début : NG - Mars 20, TZ - Déc. 19, OUG - Sept.20, Zambie - Déc. 20

Fin : NG - Déc. 20, TZ - Déc. 21, OUG - Sept.21, Zambie - Déc. 21

Source : Archives RADET (Nigeria), CTC3 Macro Database (Tanzanie), Uganda EMR (Ouganda), facility SQAs (Zambie)

*Tenofovir-alafenamide, Emtricitabine et dolutégravir (TAFED) pour plus de 25 kg uniquement



Cette formation sera dispensée dans 27 autres établissements en 2022.

Prévenir les nouvelles infections

On ne viendra pas à bout du VIH uniquement grâce aux traitements. Les mesures de prévention efficaces restent primordiales. Si les infections au VIH ont diminué au cours des deux dernières décennies, la baisse des nouvelles infections annuelles plafonne. Dans certaines régions et pour certaines populations, les infections repartent même à la hausse malgré le nombre croissant de personnes traitées et la mise à disposition de mesures de prévention très efficaces, telles que la prophylaxie préexposition (PrEP orale) et la circoncision masculine médicale volontaire. Par ailleurs, les principales populations concernées et leurs partenaires sont touchés de manière disproportionnée, puisqu'ils représentent 70 % des nouvelles infections dans le monde en 2021. En Afrique subsaharienne, les filles et les femmes âgées de 15 à 24 ans forment près d'un quart des infections en 2021, alors qu'elles ne constituent que 10 % de la population totale. Les ressources destinées à appuyer les programmes de lutte contre le VIH ont également atteint un plafond et les systèmes de santé des pays se voient obliger de devoir faire plus avec moins. L'intégration et la durabilité des programmes, notamment avec la pandémie de COVID-19, sont des aspects de plus en plus critiques de la riposte au VIH. Toutefois, le financement des donateurs, les coordinations nationales et les modèles de mise en œuvre des programmes ne partagent pas encore la même vision en termes de programmes de prévention du VIH durables et intégrés.

Grâce à la subvention STRIDE (Sustainable Transitions to Resilient, Integrated Combination Prevention

and Dissemination of Evidence) financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI s'associe avec des gouvernements et d'autres parties prenantes essentielles en **Zambie**, au **Zimbabwe** et dans le monde pour faire progresser la durabilité et l'intégration des programmes de prévention du VIH.

Au **Zimbabwe**, cela s'est traduit par la création d'un outil de planification intégré de prévention du VIH dans les districts et le lancement du premier exercice global de cartographie des ressources centré sur les éléments de prévention du VIH. En **Zambie**, CHAI a participé à l'amélioration de la gestion et de la coordination des programmes. Cette intervention a conduit à l'organisation d'une réunion des partenaires techniques de la prévention du VIH tous les trois mois, au cours desquelles les parties prenantes nationales et régionales partagent leurs bonnes pratiques, leurs challenges et leurs opportunités.

En 2021, CHAI a poursuivi son projet d'introduction et d'élargissement de la circoncision masculine médicale volontaire, une intervention très efficace qui a fait ses preuves dans de nombreux pays. En collaboration avec la **Zambie** et le **Zimbabwe**, CHAI a achevé la collecte et l'analyse des données relatives à la deuxième phase des tableaux de bord d'évaluation de la transition vers la circoncision masculine médicale volontaire et a ainsi pu mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs de durabilité fixés par les pays. Ces tableaux de bord sont très innovants en termes d'évaluation dans le domaine du VIH et les résultats obtenus ont contribué à la mise en œuvre du programme annuel et à la planification des capacités pour la circoncision masculine médicale volontaire et d'autres interventions de prévention du VIH.

La PrEP orale reste un autre outil essentiel de prévention du VIH. De 2016 à 2021, dans le cadre de

la subvention Prevention Market Manager financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI a aidé les gouvernements du **Kenya**, du **Malawi**, de **l'Afrique du Sud** et du **Zimbabwe** à introduire la PrEP orale et à dynamiser la diffusion de ces programmes et d'autres programmes de PrEP dans la région. À la fin de la subvention, les pays bénéficiant du soutien de CHAI représentaient plus d'un quart des initiatives cumulées de PrEP orale dans le monde et plus de 36 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En **Afrique du Sud**, l'accès aux services et produits de prévention du VIH, en particulier pour la PrEP orale, s'est encore amélioré durant la pandémie de COVID-19. CHAI a aidé le gouvernement à impliquer davantage les agents de santé et à bien utiliser les ressources en proposant des formations en ligne sur la mise en œuvre de la PrEP orale, avec un suivi et l'émission de rapports sur l'ampleur des formations à l'intention des dirigeants des provinces. Plus de 250 000 personnes ont commencé une PrEP orale entre janvier et octobre 2021 et, en novembre, plus de 11 000 agents de santé avaient été formés sur la plateforme en ligne. Par ailleurs, CHAI a émis des rapports personnalisés pour chaque province avec les dernières données disponibles sur les infections sexuellement transmissibles (IST), qui montraient le rôle essentiel du suivi et de la gestion des IST en tant que problème de santé publique.

Si la poursuite de l'extension et de la pérennisation de la PrEP orale et de la circoncision masculine médicale volontaire demeure essentielle, de plus en plus d'éléments montrent que le choix de produits de prévention très efficaces pour permettre un accès large et efficace reste crucial. Un grand nombre de personnes exposées au risque d'infection par le VIH ont exprimé leur préférence pour des produits de prévention du VIH injectables à longue durée d'action et des technologies de prévention polyvalentes. Plusieurs de ces produits sont en cours de développement et pourraient bientôt être disponibles, ce qui implique d'anticiper leur planification pour s'assurer que les systèmes de santé sont prêts à les fournir.

Le cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA), très efficace, a reçu l'approbation de la FDA pour la prévention du VIH en décembre 2021 et offre une opportunité de faire évoluer la prévention du VIH. Avec l'appui de la Fondation du Fonds d'investissement pour les enfants (CIFF), CHAI contribue à faire avancer l'analyse stratégique de l'offre et la planification pour un ensemble de produits prometteurs en développement à court terme, dont le CAB-LA. Les analyses couvrent une gamme de données qui serviront aux interventions nécessaires sur le marché pour pouvoir garantir une introduction rapide et

efficace dans les pays à revenu faible et moyen. CHAI a également travaillé en partenariat avec le **Malawi** et le **Zimbabwe** pour dresser un premier bilan qui permettra d'identifier les priorités pour pouvoir adapter et renforcer les systèmes de santé en vue de la distribution de ces nouveaux produits.

De même, avec l'aide de la CIFF, nous travaillons dans le cadre d'une coalition dirigée par l'AVAC pour planifier l'introduction d'un comprimé à double prévention combinant contraception orale et PrEP orale. Si le produit reçoit l'approbation réglementaire, ce médicament pourrait bien devenir la première technologie de prévention mise sur le marché depuis les préservatifs masculins et féminins, en proposant une solution supplémentaire indispensable aux personnes ayant à la fois des besoins de contraception et de prévention du VIH.

L'introduction de nouveaux produits de prévention du VIH, dont le CAB-LA et le comprimé à double prévention, pourrait transformer le champ de prévention du VIH. Des mesures fortes prises de manière concertée au niveau mondial et une collaboration sont nécessaires pour en assurer l'impact potentiel. En anticipant sa planification, et en donnant la priorité à la solidité et à la durabilité de systèmes de santé résistants et durables, il sera possible de mobiliser rapidement, efficacement et durablement les interventions de prévention disponibles et à venir afin de réduire les nouvelles infections.

Diagnostic et traitement de l'infection à VIH avancée

Les personnes qui vivent avec le VIH et développent une infection à VIH avancée (AHD) sont plus susceptibles de contracter et de mourir d'infections opportunistes comme la tuberculose (TB) ou la méningite à cryptocoque. L'absence de dépistage et de traitement de ces infections opportunistes est l'une des principales causes de décès des personnes AHD. En 2020, on a dénombré 650 000 décès liés au SIDA, dont 210 000 dus à la tuberculose et 85 000 à la méningite à cryptocoque.

La numération des cellules CD4 est la première étape qui peut mener au pack de soins recommandés par l'OMS pour les personnes AHD. Il s'agit d'un examen essentiel qui indique la progression du VIH et la nécessité de diagnostiquer et d'administrer un traitement supplémentaires au patient. En dépit de leur importance clinique, les données collectées en 2020 nous informent qu'environ 30 % des personnes qui vivent avec le VIH et sous sont sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont pas accès à la numération des CD4 en temps utile.

Depuis l'annonce du véhicule d'accès précoce au marché (EMAV) destiné à élargir l'accès à la numération des CD4 sans dispositif et le jour même en 2020, Unitaïd et CHAI ont fourni gratuitement le test VISITECT® CD4 Advanced Disease à dix partenaires de mise en œuvre et à trois ministères de la santé à travers 11 pays pour encourager la demande et permettre une expérience précoce auprès des utilisateurs et obtenir des preuves. Fin 2021, 102 725 tests VISITECT® avaient été fournis dans le monde. En **Tanzanie**, CHAI s'est associée à la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS pour gérer le test VISITECT® dans 40 établissements de santé. Ce test a suscité énormément d'intérêt et, au cours du premier trimestre du déploiement, 95 % des patients testés ont reçu leurs résultats le jour même et, parmi ceux diagnostiqués AHD, 85 % ont pu être orientés vers un traitement. Le **Nigeria** a déjà adopté, acheté et inclus le test VISITECT® dans ses plans d'approvisionnement pluriannuels pour la numération des CD4 en raison de l'amélioration du délai d'exécution et de la possibilité de l'utiliser dans des endroits difficiles d'accès. Tous les participants partagent un objectif commun : utiliser cette mise en œuvre pour favoriser l'élargissement de l'accès à la numération des CD4 et ainsi permettre un accès plus rapide et plus équitable au dépistage, à la prévention et au traitement des infections opportunistes liées à l'ADH dans leurs régions respectives.

Au-delà du test CD4, les personnes nouvellement diagnostiquées AHD doivent être dépistées pour la tuberculose et l'antigène cryptococcus (CrAg), qui teste l'antigénémie cryptococcique aboutissant à la méningite à cryptocoque, en utilisant des tests rapides facilement accessibles. CHAI a participé avec les gouvernements de sept pays à l'élargissement du dépistage de la tuberculose et de l'antigène cryptococcus (CrAg), en le rendant accessible aux établissements de santé de faible volume et en accueillant tous les pays qui cherchaient à décentraliser efficacement le dépistage du SIDA dans des centres de niveau inférieur et à faible volume.

Au **Lesotho**, CHAI a collaboré avec le ministère de la Santé pour l'aider à superviser et organiser des visites d'encadrement clinique pour les agents de santé dans certains centres AHD. Grâce à ces mesures, les tests et la numération des CD4 pour les nouveaux patients et pour les patients réalisant un nouveau contrôle ont augmenté de 57 %, le dépistage de la tuberculose (test TB LAM) de 150 % et celui du CrAg de 109 %. Au troisième trimestre 2021, 87 % des patients AHD de ces centres avaient pu passer le test de TB LAM pour la tuberculose et 93 % étaient dépistés pour la méningite à cryptocoque.

Depuis 2020, au **Zimbabwe**, CHAI aide le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance à décentraliser son pack de soins destiné à l'AHD dans 24 centres, en formant 235 agents de santé à la réalisation du test VISITECT®, au dépistage de la méningite à cryptocoque et de la tuberculose chez les patients atteints d'AHD, et à l'administration du traitement de la méningite à cryptocoque. Fin 2021, plus de 9 700 kits VISITECT, ainsi que des tests CD4, TB LAM et CrAg avaient été achetés. Pour pouvoir répondre au problème de la forte rotation du personnel au **Zimbabwe**, les partenaires ont entrepris de transférer la réalisation du test VISITECT® des infirmières vers d'autres cadres de santé, en particulier des techniciens en microscopie, des conseillers et des techniciens de laboratoire, dans le but de réduire la charge de travail des médecins. Pour cela, CHAI a soutenu un système de formation de formateurs, dans lequel des agents de santé sélectionnés participaient à une formation centralisée avant de partager ce qu'ils avaient appris avec leurs collègues dans leurs régions et leurs établissements de santé.

Elle a aussi contribué à l'introduction et au déploiement précoce de la flucytosine (5FC) et de l'amphotéricine B liposomale (L-AmB), deux médicaments essentiels recommandés par l'OMS pour traiter la méningite à cryptocoque. En **Afrique du Sud**, CHAI a travaillé avec le ministère national



Une mère et son enfant dans un établissement de santé du Malawi : administration d'un traitement DTG pédiatrique 10 mg. Photo : Lighthouse Trust.



11 183 nombre d'enfants sauvés grâce à un partenariat de dix années avec Unitaïd, notre objectif étant d'intensifier le diagnostic du VIH dans les lieux des soins

de la Santé et d'autres partenaires pour former des agents médicaux, des médecins spécialistes et des pharmaciens à la gestion de la méningite à cryptocoque et à l'administration du 5FC. Ainsi, en 2021, CHAI a contribué à la distribution de plus de 1 800 packs et à la formation de plus de 2 000 agents de santé dans neuf provinces. À ce jour, l'**Afrique du Sud**, le **Botswana**, le **Lesotho**, le **Malawi**, le **Nigeria**, l'**Ouganda**, la **Tanzanie** et le **Zimbabwe** ont tous reçu les produits les plus efficaces qui soient pour le traitement de la méningite à cryptocoque (5FC et L-AmB), et CHAI poursuit son travail auprès des partenaires d'approvisionnement pour garantir un accès durable à ces produits essentiels dans le futur.

En 2021, nous avons aidé les pays à organiser des réunions de groupes de travail techniques en ligne et en présentiel visant à vérifier que le traitement de l'AHD, et plus spécifiquement celui de la méningite à cryptocoque, demeurait une priorité dans les stratégies nationales. Par ailleurs, CHAI, en collaboration avec la Fondation CDC, le Projet ECHO et Unitaïd, a hébergé une série de webinaires traitant de l'AHD pour pouvoir fournir une formation médicale continue aux agents de santé et aux autres intervenants pendant la pandémie. Ces webinaires ont été suivis par plus de 1 200 participants pour un seul programme dans 96 pays.

En encourager des stratégies de dépistage innovantes

En 2021, CHAI a poursuivi son action d'aide aux ministères pour atténuer les impacts grandissants de la pandémie de COVID-19 sur les services de dépistage du VIH, tout en continuant à travailler avec les programmes pour mener des stratégies innovantes fondées sur des preuves.

Plus spécifiquement, CHAI a encouragé une analyse systématique des données de dépistage et de la COVID-19 pour permettre un suivi et en atténuer les perturbations. Les stratégies de réponse mises en œuvre comprenaient la transition des activités critiques vers des plateformes en ligne et l'adoption de nouveaux modèles de service de santé, comme l'autotest du VIH. Grâce à un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI a aidé le **Zimbabwe** à développer l'utilisation de l'autotest du VIH, à la fois pour lutter contre la pandémie mais aussi dans le cadre d'une stratégie à plus long terme

d'extension de l'autotest du VIH avec son intégration dans le programme national de dépistage. Elle a notamment rédigé des recommandations et organisé des formations en ligne pour de futurs formateurs. De même, en **Ouganda**, CHAI a collaboré à une formation de formateurs au niveau national sur la distribution de l'autotest du VIH. Elle a aussi participé à la révision des orientations au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, en rétablissant les services en présentiel, qui avaient été suspendus au début de la pandémie, et en distribuant l'autotest du VIH par d'autres canaux de distribution. En **Zambie**, CHAI a permis d'élargir l'accès à l'autotest en révisant les recommandations concernant ce test pendant la COVID-19 et en évaluant d'autres produits pour pouvoir offrir davantage de choix aux patients.

CHAI a également produit des preuves sur l'utilisation de l'autotest parmi les populations prioritaires, dont les adolescents, l'utilisation assistée par les soignants chez les enfants âgés de 2 à 11 ans, ainsi que les femmes enceintes et les mères allaitantes et leurs partenaires, afin de documenter la politique gouvernementale en matière de dépistage du VIH et l'élargissement des autotests. En **Ouganda**, dans le cadre d'un projet financé par le PEPFAR, des distributeurs pairs formés ont distribué des kits d'autotests du VIH à des adolescents pour leur propre usage (distribution primaire) mais aussi pour qu'ils les partagent à travers leurs réseaux sociaux (distribution secondaire). Les résultats ont permis de modifier les recommandations nationales et ainsi d'inclure les adolescents de 15 à 19 ans dans la population cible des autotests du VIH. Dans le cadre de ce projet, l'utilisation de l'autotest du VIH pour un nouveau dépistage du VIH chez la mère pendant la grossesse et après son accouchement a été démontrée au **Nigeria**. Des autotests ont été distribués aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et à leurs partenaires pour améliorer la couverture, à certains moments précis, d'un redépistage maternel conformément aux recommandations nationales. Il a ainsi été démontré que la majorité des séroconversions chez les femmes se produisaient avant 72 heures, après l'accouchement, ce qui a permis de renforcer l'engagement national en faveur de stratégies visant à améliorer la couverture d'un nouveau dépistage pour la mère, y compris avec l'utilisation des autotests du VIH.

Enfin, avec le soutien de la Fondation ELMA, au **Nigeria**, CHAI a participé au déploiement des autotests pour les enfants (avec l'aide de soignants) via des services de dépistage agréés, pour les adolescents et les jeunes via leurs pairs, et pour les femmes enceintes et les mères allaitantes via les accoucheuses traditionnelles des communautés. Même si le taux de participation s'est révélé faible, les résultats sont prometteurs avec 85 % des personnes qui se soumettaient pour

la première fois à un autotest et un taux de positivité chez les adolescents de 3,4 %.

Le dépistage du VIH stimule la demande de traitement, mais aussi la demande pour des interventions de prévention telles que la PrEP, qui peut réduire considérablement le risque d'infection. Compte tenu des écarts importants en matière d'accès au traitement et à la prévention, il devient primordial d'aider les pays à renforcer leurs programmes nationaux de dépistage du VIH. CHAI a travaillé avec des parties prenantes nationales et mondiales pour trouver un consensus sur des stratégies de dépistage du VIH fondées sur des données qui permettront aux pays d'atteindre leurs objectifs de traitement et de prévention auprès de leur population. Pour cela, elle a diffusé les conclusions d'une évaluation d'un outil de dépistage pour adultes en **Ouganda** qui a démontré les challenges et les limites de l'utilisation d'outils d'identification des risques basés sur des données écrites pour filtrer des personnes dans le dépistage du VIH dans les établissements de santé. En guise d'alternative, CHAI a modélisé l'impact de la distribution d'autotests du VIH aux patients qui se rendent dans des établissements de santé de manière à améliorer l'accès au dépistage et à réduire la charge de travail des agents de santé. Les résultats de cette modélisation ont conduit à un partenariat avec l'**Ouganda** et le **Zimbabwe** pour explorer la faisabilité opérationnelle de ce modèle de service pour améliorer le recours au dépistage parmi les patients tout en réduisant la charge de travail des agents de santé.

Au cours de la pandémie de COVID-19, il s'est avéré encore plus indispensable d'augmenter le diagnostic précoce du nourrisson dans les lieux des soins pour garantir l'obtention des résultats au plus vite et pouvoir éventuellement les orienter vers les soins nécessaires à un moment de grande perturbation des services. CHAI a aidé les ministères à renforcer et à étendre l'utilisation du diagnostic précoce du nourrisson dans les lieux des soins au **Nigeria**, en **Tanzanie**, en **Ouganda** et en **Zambie**, dans le cadre d'un projet financé par le PEPFAR. Au total, elle a contribué à la distribution stratégique et à l'activation de 158 dispositifs dans les lieux des soins dans ces pays. Pour encourager leur utilisation, CHAI a proposé une formation globale aux agents de santé et un encadrement de routine, a renforcé la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour rendre les stocks disponibles, et a amélioré la connectivité des données dans les centres pour permettre un suivi national. Afin d'encourager la demande de diagnostics précoces du nourrisson et compléter ce projet, elle a participé à l'élaboration d'outils visant à identifier les nourrissons exposés au VIH en d'autres points d'entrée et a développé des outils de suivi mère-nourrisson pour améliorer la rétention des mères et des nourrissons

jusqu'à la fin de la période des diagnostics précoces. Dans l'ensemble des pays du programme, la proportion nationale de nourrissons testés pour le VIH dans les lieux des soins a doublé, en partie grâce à la contribution de CHAI à ce projet.

CHAI aide également les pays partenaires à identifier et à mettre en œuvre des stratégies de dépistage ciblées dans les établissements de santé et dans les communautés afin d'identifier les enfants les plus à risque, plus âgés et plus difficiles à atteindre, qui devraient être dépistés en priorité pour le VIH. En **Zambie**, avec l'aide de la Fondation ELMA, nous avons contribué à développer, valider et établir la faisabilité opérationnelle d'un dépistage du risque HIV pédiatrique symptomatique via trois phases d'étude. L'étude a été réalisée dans des services à haut volume de 30 établissements de santé publique sélectionnés au hasard, auprès de 11 266 enfants de 18 mois à 14 ans. Six questions qui présentaient une sensibilité élevée de 84,6 % et une spécificité de 64,6 % ont été sélectionnées pour être incluses dans l'outil. Grâce à cet outil de dépistage, seuls les enfants identifiés par l'outil comme étant à risque sont testés, ce qui réduit de 60 % le nombre d'enfants qui doivent être testés pour permettre d'identifier un seul enfant séropositif, passant de 76 à 32. Cet outil va renforcer l'efficacité des tests dans les services à volume élevé et améliorera le dépistage global des cas de VIH pédiatrique, sous réserve d'être utilisé conjointement avec d'autres stratégies de dépistage pédiatrique éprouvées.

Nos projets

Pour pouvoir contrôler durablement l'épidémie et améliorer et sauver la vie des personnes qui vivent avec le VIH ou sont à risque, CHAI souhaite avoir un impact transformationnel en : accélérant le développement et l'introduction de produits et de services très efficaces contre le VIH, travaillant en partenariat avec les gouvernements et les communautés pour construire des systèmes de santé solides, durables et équitables, et en appliquant le principe de veiller à ce que les personnes, quelles qu'elles soient et où qu'elles vivent, soient au centre de la riposte au VIH.

ÉQUIPES TRANSVERSALES D'EXPERTS :

Diagnostics

Nos programmes ont pour objectif de sauver des vies et de réduire les maladies, tout en aidant les gouvernements à créer des systèmes de santé durables. À cet effet, notre équipe d'experts scientifiques, commerciaux et techniques travaille main dans la main avec les équipes de programme et les équipes pays au sein de notre organisation pour atteindre cet objectif. Tout au long de ce rapport, nous allons mettre en avant la collaboration qui s'est établie entre ces équipes transversales et nos équipes chargées des programmes et des pays.

Un bon diagnostic repose sur un juste équilibre entre une technologie abordable et de qualité et un système de santé efficace. L'équipe mondiale en charge des diagnostics aide les pays à améliorer leurs laboratoires et leurs infrastructures de dépistage et à introduire et développer de nouvelles technologies pour que les patients puissent être correctement et rapidement diagnostiqués afin de commencer leur traitement au plus vite.

En 2021, l'équipe Diagnostics a travaillé en étroite collaboration avec d'autres équipes CHAI chargées des programmes et des pays pour fournir des produits servant à diagnostiquer et à réaliser un suivi de la COVID-19, du VIH, de la tuberculose (TB), du cancer du col de l'utérus, du paludisme, du diabète et de l'hépatite.

Définir les bons outils pour notre projet

Nous comblons les déficits critiques des services de dépistage en mettant en œuvre des systèmes de diagnostic de qualité, en particulier pour les soins de santé primaires. C'est à travers la génération de preuves et une adoption porteuse que nous y parvenons. Ce sont ensuite les gouvernements qui dirigent la mise à l'échelle de ces technologies et de ces systèmes déjà éprouvés, au niveau de leur pays.

En 2021, nous avons conclu un partenariat de 10 ans avec Unitaid pour développer et intensifier le diagnostic du VIH dans les lieux des soins (POC) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ce partenariat regroupe 12 pays, dont le **Cameroun**, la République démocratique du Congo, l'**Éthiopie**, le **Kenya**, le **Malawi**, le **Mozambique**, le **Sénégal**, la **Tanzanie**, l'**Ouganda** et le **Zimbabwe**, et a déjà connu un certain nombre de succès majeurs. Le travail réalisé sur l'offre et la demande du marché a abouti à la création d'un marché de dépistage du VIH dans les lieux des soins en Afrique subsaharienne. Il a notamment permis de mettre à portée du lieu de vie de centaines de milliers de patients, les tests de numération des CD4, les diagnostics précoces du nourrisson et les tests de charge virale et de réduire considérablement les délais d'obtention des résultats pour ces tests accélérant

ainsi l'accès aux traitements pour les personnes en ayant besoin.

On estime que, grâce à l'intensification des diagnostics précoces du nourrisson dans les lieux des soins, ce projet a sauvé la vie de 11 183 enfants entre 2016 et 2021. D'ici 2025, ce projet devrait permettre de sauver la vie de près de 54 000 enfants. Par ailleurs, le projet a aidé nos 12 pays partenaires à économiser plus de 18 millions USD entre 2016 et 2021, chiffre qui devrait quasiment être multiplié par quatre et atteindre plus de 68 millions USD d'ici 2025. Ces économies sont en grande partie dues à l'introduction d'un coût forfaitaire convenu avec la plateforme de dépistage Hologic et à la réduction du prix des tests sur les lieux des soins.

Pour appuyer l'expansion du marché, CHAI a régulièrement contrôlé et évalué nos activités, en produisant des études sur l'impact des tests moléculaires dans les lieux des soins sur le diagnostic précoce des nourrissons, le suivi de la charge virale et la faisabilité de l'intégration des tests de dépistage de la tuberculose et du VIH sur la même plateforme GeneXpert. Les preuves générées par ces études ont contribué à la mise à jour des directives sur le VIH de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En 2021, nous avons également apporté notre soutien à des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus et la tuberculose. Par exemple, au **Zimbabwe**, les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés traditionnellement avec un médecin recherchant une éventuelle lésion précancéreuse connaissaient un succès limité. Cette situation s'explique par la pénurie d'agents de santé pouvant réaliser ce type de frottis or, parmi les patients, nombreuses sont celles qui préfèrent procéder à un auto-prélèvement. CHAI a pu démontrer que les prélèvements effectués par un médecin et les auto-prélèvements réalisés par les patientes dans les établissements de santé publique au **Zimbabwe** étaient tous deux valables. Le ministère de la Santé de ce pays recommande désormais l'auto-prélèvement comme pratique systématique et ce changement de politique devrait permettre d'améliorer l'accès au dépistage, en particulier parmi les femmes vivant dans des communautés mal desservies.

À la demande de la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI a travaillé avec des parties prenantes en **Inde** et en **Afrique du Sud** pour évaluer le potentiel des futurs outils de diagnostic de la tuberculose, écouvillonnage de la langue pour le prélèvement d'échantillons, le test de flux latéral TB-LAM ou le test d'acide nucléique (moléculaire) dans les lieux des soins. Notre modèle a montré qu'une adoption généralisée de l'écouvillonnage de la langue et du test moléculaire dans les lieux des soins pourrait élargir l'accès au dépistage et permettrait d'augmenter de 24 % la détection dans les deux pays. Ces conclusions ont permis d'orienter les investissements en matière de développement de produits et pourraient servir de base à une future extension des programmes.

Renforcer le dépistage de la COVID-19

CHAI a continué à jouer un rôle de premier plan dans le monde et au sein de ses pays partenaires pour orienter les mesures fortes prises pour lutter contre la COVID-19. Au niveau mondial, elles se sont basées sur un accord conclu en 2020 qui fixait le prix des tests antigéniques rapides au prix de 5 USD pour les pays à revenu faible et intermédiaire, ce prix ayant depuis été baissé à 3,50 USD. Nous avons travaillé avec 18 pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie, ainsi qu'au niveau régional en Amérique latine, pour aider leur gouvernement à favoriser l'introduction et l'augmentation de services de dépistage de la COVID-19. Nos efforts ont dynamisé l'achat de plus de 31,9 millions de tests antigéniques de la COVID-19 qui ont joué un rôle essentiel parmi les mesures fortes prises au niveau mondial pour lutter contre cette pandémie. Par exemple, au **Cambodge**, la COVID-19 a mis à rude épreuve l'infrastructure des laboratoires, mais la pandémie a également démontré la capacité du pays à renforcer ses besoins en diagnostic tout en maintenant ses services de routine. CHAI aide le ministère de la Santé à intégrer les tests de la COVID-19 dans ses systèmes de laboratoire sur le long terme, tout en renforçant ses capacités de diagnostic pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, entre autres maladies. En 2021, nous avons évalué les besoins pour obtenir un panorama du réseau de laboratoires du pays qui a permis de documenter les plans du gouvernement destinés à intégrer davantage de services.

Optimiser les réseaux de laboratoires

L'optimisation des réseaux de diagnostic consiste en une approche analytique destinée à mieux aligner la demande sur la capacité de dépistage. L'objectif est d'optimiser le type, le nombre et l'emplacement des services de diagnostic et des réseaux d'orientation des patients qui, ensemble, peuvent offrir aux patients un meilleur accès aux services et raccourcir les délais d'obtention des résultats, tout en renforçant l'efficacité et en aidant les budgets gouvernementaux limités à

générer des progrès. En 2021, CHAI a collaboré avec les ministères de la santé de la RDC, du **Rwanda**, du **Sénégal**, de l'**Ouganda** et du **Zimbabwe** pour optimiser leurs réseaux de diagnostic en mettant l'accent sur l'intégration de services de dépistage du VIH dans les lieux des soins. Les recommandations qui en résultent prévoient le déplacement de certains dispositifs et leur modernisation, une nouvelle mise en œuvre optimale de la capacité de dépistage et des modifications en matière d'orientation des patients dans le but d'optimiser l'utilisation des dispositifs et de réduire les parcours des prélèvements effectués. La modification des réseaux a permis d'obtenir des résultats plus rapidement grâce à la diminution des temps de trajets des prélèvements et du désengorgement des centres de dépistage. Ces recommandations ont été approuvées et leur mise en œuvre est en cours en RDC, au **Rwanda** et au **Zimbabwe**.

La Plateforme africaine de diagnostic de santé (AHDP) cherche également à accroître la capacité et l'efficacité des systèmes de laboratoires publics en encourageant des partenariats avec des entreprises privées. D'abord financé par la Fondation Bill & Melinda Gates en **Éthiopie**, au **Ghana**, au **Rwanda** et au **Kenya**, ce projet a été étendu en 2021 pour inclure l'aide de la Banque européenne d'investissement et pouvoir réaliser un travail similaire en RDC, en **Côte d'Ivoire**, au **Malawi** et au **Burkina Faso**. Dans le cadre de ce projet, nous avons par exemple travaillé avec le gouvernement du **Ghana** pour mener la première enquête nationale de référence sur la drépanocytose et déployer le premier programme national de dépistage de cette maladie chez les nouveau-nés.

Au **Burkina Faso**, et avec le financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, CHAI a mené la plus grande enquête jamais réalisée dans le pays sur le secteur des laboratoires au cours de la dernière décennie. Cette enquête a permis d'évaluer les opérations, la capacité en ressources humaines, la qualité des services et des équipements, et la gestion des déchets biomédicaux dans plus de la moitié des laboratoires du pays. Les données obtenues serviront à documenter la stratégie du ministère de la Santé pour les années à venir, y compris la manière de mieux intégrer des partenariats avec le secteur privé.

Nos projets

Les succès remportés en 2021 ont jeté les bases du travail plus approfondi qui nous attend l'an prochain avec la volonté d'améliorer encore ces réseaux de diagnostic, pour que les pays bénéficiaires de CHAI puissent compter sur des laboratoires de mieux en mieux intégrés et rentables et qu'ils puissent ainsi garantir à leurs patients des diagnostics rapides, abordables et fiables.

Paludisme et maladies tropicales négligées

Près de la moitié de la population mondiale est exposée au risque de contracter le paludisme. Cette maladie tue plus de 400 000 personnes chaque année, les enfants de moins de cinq ans représentant la majorité des décès. Les femmes enceintes, les personnes qui vivent avec le VIH, les populations mobiles et les voyageurs sont également des groupes à haut risque. C'est en Afrique subsaharienne que l'on trouve la majorité des cas de paludisme et des décès mais l'Asie du Sud-Est, le Pacifique occidental et certaines régions du continent américain sont également vulnérables. La distribution de moustiquaires et la pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des habitations dans le but de tuer ou du moins de bloquer les moustiques qui transmettent le paludisme, mais aussi l'amélioration des tests et l'efficacité des traitements, ont permis de réduire de 30 % le nombre de décès dus au paludisme depuis 2010. Ces avancées se voient toutefois menacer par la résistance aux médicaments et aux insecticides, par la hausse des prix des nouveaux outils plus efficaces et par une dépendance permanente du financement des donateurs.

CHAI soutient plus de 20 gouvernements d'Afrique, d'Amérique latine, des Caraïbes, et d'Asie du Sud-Est, pour les aider à renforcer leurs systèmes de surveillance, qui leur permet de collecter et d'analyser en temps utile des données de qualité et d'augmenter la qualité et la couverture des services de prise en charge des cas et de la lutte antivectorielle.

Le territoire couvert par CHAI pour la lutte contre le paludisme s'est encore étendu en 2021. Elle a intensifié sa lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest, où la charge de morbidité est l'une des plus élevées au monde et a consacré une aide dédiée à l'Angola et à la Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) pour la première fois. En juillet 2021, la région d'Escuintla, au Guatemala, qui bénéficiait du soutien de CHAI, n'a connu aucun cas de paludisme pour la première fois. Il s'agit de la région d'Amérique centrale qui enregistrait autrefois le plus grand nombre de cas de paludisme. Ainsi cet État a remporté en 2021 le titre de champion des Amériques de la lutte contre le paludisme décerné par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). Aujourd'hui, le Cambodge et le Vietnam sont tous deux sur le point de connaître une baisse spectaculaire de 70 % du nombre de cas en 2021, ce qui leur permettra

d'éliminer à court terme le *Plasmodium falciparum* résistant aux médicaments.

Fort de ces succès, CHAI applique désormais la même approche pour apporter sa contribution aux programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) en les incitant à mieux utiliser les données pour prendre des décisions efficaces. Notre travail en matière de santé numérique dans tous les domaines de la maladie s'est renforcé et a gagné en intégration.

Renforcer la surveillance et l'analyse des données

Les dispositifs de surveillance systématiques sont essentiels au bon fonctionnement de la méthode fondée sur des preuves qui a pour objectif de réduire la transmission du paludisme. L'intégration d'informations de qualité sur les territoires touchés par le paludisme et celle de données très précises sur les vecteurs du paludisme, les interventions et les produits utilisés, sont nécessaires dans le cadre d'un programme de lutte antipaludique pour pouvoir surveiller les tendances et la transmission. De plus, les programmes permettent d'évaluer facilement les lacunes en matière de couverture des interventions et de disponibilité des produits, d'observer les comportements des moustiques vecteurs et d'évaluer les méthodes qui fonctionnent ainsi que les points qui doivent être améliorés. CHAI aide les gouvernements à produire en temps utile des rapports complets et de qualité sur le paludisme en élaborant des politiques de surveillance et des directives ainsi que des outils de procédures opérationnelles standard et de collection des données. Pour cela, elle contribue à l'établissement de cartographies des données géospatiales ou des coordonnées géographiques des établissements de santé et des sources de transmission ainsi que des populations à risque. De même, elle les aide à concevoir, développer et déployer de meilleurs outils informatiques permettant d'émettre en temps utile des rapports sanitaires complets accompagnés d'une bonne visualisation des données.

L'année 2021 a été très riche pour CHAI en termes de progrès réalisés dans l'informatique de la santé. Elle a notamment bien avancé sur le terrain de la numérisation du suivi et de l'évaluation (M&E) de la

pulvérisation d'insecticide à effet rémanent (IRS) et des campagnes de moustiquaires, ainsi pour l'intégration de campagnes de santé publique pour le paludisme, la vaccination, les MTN, et d'autres campagnes.

Au Mozambique, CHAI a accéléré la production de rapports dans le nouveau système intégré de stockage des informations relatives au paludisme (iMISS), l'outil de centralisation, de gestion et d'analyse des données sur le paludisme. Elle a développé des guides de révision des données et contribué à la simplification et à la mise à niveau des tableaux de bord de l'iMISS afin d'améliorer l'appropriation des données et des boucles systématiques examen/retour d'expérience. Par ailleurs, une subvention pour la surveillance intégrée a permis de développer et de déployer un système électronique intégré de surveillance et de riposte aux maladies (IDSR) dans plus de 1 700 établissements de santé (dans 161 districts) répartis dans tout le pays. Ce système recueille des données sur le paludisme, la COVID-19 et d'autres maladies à déclaration obligatoire. Lorsque le système sera fonctionnel, il résoudra les problèmes récurrents de fragmentation des données et permettra une transmission rapide des données des établissements de santé aux niveaux des districts et du pays.

En Afrique du Sud, CHAI est intervenue pour parvenir à un accord autorisant, pour la première fois, les agents de santé communautaire (ASC) à effectuer des tests du paludisme. Elle a également formé plus de 65 membres de l'équipe de gestion et de programme de surveillance du paludisme, notamment des assistants d'hygiène sociale, des responsables de l'information, des personnes chargées de la saisie des données et des entomologistes, afin qu'ils apprennent à bien faire la différence entre les cas locaux et les cas importés, cet aspect étant indispensable dans un programme d'élimination du paludisme. Ces formations ont permis d'améliorer la qualité des données de surveillance entomologique recueillies par les équipes, et par conséquent les décisions du programme.

Au Zimbabwe, CHAI a participé aux mises à jour de l'outil DHIS2 de surveillance basée sur les cas dans les districts sur le point d'éliminer le paludisme, ce qui a abouti à une amélioration du taux d'investigation des cas de 62 % en 2020 à 85 % d'ici la fin de 2021 pour pouvoir ainsi limiter la transmission de la maladie. Le pays a ainsi pu disposer de données de surveillance basées sur les cas pour créer un bulletin hebdomadaire d'élimination. Celui-ci est partagé avec les responsables de district et de province, favorisant ainsi un retour d'information et une riposte rapide en cas de recrudescence des cas de paludisme. Cette aide porteuse assurera la durabilité de la prise de décision fondée sur des preuves pour pouvoir riposter en cas d'épidémies dans les zones sensibles au paludisme.



En juillet 2021, la région bénéficiaire de CHAI, Escuintla, au Guatemala, parvient pour la première fois à **zéro cas de paludisme** devenant ainsi, pour l'OPS, le champion d'Amérique latine de la lutte contre la paludisme

CHAI a ainsi formé 30 responsables de district et 25 responsables de province à l'utilisation du tableau de bord DHIS2 sur la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent (IRS) afin d'évaluer les données en temps réel pour la prise de décision pendant les saisons de pulvérisation.

Améliorer la qualité et la couverture des services de prise en charge des cas

CHAI a pour objectif d'améliorer l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité en aidant les pays à établir des priorités, à planifier et à évaluer des activités visant à renforcer la prise en charge du paludisme en fonction du contexte. En effet, selon le contexte, ces mesures consistent notamment à aider les gouvernements à simplifier la distribution des produits en intégrant des systèmes d'information sanitaire et de données logistiques, à introduire des outils et des processus pour améliorer les pratiques de prise en charge des cas, à la fois dans le secteur public et les établissements privés, ainsi qu'à améliorer la conception et la gestion de programmes pour les agents de santé communautaires.

Au Laos, CHAI a développé un nouveau tableau de bord national permettant de quantifier les produits antipaludiques sur DHIS2, ainsi qu'une méthodologie de calcul des stocks, qui a permis d'améliorer de 11 % la prévision de la consommation. Elle a formé l'équipe du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), dont les agents de santé de plus de 1 200 centres, à l'utilisation du tableau de bord des examens systématiques. Après un an d'utilisation, nous avons ainsi pu constater une amélioration de 14 % en termes d'approvisionnement malgré les interruptions dues à la COVID-19. Par ailleurs, CHAI a contribué à l'élimination progressive du système de données sur les stocks (ODK), obsolète et dupliqué, utilisé par le PNL du Laos, ce qui a permis d'améliorer de 12 % la délivrance de rapports sur les niveaux de stocks (de 79 %) dans les neuf mois suivant la transition.

En collaboration avec le Center for Malaria, Parasitology, and Entomology (CMPE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), CHAI a aidé à affiner les outils de collecte de données et les directives en vue du déploiement national du traitement radical du *Plasmodium vivax*, qui tue les parasites dormants du moustique dans le foie des personnes

infectées. À la suite du projet pilote mené dans 385 établissements de santé, elle a facilité le déploiement national du test quantitatif G6PD, qui permet de vérifier si la primaquine, le traitement de guérison radicale du paludisme à P. vivax, est toxique pour certaines personnes. CHAI a également travaillé avec le programme national pour développer des aides à l'emploi et des supports de formation et installer un tableau de bord de suivi des indicateurs de guérison radicale pour des examens mensuels afin de surveiller la couverture, la conformité avec les directives nationales en matière de traitement et de dépistage, et d'identifier les problèmes d'ordre opérationnel. Le pourcentage de patients atteints du paludisme à P.vivax ayant été testés avec le G6PD est passé de 34 % en janvier 2021 à 78 % en septembre 2021.

Au **Burkina Faso**, le programme national de lutte contre le paludisme et les partenaires techniques ont dû répondre à plusieurs défis en ce qui concerne l'outil de prévision des produits antipaludiques. Les données étaient en effet analysées dans des documents séparés et saisies manuellement dans l'outil. Il était par conséquent difficile de mettre à jour les calculs et les hypothèses chaque année. De plus, des versions en conflit de l'outil étaient utilisées simultanément, ce qui compliquait encore la fiabilité des résultats. Pour y remédier, CHAI a développé un nouvel outil basé sur la même méthodologie générale, mais plus facile à mettre à jour d'une année sur l'autre. Il contient des formules de validation, la saisie manuelle des données est réduite à son minimum et il propose des graphiques et des tableaux qui aident les utilisateurs à visualiser les tendances et à obtenir des informations pour la prise de décision. CHAI et le PNLP ont testé cet outil pour s'assurer de sa fonctionnalité et des résultats obtenus qui devaient être conformes à ceux de l'outil précédent tout en offrant un format plus convivial et plus automatisé. La formation de l'équipe chargée de la chaîne d'approvisionnement du PNLP à ce nouvel outil a lieu au premier trimestre 2022, juste avant que le PNLP effectue officiellement la transition vers cet outil.

CHAI a aussi aidé le PNLP à mobiliser des ressources pour former des agents de santé communautaires (ASC) afin qu'ils puissent travailler dans ce domaine en toute sécurité pendant l'épidémie de COVID-19. Elle a acheté des équipements de protection individuelle pour une valeur de plus de 300 000 USD, dont des masques chirurgicaux, des masques en tissu, des écrans faciaux, des gants chirurgicaux, des désinfectants pour les mains et des seaux pour le lavage des mains. Elle a ainsi équipé plus de 5 300 agents de santé communautaires qui travaillent auprès d'environ deux millions de personnes.

En **République dominicaine**, le réseau d'ASC que nous avons aidé à implanter et à gérer a contribué à la réduction de l'incidence totale du paludisme dans le pays, qui est passée de 92 % en 2019 à 40 % en 2021, en grande partie soutenue par la diminution des cas de paludisme dans les régions de La Cienaga et de Los Tres Brazons, toutes deux bénéficiaires de CHAI.

En 2021, CHAI a également achevé un projet de trois ans en faveur de l'accès des communautés à l'artésunate rectal (CARAMAL), projet financé par Unitaid, d'une durée de trois ans, visant à introduire l'artésunate rectal, le médicament recommandé avant l'orientation des enfants atteints de paludisme grave, auprès de 8000 ASC en RDC, en **Ouganda** et au **Nigeria**. La coalition de partenaires dirigée par CHAI a montré qu'à la fin du projet, plus de 80 % des enfants recevaient de l'artésunate rectal au niveau communautaire.

Améliorer la qualité et la couverture de la lutte antivectorielle et de la chimioprévention

CHAI aide les pays à sélectionner les bons outils, pour les bonnes activités et au bon endroit. Elle permet aux pays de cibler les produits de lutte antivectorielle de nouvelle génération en s'appuyant pour cela sur des études rigoureuses sur le comportement des moustiques, leur environnement et leur réaction face aux insecticides. CHAI aide également les programmes antipaludiques à renforcer des processus de mise en œuvre des interventions de lutte antivectorielle efficaces et de qualité, y compris à travers la création de plans opérationnels détaillés, la documentation des processus d'approvisionnement et le respect des calendriers de processus d'appel d'offres compliqués pour éviter les retards de livraison des produits.

Au niveau mondial, CHAI a lancé la première des cinq années du projet mondial de prévision des produits antipaludiques, qui a pour objectif de fournir aux donateurs, aux fabricants et aux autres parties prenantes des informations claires sur le panorama du marché des produits antipaludiques, tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les insecticides, les traitements et les diagnostics. Elle a publié à cet effet les premières prévisions annuelles d'achats à court terme avec des projections d'achats financés par les donateurs pour les un à trois ans à venir sur une gamme de produits de prise en charge des cas et de lutte antivectorielle, ventilés par type de produit, désormais hébergés sur le tableau de bord mondial du paludisme du RBM. CHAI a par ailleurs compilé son premier rapport détaillé sur le marché des moustiquaires au butoxyde de pipéronyle (PBO) afin de rendre compte de façon synthétique des recherches actuelles sur l'utilisation de ces moustiquaires PBO et de contribuer au débat international en cours

autour de la future probable direction qui sera prise concernant ce type de moustiquaires.

CHAI a aidé les programmes de lutte contre le paludisme du **Mozambique** et de la **Namibie** à accéder aux fonds du dispositif de riposte à la COVID-19 du Fonds mondial pour qu'ils puissent adapter et maintenir la distribution de moustiquaires, les campagnes de pulvérisation d'insecticide à effet rémanent, et numériser la collecte de données et les rapports sur la campagne de moustiquaires 2021. En **Namibie**, CHAI a contribué à décentraliser la microplanification des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent afin de faciliter une formation plus sûre pour les agents de pulvérisation. Elle a convaincu le programme de lutte contre le paludisme du **Mozambique** d'augmenter la fréquence de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, qui passe de trois ans (fréquence standard) à deux ans et demi, sur la base de données montrant que la durée de vie des moustiquaires était plus courte que prévu et que l'utilisation prolongée des moustiquaires augmentait le nombre de cas de paludisme. CHAI a également répondu à l'urgence humanitaire à Cabo Delgado et aux défis qui se présentaient en matière d'accès aux soins et de prévention pour plus de 600 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays, dans l'une des régions les plus endémiques du monde en matière de paludisme. Elle a aidé le PNLP à coordonner une campagne d'urgence d'administration massive de médicaments, qui a abouti à la livraison de plus de 400 000 traitements antipaludiques aux personnes déplacées afin de supprimer le paludisme avant qu'il ne ressurgisse.

Au **Panama**, CHAI a travaillé avec le ministère de la Santé pour renforcer la qualité et la planification des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent aux niveaux central et régional en effectuant des tests de qualité et de durabilité sur ces pulvérisations dans une région du pays. Elle a aidé le programme de lutte contre le paludisme à développer et à mettre en œuvre des modèles de microplanification des pulvérisations à effet rémanent, un manuel d'instruction pour encourager cette planification, et un guide pratique pour la mise en œuvre de ces pulvérisations qui comprend les directives de l'OMS pour leur supervision, la technique de pulvérisation, le calibrage des pompes de pulvérisation, la préparation de la maison et la mobilisation de la communauté. Elle a aussi dispensé des formations aux agents de santé sur la mise en œuvre de la surveillance entomologique et contribué à la mise à jour des directives sur le paludisme et la

quantification nationale des besoins matériels pour la surveillance entomologique, y compris en termes de ressources humaines et d'équipement.

Nos projets

Les maladies tropicales négligées (MTN) forment un groupe divers comprenant plus de 20 maladies infectieuses qui affectent plus d'un milliard de personnes dans le monde. Les MTN se retrouvent souvent sur le même terrain géographique que le paludisme et la plupart sont transmises de la même manière par des vecteurs tels que les moustiques et les mouches. Cette constatation montre que leur prévention peut passer par des mesures similaires à celles utilisées pour lutter contre le paludisme. Aujourd'hui, parmi les mesures les plus fortes prises pour lutter contre les MTN on retrouve la chimiothérapie préventive via l'administration massive de médicaments, la distribution à la population concernée de médicaments tels que l'ivermectine et l'albendazole pour guérir et prévenir cinq maladies : la filariose lymphatique, la schistosomiase, l'helminthiase transmise par contact avec le sol, l'onchocercose et le trachome.

Parce qu'ils sont soumis à d'importantes contraintes financières, les programmes nationaux de lutte contre les MTN doivent prendre des décisions fondées sur des données qui permettent d'améliorer la planification stratégique, de renforcer la surveillance et comprendre sur quels territoires la transmission persiste, de mieux cibler les campagnes et les déployer uniquement sur les territoires où elles auront le plus grand impact et de bien les gérer pour s'assurer que ces programmes coûteux atteindront leurs objectifs. Pendant des années, CHAI a aidé les programmes gouvernementaux de lutte contre le paludisme à corriger exactement les mêmes problèmes. Il nous semble donc logique d'appliquer maintenant ces efforts aux programmes de lutte contre les MTN pour qu'ils puissent à leur tour bénéficier d'une meilleure surveillance, d'outils numériques, d'une modélisation et d'une cartographie, ainsi que d'une meilleure gestion.

Dans la continuité de notre travail sur le paludisme et dans le but de réduire la charge de morbidité des MTN évitables et traitables, nous avons commencé à aider ces programmes de lutte contre les MTN en particulier pour une meilleure collecte et une meilleure utilisation de leurs données visant à les rendre plus performants.



**TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE
DE NOTRE ÉQUIPE**

Dalavone Sengamphay PSM

Responsable du programme TB/VIH, Laos

Avant de rejoindre CHAI, il y a maintenant cinq ans, j'ai travaillé pendant plus de 12 ans au ministère de la Santé du Laos pour le bureau du principal bénéficiaire du Fonds mondial. Au sein de ce bureau national, je faisais partie de l'équipe chargée de superviser la chaîne d'approvisionnement du pays pour les produits de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Nous devons vérifier l'approvisionnement régulier du pays en médicaments et en produits de diagnostic pour les maladies transmissibles. En dépit des efforts considérables réalisés par une équipe pourtant nombreuse, les résultats de la chaîne d'approvisionnement nationale étaient constamment médiocres. Nous nous trouvions face à des ruptures de stock dans certaines régions du pays, alors que les produits nécessaires étaient en train de périmé dans un entrepôt situé dans une autre partie du pays. Sur une période de cinq ans, nous avons dû détruire pour plus de 4 millions USD de médicaments parce qu'ils étaient périmés, soit plus de deux ans de traitement pour toutes les personnes qui vivent avec le VIH.

Tous les six mois, nous passons plusieurs semaines à récupérer les rapports de la chaîne d'approvisionnement rédigés sur papier par les 18 provinces et les 148 districts du pays et à analyser ces données manuellement pour évaluer les performances de la chaîne d'approvisionnement nationale. Une fois ces vérifications effectuées, nous pouvions effectivement constater les problèmes mais ne disposions que de trop peu de temps pour les résoudre avant le démarrage du nouveau processus de collecte des données. Au cours de cette période, mes collègues et moi avons vu passer de nombreux projets ambitieux destinés à améliorer la

logistique d'approvisionnement des médicaments et des diagnostics. Malheureusement, la plupart d'entre eux ont échoué. Lorsque le projet CHAI a débuté en 2014, je pensais que les choses n'allaient pas beaucoup changer mais j'ai rapidement constaté que CHAI adoptait une approche différente.

En travaillant en étroite collaboration avec le gouvernement et en examinant le problème de manière globale, l'équipe CHAI a pu obtenir un retour d'expérience continu et ainsi traiter avec succès les causes profondes des défaillances de la chaîne d'approvisionnement. Une équipe « super-utilisateur » du projet, formée de parties prenantes du ministère de la Santé, a conçu et guidé la mise en œuvre du projet dès ses prémices. En tant que membre de l'équipe, j'ai contribué à définir la chaîne d'approvisionnement existante et les lacunes, à identifier les problèmes communs aux programmes de lutte contre les maladies et à élaborer des solutions adaptées au contexte du Laos. Nous avons beaucoup expérimenté, en conservant les idées qui fonctionnaient bien et en écartant celles qui ne fonctionnaient pas. Ensemble, nous avons choisi et modifié un système électronique d'information de gestion logistique, appelé mSupply, pour qu'il devienne le pilier des informations relatives à la chaîne d'approvisionnement du pays. En l'espace d'un an, nous avons mis en œuvre le système mSupply dans plusieurs sites pilotes et avons entamé un processus d'amélioration continue pour pouvoir ensuite l'étendre rapidement à l'échelle nationale. En quatre ans, ce projet pilote a été étendu à tous les sites nationaux, y compris dans les entrepôts de district et de province du pays. Les rapports rédigés sur papier ont disparu du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement du pays. Les produits périmés et les ruptures de stock ont été considérablement réduits.

À mi-chemin du projet, j'ai officiellement rejoint l'équipe CHAI en tant que responsable de programme et, depuis, j'ai pris davantage de responsabilités et ai développé mes compétences en supervisant le système de la chaîne d'approvisionnement du Laos. Je suis ainsi passé du statut de membre du personnel technique dédié à une fonction à celui de manager responsable d'une équipe.

Aujourd'hui, je pense que la chaîne d'approvisionnement nationale peut être encore largement améliorée, notamment au niveau des pharmacies des hôpitaux. Nous pouvons améliorer l'utilisation des données de la chaîne d'approvisionnement pour traiter des aspects critiques comme la prise en charge de la résistance aux antimicrobiens et garantir la disponibilité de médicaments de haute qualité et rentables pour les patients. Je suis enthousiaste à l'idée de continuer à jouer un rôle essentiel au sein d'une équipe CHAI qui aide le gouvernement du Laos à mener à bien les changements transformationnels aujourd'hui et pour l'avenir. ●



Maka Gombe, de l'équipe CHAI, auprès d'un patient ayant accepté d'échanger sur le protocole 3HP à Harare, Zimbabwe. Photo : Eugene Ncube.

Tuberculose

La tuberculose (TB) est la deuxième cause de décès par maladie infectieuse après la COVID-19 dans le monde. Les personnes malades de la tuberculose vivent avec la forme active de la maladie. Cependant, de nombreuses personnes peuvent être infectées sans le savoir. Dans le monde, on estime que 1,7 milliard de personnes vivent avec une tuberculose latente, généralement sans symptômes. En l'absence de traitement, 5 à 10 % de ces personnes développeront une tuberculose active. Cependant, les personnes dont le système immunitaire est affaibli, notamment les personnes qui vivent avec le VIH, souffrent de malnutrition ou de diabète, ainsi que les fumeurs, ont un risque beaucoup plus élevé de tomber malades. Le traitement de la tuberculose latente est essentiel pour prévenir le développement et la propagation de l'infection active.

CHAI travaille sur des solutions. Nous voulons prévenir la maladie en accélérant l'adoption de traitements plus courts pour la tuberculose latente, en particulier chez les personnes qui vivent avec le VIH et les enfants, en améliorant le dépistage de la tuberculose grâce à la radiographie pulmonaire numérique combinée à un logiciel de détection assistée par ordinateur/intelligence artificielle et en favorisant l'achèvement du traitement, en particulier pour les personnes atteintes de tuberculose multirésistante.

Prévenir la tuberculose grâce à un nouveau protocole de traitement plus court et plus efficace

Les nouveaux traitements contre la tuberculose latente mis au point ces dernières années nécessitent des traitements plus courts et provoquent moins d'effets secondaires. Le protocole 3HP consiste en une prise hebdomadaire d'une dose d'isoniazide et de rifampine durant trois mois. Des études ont montré que, par rapport aux thérapies standard, qui durent généralement entre six à douze mois, le traitement 3HP présente moins d'événements indésirables, une meilleure adhésion, de meilleurs taux d'achèvement et des résultats cliniques globalement meilleurs. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande le 3HP comme alternative aux traitements

plus longs pour les personnes qui vivent avec le VIH et les enfants en contact avec des personnes atteintes de tuberculose infectieuse.

Dans le cadre du projet IMPAACT4TB (Increasing Market and Public health outcomes through scaling up Affordable Access models of short Course preventive therapy for TB), CHAI travaille avec les gouvernements pour introduire le traitement 3HP. Afin de les y préparer, elle actualise les directives nationales, contribue à l'enregistrement des produits et désigne les centres dédiés à la surveillance de la maladie. Elle développe également des outils de prévision, vérifie que les chaînes d'approvisionnement sont prêtes et forme les prestataires de soins.

Au **Zimbabwe**, malgré des retards dus à la COVID-19, CHAI a dispensé des formations dans 15 centres IMPAACT4TB, contre cinq l'année précédente. Au cours des deux dernières années, 820 prestataires de soins des centres IMPAACT4TB ont bénéficié de ces formations.

Afin de pouvoir également former les prestataires restants, CHAI a créé un système d'encadrement par les pairs dans 22 centres non IMPAACT4TB. En collaboration avec la Jointed Hands Welfare Organization (JHWO), elle a aussi créé une boîte à outils à l'intention des agents de santé communautaires qui ont été formés pour devenir des champions de la tuberculose pour les aider à plaider en faveur du traitement de la tuberculose latente dans leurs communautés.

Grâce à ces mesures, plus de 13 000 patients ont entamé un traitement préventif 3HP en 2021, avec un taux d'achèvement de 98 % parmi les personnes éligibles. Pour accroître le nombre de patients sous traitement 3HP, en particulier dans les populations prioritaires, CHAI a contribué à simplifier l'achat d'environ 86 800 traitements avec combinaisons à dose fixe (FDC) de 3HP.

La pandémie de COVID-19 a donné l'occasion de surveiller la couverture du traitement 3HP à distance. Au **Zimbabwe**, CHAI a contribué à mettre en œuvre un système de vérification régulière des données des rapports électroniques sur la couverture du traitement 3HP. Cette vérification permet de garantir la qualité et l'exactitude des rapports sur les thérapies préventives ainsi qu'un suivi en temps réel, et simplifie les éventuelles corrections à apporter au traitement. CHAI a élaboré et diffusé des procédures opérationnelles standard et des formulaires de rapport mensuel pour tous les districts ciblés par IMPAACT4TB. Près de 180

agents de santé ont été formés en ligne à la collecte de données, ce qui a permis d'obtenir un taux de rapport de 100 % pour l'ensemble des centres IMPAACT4TB de mise en œuvre.

CHAI a également aidé le ministère de la Santé d'**Afrique du Sud** à déployer le traitement 3HP. Pour y parvenir elle a participé à la planification et à la gestion de la demande et de l'offre relative à ce nouveau traitement, en fournissant au programme national de lutte contre la tuberculose les informations nécessaires à la prévision et à la quantification des besoins en approvisionnement du traitement 3HP. Aujourd'hui nous faisons le même travail pour le 3HP FDC.

Nous avons travaillé avec la coalition IMPAACT4TB / ministère pour gérer le déploiement progressif du 3HP, en commençant par les districts qui présentaient la plus forte morbidité du pays pour donner la priorité aux populations cibles. À ce jour, la mise en œuvre du plan de déploiement du 3HP n'a pas rencontré d'obstacle majeur dans ces districts à forte charge de morbidité et la phase suivante du déploiement sera bientôt lancée.

Le **Cambodge** présente toujours une charge élevée de morbidité de la tuberculose avec 274 cas et 20 décès pour 100 000 personnes. La tuberculose active est aussi la principale cause de décès des personnes qui vivent avec le VIH. CHAI aide le programme national de lutte contre la tuberculose (PNT)/CENAT du **Cambodge** à adopter et à étendre le 3HP depuis 2020, parmi les contacts proches et les personnes qui vivent avec le VIH. En 2021, 7 189 personnes en contact proche avec la tuberculose ont été identifiées et placées sous traitement préventif. Parmi celles-ci, 19 % ont été traitées par 3HP. Par ailleurs, plus de 4 820 personnes qui vivent avec le VIH ont également suivi un traitement préventif d'isoniazide (IPCT). CHAI a de même lancé une étude opérationnelle sur la 3HP aux côtés de ses partenaires, l'Institut Pasteur du **Cambodge** (IPC), le CENAT et le Centre national de lutte contre le VIH/sida, la dermatologie et la lutte contre les MST (NCHADS). Les responsables de la mise en œuvre des centres ont pu bénéficier d'une formation, d'une supervision de soutien et d'un encadrement et les centres pilotes ont commencé à recruter des personnes qui vivent avec le VIH dans le cadre du programme 3HP. CHAI et l'IPC ont aidé le **Cambodge** à surmonter ses problèmes d'approvisionnement en 3HP à l'échelle mondiale et ont collaboré avec le ministère de la Santé à l'heure de prendre sa décision politique consistant à généraliser l'utilisation du 3HP en le désignant comme traitement privilégié pour tout le pays.

Renforcer la recherche de cas

L'épidémie de COVID-19 a eu un impact négatif disproportionné sur la lutte contre la tuberculose par rapport à d'autres maladies. En 2021, l'OMS a rapporté, pour la première fois depuis 2005, une hausse de la mortalité due à la tuberculose. Cette hausse s'explique par le fait que l'activité liée à la COVID a détourné de leur fonction initiale le personnel et les équipements de diagnostic, que certains établissements de santé publics étaient fermés aux cas non COVID et que les patients n'ont pas cherché à se faire soigner par crainte de contracter le virus ou n'étaient pas autorisés à se rendre dans certains services de centres de soins publics. De nombreux programmes de lutte contre la tuberculose ont toutefois su s'adapter aux restrictions imposées par le virus et ont trouvé des moyens novateurs pour continuer à dépister, diagnostiquer, traiter et conseiller les patients.

Au **Zimbabwe**, CHAI a contribué à favoriser l'utilisation du téléphone portable pour effectuer un dépistage systématique de la tuberculose, suivre les patients sous traitement et fournir des conseils. Grâce à cette initiative, 98 % des patients qui avaient commencé un traitement préventif ont pu l'achever.

Au **Vietnam**, CHAI a poursuivi son aide en faveur du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) dans le but de combler les défaillances en matière de recherche de cas avec une mise à niveau d'un système d'information sur l'accès aux soins (ACIS) qui facilite la communication entre les établissements de santé et les patients via des plateformes de télémédecine et simplifie la gestion des données des patients. Une fois la mise à niveau effectuée, 28 provinces ont introduit ACIS avec l'aide de CHAI.

Dans ces mêmes provinces, CHAI a travaillé avec le PNT pour augmenter les déclarations de cas de tuberculose et améliorer la qualité des services de traitement en utilisant ACIS et le diagnostic assisté par ordinateur pour le dépistage et le triage de la tuberculose. Elle a simplifié le processus de notification des cas de tuberculose pour les établissements de santé du secteur privé et du secteur public non tuberculeux, ainsi que pour les cliniques ambulatoires de traitement du VIH. Pour cela, elle a développé un module spécifique au VIH sur ACIS qui permet aux cliniques ambulatoires du VIH d'enregistrer et de dépister la tuberculose chez leurs patients.

La recherche de cas de tuberculose qui repose uniquement sur les symptômes de la maladie passe à côté d'au moins la moitié des patients affectés qui transmettront la maladie sans le savoir. Le dépistage oral avec une toux prolongée de plus de deux semaines a été utilisé dans les premiers temps du dépistage pour les patients des pays à revenu faible



1,6 M traitements 3HP commandés pour 32 pays dans le cadre des nouveaux accords de garantie de volume négociés par CHAI, MedAccess, et Unitaid

ou intermédiaire. Même s'il est plus simple à utiliser, il est difficile d'identifier les patients qui ne sont pas clairement malades, autrement dit, sa sensibilité de dépistage est inférieure. En revanche, la radiographie pulmonaire a été largement utilisée pour dépister la tuberculose en Amérique du Nord et en Europe. Le dépistage par radiographie pulmonaire, lorsque celle-ci est lue en premier ressort par un humain, est très fiable pour repérer toute anomalie.

Le dispositif de radiographie des poumons portable améliore par conséquent la capacité des programmes nationaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en termes de triage, de diagnostic et de nombre de patients traités. À long terme, l'utilisation de la radiologie numérique permettra de réduire les coûts, de délivrer des images de grande qualité, de diminuer la dose de rayonnement prise et de traiter un grand nombre de personnes. Utilisé conjointement avec le diagnostic assisté par ordinateur (DAO) et l'intelligence artificielle (IA), la radiographie pulmonaire élimine les différences d'observation entre les médecins. La radiographie pulmonaire numérique peut être utilisée comme test de triage rapide et peu coûteux qui permettra aux patients d'accéder à un dépistage de la tuberculose rapide, précis et pratique. De plus, un dépistage plus rapide et plus pratique permet de réduire les frais de déplacement et les temps d'attente, et favorise l'accès au diagnostic et au traitement. En dépit de tous les avantages qu'elle présente, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont toutefois besoin de preuves sur la façon de déployer efficacement cette technologie d'une manière cliniquement efficace, sûre et reproductible.

En 2021, en **Inde**, CHAI et le programme national d'élimination de la tuberculose de Delhi ont lancé une étude de validation, avec un exercice de validation de principe, qui teste la radiographie pulmonaire numérique associée à une DAO/IA pour le dépistage de la tuberculose dans les centres de santé primaires et les cliniques de pneumologie. L'étude est l'une des premières de ce type réalisée en **Inde** à produire des preuves sur le bien-fondé de l'utilisation d'une unité ultraportable de radiographie pulmonaire numérique dans des centres de soins primaires. Pour ces deux études, CHAI a fourni trois équipements ultraportables de radiographie pulmonaire numérique et un logiciel de DAO/IA. Ces équipements seront offerts au programme de l'État de Delhi à la fin de l'étude qui doit durer un an.

Combattre la tuberculose dans le pays le plus touché au monde

L'**Inde** rassemble à elle seule un quart de la charge de morbidité mondiale de la tuberculose et plus de deux millions de personnes sont diagnostiquées chaque

année dans ce pays. En **Inde**, la tuberculose tue plus d'adultes que toute autre maladie infectieuse et c'est le pays où la charge de morbidité de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante est la plus élevée et le deuxième pays dans lequel le nombre de cas de tuberculose associée au VIH est le plus élevé. En **Inde**, le secteur privé est le premier lieu des soins privilégié par les patients atteints de tuberculose. CHAI soutient ces patients à travers l'Effort conjoint pour l'élimination de la tuberculose (JEET).

En dépit des restrictions dues à la COVID-19, de nombreux patients qui avaient accès aux soins via le JEET ont pu continuer à recevoir leurs médicaments. CHAI a aidé l'équipe du JEET à s'adapter aux restrictions liées au confinement en veillant à ce que les patients puissent accéder en ligne aux ordonnances des médecins et se faire livrer leurs médicaments. Les conseils et le suivi ont été assurés par l'application de messagerie instantanée WhatsApp. Ainsi, plus de 50 000 patients ont pu recevoir des informations sur les résultats du test de tuberculose durant les première et deuxième vagues de COVID-19. Au moins 18 000 patients nouvellement diagnostiqués ont reçu les médicaments nécessaires et les patients déjà diagnostiqués ont pu continuer à recevoir leurs médicaments à temps. CHAI a également permis l'intégration du dépistage de la tuberculose avec celui des patients de la COVID-19 de manière à accélérer la détection des comorbidités et d'orienter les patients éligibles dans les services adéquats.

En dépit de mesures solides de santé publique et d'initiatives du secteur privé, comme celles du JEET, on estime que près d'un million de patients ne sont pas diagnostiqués chaque année en raison de dépistages inadéquats et/ou d'informations mal remontées par le secteur privé. Malgré les consignes du gouvernement, il arrive souvent que le secteur privé omette de déclarer de nombreux cas de tuberculose au secteur public. Pour y remédier, le plan stratégique national (PSN) 2017-2025 a introduit des recommandations pour mener à bien des interventions publiques et privées qui permettent de suivre, diagnostiquer, traiter et soigner les patients atteints de tuberculose dans ces deux secteurs.

Au cours de ces dernières années, le gouvernement a testé plusieurs modèles combinant public-privé pour y parvenir. Cependant, leur réussite est restée limitée en raison d'un certain nombre d'obstacles comme l'absence de politiques spécifiques sur l'engagement du secteur privé, les capacités et les ressources limitées au niveau des États et des districts, un financement inadéquat et des mécanismes financiers de paiement compliqués dans le cadre des modèles combinant public-privé. En 2014, l'un de ces modèles combinant public-privé s'est avéré

plus efficace que les autres. La Private-Provider Interface Agency (PPIA) créée à Mumbai, Patna et Mehsana s'est engagée efficacement avec le secteur privé. Le PPIA a formé un réseau de médecins, de chimistes, de laboratoires et d'hôpitaux existants et les a aidés à aligner les pratiques de diagnostic et de traitement de la tuberculose sur la norme nationale de soins afin de garantir un diagnostic précis et une meilleure adhésion au traitement. Par ailleurs, des subventions aux patients pour les tests de diagnostic et les médicaments ont été proposées afin de réduire les frais à la charge des patients et d'augmenter la couverture du traitement. Le modèle a connu un tel succès qu'une agence nationale a été créée au sein du NTEP pour étendre ce programme à l'ensemble du pays.

Quatre des six États dans lesquels CHAI mettait en œuvre le JEET sont passés à la Patient-Provider Support Agency (PPSA), sous contrat avec le gouvernement de l'État. Au Bihar, ce changement a conduit à une hausse de 68 % des déclarations de cas de tuberculose par le secteur privé.

Malgré son succès, la PPSA s'adresse principalement aux prestataires officiels. Une autre solution était nécessaire pour établir un lien avec tous les prestataires, qu'il s'agisse des pharmaciens, des praticiens de médecine alternative et autres prestataires non officiels, avec lesquels un patient tuberculeux était susceptible d'être en contact. Le projet ADITYA (Accelerating Diagnosis in Initiation of TB through Your Action), soutenu par TB Reach, a été lancé en février 2021. CHAI a participé à la création d'une application de système d'information de gestion qui permet à tous les prestataires de fournir des diagnostics et de déclarer des tuberculoses, ainsi que de proposer gratuitement des radiographies à tout patient symptomatique.

Depuis son lancement, ADITYA a contribué à une augmentation de 32 % des résultats de tests fournis aux patients, à une hausse de 83 % des prestataires qui communiquent les résultats de recherche de cas au NTEP et à une multiplication par six des diagnostics par rapport l'année de référence 2019.

Nos projets

CHAI continue d'examiner, de tester et d'élargir des interventions innovantes qui participent à l'objectif d'élimination de la tuberculose dans les pays. À cet effet, la lutte contre la charge de morbidité élevée de la tuberculose latente sera essentielle. CHAI poursuit son travail visant à faciliter l'adoption de traitements de la tuberculose latente plus courts, comme le 3HP. De même, pour pouvoir garantir des soins centrés sur la personne, nous travaillons à démontrer les innovations

en matière de triage, par exemple via la radiographie pulmonaire numérique et l'intelligence artificielle, afin d'améliorer le dépistage des cas de tuberculose et la prise en charge de la santé pulmonaire en général, y compris pour la COVID-19.

Pour améliorer le traitement et la gestion de la tuberculose multirésistante, CHAI continue de travailler avec ses partenaires nationaux afin d'identifier les absences critiques de preuves. Pour les pays qui se trouvent en phase de transition de donateur, nous travaillons pour accélérer l'introduction définitive de nouveaux traitements pour la tuberculose multirésistante, standard et prioritaires, pour ainsi améliorer la qualité des soins et la durabilité des programmes.

CHAI a favorisé la mise en œuvre d'une communauté régionale et internationale de pratiques dans le but d'optimiser plusieurs outils destinés à faire progresser les directives locales, la collaboration régionale pour l'assistance technique directe de pays à pays et renforcer des capacités, ainsi que pour la recherche dans le futur et pour la planification programmatique en vue de la transition des traitements de la tuberculose multirésistante.

ÉQUIPES TRANSVERSALES D'EXPERTS :

Structuration du marché

Nos programmes ont pour objectif de sauver des vies et de réduire les maladies, tout en aidant les gouvernements à créer des systèmes de santé durables. À cet effet, notre équipe d'experts scientifiques, commerciaux et techniques travaille main dans la main avec les équipes de programme et les équipes pays au sein de notre organisation pour atteindre cet objectif. Tout au long de ce rapport, nous allons mettre en avant la collaboration qui s'est établie entre ces équipes transversales et nos équipes chargées des programmes et des pays.

L'accès à des médicaments et des diagnostics dont l'efficacité et la qualité peuvent être garanties est central dans la mission que s'est fixée CHAI de sauver des vies. L'équipe mondiale chargée des marchés travaille avec les gouvernements pour optimiser l'impact de leur financement limité en identifiant des produits innovants qui améliorent l'état des patients tout en réduisant les coûts. L'équipe mondiale chargée des marchés travaille avec les laboratoires pharmaceutiques et ceux qui fabriquent des vaccins et des diagnostics, pour établir des stratégies visant à renforcer l'accès aux traitements des patients des pays à revenu faible ou intermédiaire grâce à des garanties de volume, des licences pour les produits, des stratégies d'introduction de nouveaux produits et des incitations au développement accéléré de produits.

Ainsi, depuis sa création en 2002, CHAI a signé plus de 140 accords pour mettre à la portée de dizaines de millions de personnes, les médicaments et les diagnostics les plus efficaces qui soient. Ces accords garantissent aux populations des plus de 125 pays à revenu faible ou intermédiaire un accès aux meilleurs produits tout en réalisant des milliards de dollars d'économies.

L'équipe monde chargée des marchés continue d'innover. En 2021, CHAI a soutenu le développement de nouveaux produits pour les tests de multirésistance, de prélèvements sanguins dans les zones reculées, l'utilisation d'outils de santé numériques pour la détection précoce des maladies infectieuses et la prévention de la propagation de la tuberculose (TB). Elle a également établi une norme pour la publication de rapports d'information sur la veille des marchés objectifs et fiables pour une grande variété de produits de santé utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Prévenir la tuberculose avec un traitement plus rapide et plus efficace

L'élimination de l'épidémie de tuberculose passe obligatoirement par une réduction de son incidence. C'est pourquoi CHAI aide ses partenaires en Afrique

et en Asie à introduire de nouvelles thérapies préventives, comme le traitement de courte durée 3HP pour prévenir la tuberculose active. Le traitement 3HP consiste en une prise hebdomadaire d'une dose d'isoniazide et de rifapentine durant trois mois. Le 3HP traite la tuberculose latente de manière plus rapide et plus sûre que les thérapies standard qui imposent des traitements quotidiens pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois. Ainsi, le taux d'achèvement du traitement, 90 %, est largement plus élevé que pour les traitements standard.

Mais, bien que plus facile à suivre, le traitement 3HP reste cher, au prix de 45 USD par patient. En 2020, le prix des anciens et des nouveaux traitements génériques a été baissé à 15 USD par traitement et par patient dans certains pays. En 2021, CHAI a travaillé avec MedAccess et Unitaid sur des accords de garantie de volume qui ont permis à 138 pays à revenu faible ou intermédiaire d'accéder au traitement 3HP à 15 USD, avec une possibilité d'obtenir une autre baisse progressive de ce prix.

Ces accords prévoient une aide financière et des engagements d'achat qui permettent aux fournisseurs d'intensifier leur production et de réduire les coûts en prévoyant des volumes plus importants. Les fournisseurs se sont également engagés à plafonner ce prix jusqu'en 2024. Cela a permis de débloquent une demande supplémentaire de 3HP de la part de partenaires mondiaux de la santé comme le PEPFAR, le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, la Global Drug Facility, ainsi que des gouvernements.

En 2021, plus de 1,6 millions de traitements 3HP ont été commandés pour 32 pays dans le cadre de ces accords. À titre de comparaison, ce chiffre a dépassé le nombre total de personnes ayant eu accès à une forme quelconque de prévention de la tuberculose dans le monde en 2017.

En 2021, les équipes nationales de CHAI et IMPACT4TB (Increasing Market and Public health outcomes through scaling up Affordable Access models of short Course preventive therapy for TB) ont également commencé à

déployer le traitement 3HP dans plusieurs pays, dont le **Cambodge**, le **Kenya** et le **Zimbabwe**.

Faire baisser les prix des produits les plus efficaces pour améliorer la santé des femmes

La syphilis est la deuxième cause de mortalité dans le monde et contribue à hauteur de 11 % à la totalité des mortinaissances en Afrique, chaque année. Tandis que le dépistage du VIH durant la période prénatale est devenu systématique dans de nombreux pays, les taux de dépistage et de traitement de la syphilis restent faibles pour les femmes enceintes en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande le double test de diagnostic rapide VIH/syphilis, simple à utiliser, mais son adoption reste insuffisante, en partie en raison de son prix plus élevé par rapport au simple test de diagnostic rapide du VIH.

En 2021, un double test VIH et syphilis préqualifié par l'OMS à moins de 1 USD a été mis à la disposition des acheteurs du secteur public dans les pays à revenu faible et intermédiaire, grâce à un partenariat entre MedAccess, SD Biosensor et CHAI. Il s'agit du test

double préqualifié par l'OMS le moins cher du marché. Ce test, rendu abordable, contribue à accélérer l'introduction du double test VIH/syphilis dans les centres de prénatalité existants et permet de réduire l'écart de diagnostic et de traitement entre le VIH et la syphilis.

Nos projets

L'équipe monde chargée des marchés de CHAI va poursuivre le travail entrepris auprès des entreprises internationales de sciences du vivant, des gouvernements et des autres partenaires pour créer des programmes permettant aux 6,7 milliards de personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire d'accéder plus rapidement et plus largement aux nouveaux médicaments plus efficaces et aux meilleurs diagnostics à des prix abordables. Nos projets consistent à poursuivre le travail entrepris sur des produits innovants à longue durée d'action pour la prévention du VIH, des autotests de dépistage du VIH et d'autres maladies, des médicaments antiviraux pour le traitement de la COVID 19 et à améliorer la chaîne d'approvisionnement en oxygène liquide.



Spécialiste des maladies respiratoires examinant un patient à la recherche de symptômes de la tuberculose, Aakash Hospital, New Delhi, Inde. Photo : Satvir Malhotra.

SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS

Bien trop peu de femmes et d'enfants dans le monde ont accès à des services de santé et à une alimentation de qualité, deux éléments essentiels, non seulement pour survivre mais aussi pour s'épanouir. De ce fait, des centaines de milliers de femmes meurent chaque année d'affections évitables ou traitables et 2,6 millions de nourrissons meurent au cours de leurs premières semaines de vie et des millions d'autres enfants et adolescents décèdent de causes qui seraient évitables, comme la malnutrition, la pneumonie et la diarrhée, ou de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. CHAI et ses partenaires aident les gouvernements à réduire la mortalité maternelle et celle des nourrissons, à s'assurer que les femmes puissent disposer des outils nécessaires pour une planification familiale sereine, à intensifier le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, et à lutter contre les maladies infantiles, les maladies et la malnutrition chronique. ●

Programmes :

Cancer du col de l'utérus, santé reproductive, maternelle et néonatale, nutrition, vaccination

Pays :

Cambodge, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Liberia, Malawi, Myanmar, Nigeria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Rwanda, Afrique du Sud, Ouganda, Vietnam, Zambie, Zimbabwe

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde. Il touche plus d'un demi-million de femmes chaque année et provoque plus de 300 000 décès par an.

La quasi-totalité des cancers du col de l'utérus sont dus au HPV, infection sexuellement transmissible pouvant être évitée grâce à la vaccination. Les femmes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire courent six fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus que les femmes vivant dans les pays à revenu élevé et 90 % des décès dus au cancer du col de l'utérus interviennent dans la première catégorie. Certains facteurs, comme la co-infection par le VIH, exposent les femmes à un risque accru d'évolution vers ce cancer.

Un dépistage précoce permettant de détecter et de traiter les lésions précancéreuses est essentiel pour éviter le cancer invasif du col de l'utérus. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ne peuvent toutefois pas développer de solutions préventives en raison d'un accès limité à des services de dépistage et de traitement de bonne qualité.

En 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a démarré une stratégie mondiale pour parvenir à éliminer le cancer du col de l'utérus dans le monde, en fixant des objectifs pour la décennie à venir. À terme, la vaccination contre le HPV et les mesures efficaces de dépistage ainsi que le traitement des lésions précancéreuses chez les femmes offrent la possibilité d'éliminer le cancer du col de l'utérus.

Depuis 2019, avec le soutien d'Unitaid, CHAI s'est associée aux gouvernements pour dynamiser des programmes de prévention secondaire dans le but de dépister et de traiter les éventuelles lésions précancéreuses de davantage de femmes. Elle contribue de même à produire des preuves sur des outils et des modèles de soins efficaces pour parvenir à cet objectif d'élimination.

Renforcer l'accès aux meilleurs technologies

Dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, l'accès au dépistage et au traitement demeure très difficile. De nombreux pays dépistent encore les lésions précancéreuses par inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et utilisent la cryothérapie pour traiter les femmes dont le dépistage est positif. Cependant, l'IVA est une méthode de dépistage insuffisante, et la cryothérapie peut être difficile à administrer dans les centres

ayant peu de ressources, en particulier dans les communautés rurales.

Les nouvelles technologies, telles que le test HPV pour le dépistage, les appareils de thermo-ablation portables et l'excision électrochirurgicale à l'anse diathermique (LEEP) pour les traitements, révolutionnent l'accès des femmes à ces méthodes et pourront permettre à ces pays d'en finir complètement avec le cancer du col de l'utérus.

CHAI a travaillé avec des partenaires pour réduire considérablement les coûts de ces produits au moyen de mesures prises pour mieux structurer le marché. Ce travail a permis de réduire le coût des tests HPV de plus de 40 %, des appareils de thermo-ablation de 50 % et des dispositifs LEEP de 20 %, améliorant ainsi l'accès des femmes à ces traitements.

Depuis 2019, ce programme soutenu par Unitaid a permis de dépister plus de 440 000 femmes, dont plus de 132 000 avec des tests HPV. On a de même constaté une augmentation relativement importante du nombre de femmes recevant un traitement approprié avec thermo-ablation ou une LEEP. Le programme a aidé les gouvernements partenaires à créer des centaines de centres de dépistage et de traitement en prévision d'un déploiement à l'échelle nationale qui pourra servir de modèle aux autres pays. La démonstration de modèles efficaces de dépistage, de traitements et de passerelles vers un ensemble de mesures sanitaires au moyen d'outils existants, permet de jeter les bases pour pouvoir accueillir des technologies plus abordables dans les lieux des soins le jour où elles deviendront disponibles.

CHAI travaille également avec des partenaires, dont Global Health Labs, groupe spécialisé dans le développement de technologies innovantes visant à réduire les disparités en matière de santé dans le monde, pour mettre au point un nouvel outil de dépistage basé sur l'intelligence artificielle devant améliorer l'IVA. Ce nouvel outil, connu sous le nom d'évaluation visuelle automatisée (AVE), fonctionne sur un téléphone portable standard et fournira des conseils aux agents de santé en quelques secondes. L'AVE a pour objectif d'aider les agents de santé à effectuer le dépistage primaire ou le triage des femmes positives au HPV.

Contribuer aux objectifs d'élimination

On estime que l'Inde représente à elle seule 1,3 millions des nouveaux cas de cancers dans le monde



Agent de santé mesurant la tension d'un enfant à Plateau, Nigeria. Photo : AJ Best Global Services.



+ 73 000 nombre de femmes ayant pu être dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à la formation de 1 200 prestataires de santé au dépistage par IVA

en 2020. Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause principale de décès par cancer dans ce pays avec 124 000 nouveaux et plus de 77 000 décès en 2020. Même si ce pays a beaucoup progressé en matière d'accès aux soins pour d'autres types de cancer, le cancer du col de l'utérus connaît toujours des problèmes de prévention, de dépistage et de traitement. La sensibilisation de la communauté au cancer du col de l'utérus, notamment les mesures de prévention, reste négligeable. Par ailleurs, on constate que les produits de base, les infrastructures et la formation des agents de santé sont insuffisants pour pouvoir fournir des services de dépistage et de traitement précancéreux accessibles.

Depuis 2019, CHAI aide le gouvernement a donné la priorité à la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus, et, plus spécifiquement, au dépistage et au traitement des lésions. Le cadre opérationnel de 2016 sur le dépistage et la prise en charge des cancers courants lui a servi de levier pour promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus pour toutes les femmes âgées de 30 à 65 ans. Elle a ainsi aidé l'État à créer un comité technique pouvant orienter la mise en œuvre de la politique sur toute la cascade de soins. Une formation parallèle a été créée pour aborder les directives spécifiques à l'État, les procédures opérationnelles standard et les questions les plus fréquentes, afin de créer des passerelles avec le traitement et les soins, et développer les compétences. Nous avons engagé des partenaires de mise en œuvre et développé des modèles d'évaluation et des listes de contrôle pour aider le gouvernement indien à combler les lacunes en matière de disponibilité des produits essentiels et à renforcer la capacité des prestataires de services pour qu'ils puissent initier le dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA. Nous nous sommes également engagés auprès des fabricants de dispositifs, des distributeurs nationaux et des parties prenantes gouvernementales pour accélérer l'importation et le déploiement de 217 appareils de thermo-ablation pour le traitement des lésions précancéreuses. Au moment du pic de la pandémie de COVID-19, nous avons collaboré avec le gouvernement pour atténuer l'impact du virus et soutenir le renforcement des capacités, en adoptant une approche hybride qui utilise des plateformes et des outils d'apprentissage en ligne tout en permettant de former des groupes à la pratique.

Au total, nous avons aidé l'État à former plus de 1 200 prestataires de services au dépistage par la, ce qui a conduit à la mise en œuvre de ce type de dépistage dans plus de 340 établissements de santé, dont environ 180 centres de soins primaires, permettant ainsi de dépister plus de 73 000 femmes. Le groupe de formateurs qualifiés de l'État dispensent maintenant des formations supplémentaires. Nous travaillons avec le gouvernement de l'État pour lancer une campagne globale de sensibilisation et encourageons les femmes à se faire dépister.

CHAI met tout en œuvre également pour créer des partenariats avec les gouvernements des États de Chhattisgarh, Punjab et Sikkim pour développer les interventions de prévention secondaire du cancer du col de l'utérus.

Le **Zimbabwe** présente des similitudes avec un taux élevé de mortalité due au cancer du col de l'utérus. En 2018, plus de 3 000 cas ont été recensés dans le pays, dont plus de 60 % ont abouti à un décès. Seulement 13 % des lésions précancéreuses non invasives ont été dépistées, et seulement 65 % d'entre elles ont été traitées. Le gouvernement a donc fixé un objectif à trois ans pour toucher 500 000 femmes et parvenir à un taux de traitement supérieur à de 80 %. L'IVA et la cervicographie (IVAC) sont les principales méthodes de dépistage utilisées par le programme national de lutte contre le cancer du col de l'utérus de ce pays avec environ 100 000 femmes dépistées par an, tandis que le traitement repose sur la cryothérapie. Le recours à ces seules méthodes ne permettra pas au **Zimbabwe** d'atteindre les taux de couverture de dépistage et de traitement souhaités.

Le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance (MoHCC), en collaboration avec CHAI et avec le soutien d'Unitaid, cherche à profiter des plateformes actuelles pour proposer des outils disponibles, mais peu utilisés, tels que les tests HPV pour le dépistage et les appareils portables de thermo-ablation pour traiter les lésions précancéreuses, tout en faisant progresser le développement de l'AVE afin d'améliorer la précision de l'IVA.

En 2021, CHAI a aidé le gouvernement à accompagner le projet de test HPV et à élargir l'accès aux services de test de la technologie de l'acide nucléique moléculaire (NAT) du HPV qui détecte la présence de l'ADN viral sur les plateformes multiplex existantes. Elle a aussi contribué au projet de thermo-ablation en tant que solution alternative pour le traitement des lésions précancéreuses et fourni une assistance technique au ministère pour mettre à jour et appliquer les directives nationales sur le cancer du col de l'utérus.

L'objectif du projet pilote était de faire du test HPV la méthode de dépistage primaire du cancer du col



Agent de santé assemblant un appareil de thermo-ablation pour le traitement du cancer du col de l'utérus, Chilonga Mission Hospital, Zambie. Photo : Dominic Mukumbila.

de l'utérus, en particulier pour les femmes qui vivent avec le VIH. L'étude portait sur quatre établissements de santé de Mashonaland East, avec un dépistage centralisé sur la plateforme Hologic à l'hôpital provincial de Marondera. Près de 4 000 personnes ont été recrutées pour cette l'étude, qui a révélé que 40 % d'entre elles étaient positives au test HPV. Parmi celles-ci, 82 % ont pu bénéficier de soins dans les 54 jours.

L'étude a démontré qu'il était possible d'intégrer le dépistage du HPV dans les plateformes actuelles de dépistage du VIH, en investissant un minimum dans la formation et l'élaboration d'un matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le dépistage du HPV. Par ailleurs, les résultats de cette étude ont servi de sources de données primaires pour élaborer de nouvelles directives de dépistage et de traitement ainsi que des outils nationaux de quantification des besoins en dépistage.

CHAI, en collaboration avec le MoHCC du **Zimbabwe**, a également élaboré des supports de formation pour la thermo-ablation, formé près de 230 agents de santé dans 68 établissements et déployé 72 appareils de thermo-ablation dans sept provinces. Ces formations viennent s'ajouter au sept établissements de santé et 12 agents de santé formés en collaboration avec ZIMTECH fin de 2020. Toujours en collaboration avec le MoHCC et d'autres partenaires, CHAI a ravivé le groupe de travail technique sur le cancer du col de l'utérus pour orienter la formulation des politiques, défendre

et documenter la planification d'une mise à l'échelle. En 2022, CHAI collaborera avec le gouvernement pour l'aider à achever et à publier les directives politiques mises à jour sur le dépistage et le traitement, pour faciliter l'introduction de nouvelles solutions de dépistage à faible coût telles que l'AVE et la thermo-ablation et pour améliorer l'implantation des tests HPV. Elle veillera aussi à ce que davantage de femmes reviennent consulter pour recevoir un traitement et des soins.

En **Afrique du Sud**, CHAI a œuvré avec ses partenaires pour atteindre les objectifs de dépistage et de traitement précancéreux du col de l'utérus. En 2021, nous avons aidé le National Health Laboratory Services (NHLS) et les districts de santé des provinces de Gauteng, Kwa Zulu-Natal (KZN) et Eastern Cape avec un projet de démonstration visant à produire des preuves pour la mise en œuvre du test HPV. Le projet a donné l'occasion au ministère national de la santé et au NHLS d'accompagner l'introduction du dépistage du papillomavirus humain à haut risque (HPVHR) à l'aide d'un double test (cytologie en milieu liquide [LBC] et HPVHR) conformément aux recommandations de l'OMS.

CHAI, avec le financement d'Unitaid, a également facilité le don de 72 appareils portables pour la procédure LEEP dans trois provinces ciblées afin de renforcer les passerelles entre dépistage et traitement et améliorer l'accès à des soins appropriés. Parallèlement à ce don d'appareils, les agents de santé

ont été formés par nos partenaires cliniques, Afia Tai Care, de manière à assurer l'efficacité du programme. Le programme de formation venait compléter le programme santé et droits en matière de sexualité et de procréation (SDSP) sur la plateforme officielle Knowledge Hub du ministère pour les opportunités et les ressources de développement professionnel. La formation d'Eastern Cape comprenait un atelier théorique auquel ont participé 140 agents de santé. Elle a été suivie d'une session pratique, en présentiel, au cours de laquelle 32 infirmières ont appris à effectuer un dépistage adéquat. Par ailleurs, 34 médecins ont été formés à la réalisation d'une procédure LEEP et ont traité un total de 76 patients au cours d'une formation pratique.

Les parties prenantes ont toutefois identifié un point d'amélioration important en ce qui concerne la collecte limitée des données et l'absence d'un système de gestion des données qui permettrait un bon suivi des patients. Pour résoudre ce problème à court terme, CHAI a créé et distribué 47 carnets de traitement au personnel de santé pour qu'il puisse saisir les informations et les coordonnées des patients, leur statut sérologique pour le VIH, le statut de leur traitement antirétroviral hautement actif (TAHA), la procédure de colposcopie et de LEEP, l'échantillon de biopsie, les résultats communiqués aux patients et les étapes suivantes de suivi complet des patients, du dépistage au traitement.

Pour innover en matière de systèmes à plus long terme, CHAI s'est associée à une société de développement de logiciels pour créer un tableau de bord interactif de gestion du cancer du col de l'utérus basée sur les résultats. Ce tableau de bord permettra aux utilisateurs de surveiller les programmes et d'y introduire des changements pour répondre aux besoins du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, à l'échelle nationale comme au niveau des établissements de santé. Le tableau de bord a pour objectif de fournir des informations pertinentes sous un format accessible et exploitable pour permettre un suivi et une évaluation en temps quasi réel des résultats concernant les soins apportés à chaque patient, la gestion des laboratoires et l'assurance qualité.

Au **Rwanda**, les femmes avaient très peu accès au traitement car ce pays souffrait d'un manque de personnel qualifié et d'équipement médical permettant d'appliquer la procédure LEEP. La formation des gynécologues à la procédure LEEP prévue avait été reportée pour cause de COVID-19. Pour y remédier, CHAI a travaillé avec un gynécologue-oncologue réputé, connaissant bien la procédure LEEP, et ayant déjà une expérience de formation auprès de prestataires. Ce médecin a ainsi formé d'autres médecins et des

infirmières pour, qu'à leur tour, ceux-ci deviennent des formateurs nationaux sur les appareils de LEEP. Par la suite, CHAI a facilité l'achat et la distribution des appareils pour pouvoir déployer ce service. Grâce à ces actions, 10 des 30 districts du pays proposent aujourd'hui la LEEP, et il est prévu que d'autres districts puissent en bénéficier.

Le lancement du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus et la formation à la thermo-ablation dans les centres du projet CHAI ont été reportés en raison des restrictions de sécurité liées à la COVID-19. CHAI a toutefois proposé des approches innovantes pour assurer ces formations malgré l'épidémie. Par exemple, le personnel de CHAI a utilisé plusieurs salles de formation pour réduire le nombre de participants dans chaque salle et s'assurer que chacun puisse respecter les mesures de prévention tout en profitant de la formation. CHAI a pu ainsi dispenser ces formations dans les cinq districts du projet. Fin 2021, neuf districts proposaient un dépistage et un traitement du cancer du col de l'utérus par thermo-ablation, dont les cinq districts du projet CHAI et quatre districts soutenus par d'autres partenaires.

CHAI a également contribué à générer une demande de dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les personnes qui vivent avec le VIH dans les cinq districts du projet CHAI. Nous avons intégré le dépistage du cancer du col de l'utérus aux services de dépistage et de traitement du VIH pour faire en sorte que le programme touche davantage de femmes qui vivent avec le VIH. Le programme a formé 268 pairs éducateurs pour le VIH pour qu'ils diffusent des messages de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus et 95 infirmières au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus, parvenant ainsi à multiplier par deux le nombre de femmes dépistées. Devant ce succès, d'autres partenaires se sont associés au gouvernement pour soutenir la détection précoce du cancer du col de l'utérus, en particulier chez les femmes qui vivent avec le VIH. En plus des centres du projet CHAI, quatre autres districts appuyés par d'autres partenaires ont lancé le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.

En **Zambie**, CHAI a contribué à l'examen du Plan stratégique national de lutte contre le cancer (PSNLC), à l'élaboration et à la révision des directives nationales de dépistage du cancer du col de l'utérus et du HPV, du manuel de procédure pour la LEEP et aux directives de traitement du cancer du col de l'utérus, et a fourni un encadrement et un renforcement des capacités des agents de santé en matière de thermo-ablation et de LEEP. Elle a également accompagné les activités de coordination des programmes nationaux, l'engagement de la société civile et la création de la demande. On peut citer à titre d'exemple : les

programmes de radio communautaire sur la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus dans les provinces de Muchinga et du Nord, et la production d'un documentaire sur la prévention, le dépistage, le traitement du cancer du col de l'utérus et la mobilisation communautaire. CHAI a aussi travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires en **Zambie** pour compléter la formation et la validation de l'algorithme AVE qui s'est montré très performant pour identifier avec précision les femmes présentant des lésions précancéreuses.

Par ailleurs, elle a travaillé avec le gouvernement pour faciliter l'accès à l'IVA, au test HPV et à l'achat d'appareils de traitement des lésions précancéreuses. En 2021, 6 000 tests HPV ont été achetés, près de 11 000 femmes ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus avec l'IVA et près de 3 500 femmes ont été dépistées avec le test HPV. En raison de la pandémie, la mise en œuvre des tests HPV a été reportée à la suite d'un retard d'approvisionnement. Malgré cela, 140 appareils de thermo-ablation et 15 appareils de LEEP ont été achetés, ce qui porte le nombre total d'appareils achetés depuis le début du programme à 350 pour la thermo-ablation et à 75 pour la LEEP. Ces produits ont été répartis dans 10 provinces.

Nos projets

En 2022, CHAI va se centrer sur la démonstration de modèles efficaces de dépistage et de traitement, dont la mise en œuvre du dépistage de l'HPV, dépistage et traitement le même jour, et l'utilisation de la thermo-ablation à titre de traitement pour pouvoir étendre ces technologies à plus grande échelle. Elle participera par ailleurs au développement et à la mise en œuvre de systèmes de suivi des patients afin de réduire les pertes de suivi, en s'appuyant pour cela sur les investissements réalisés dans le programme VIH. Nous allons continuer à travailler avec nos gouvernements partenaires pour élaborer des plans d'intensification chiffrés et mobiliser des ressources pour financer l'expansion de modèles qui ont fait leurs preuves dans le cadre de notre programme.

Nous continuerons à promouvoir les mesures visant à réduire le coût et l'efficacité du dépistage et préparons une série d'études de performance qui permettront d'évaluer la précision de l'AVE en tant qu'aide à l'IVA. Nous contribuerons à faire évoluer les directives de la politique gouvernementale de manière à y faire inclure le dépistage du HPV et de nouveaux modèles de prestation de services. Nous développerons des supports de formation pour ces nouveaux modèles afin de permettre une mise à l'échelle rapide et nous créerons et testerons des modèles visant à créer la demande de produits. Enfin, nous développerons une plateforme dédiée à l'engagement des partenaires de manière à encourager les investissements.



TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE NOTRE ÉQUIPE

Morrison Zulu

Directeur associé - Santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale

Après avoir obtenu mon diplôme de médecine et effectué mon internat dans l'un des trois plus grands hôpitaux universitaires de Zambie, j'ai rejoint le Zambia Flying Doctor Service. C'est à ce moment-là que je me suis rendu compte de ma passion pour le travail avec les communautés dans certaines des régions les plus reculées du pays, en apportant des services préventifs et curatifs indispensables aux populations les plus pauvres et les plus mal desservies. Des années plus tard, je suis passé dans le secteur des organisations à but non lucratif et ai travaillé pour FHI360 comme conseiller technique pour le plus grand projet de lutte contre le VIH/SIDA financé à l'époque par le gouvernement des États-Unis en Zambie. Nous étions alors au pic de la pandémie de SIDA en Zambie. Certains membres proches de ma famille sont morts du SIDA et cela n'a fait que renforcer ma volonté d'être utile. Après avoir travaillé plusieurs années dans la lutte contre le VIH et constaté les progrès significatifs réalisés par le pays pour contrôler la pandémie, j'ai voulu utiliser mes compétences en matière de santé publique pour relever un nouveau défi.

Après avoir passé plus de 10 ans à travailler pour des programmes financés par l'USG en Zambie, j'ai rejoint CHAI en mai 2019 en tant que directeur associé du pôle santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale (SRMNH), où je supervise actuellement la mise en œuvre du programme intégré de SRMNH de quatre ans dans 12 districts de la province du Nord du pays et quatre districts de la province située à l'Ouest. J'ai rejoint CHAI au cours de la deuxième année de ce programme alors que plusieurs interventions clés n'avaient pas encore été entièrement déployées. Mon travail nécessitait de fréquents déplacements, avec près de 900 km à parcourir par la route, pour rejoindre l'une des plus grandes provinces de Zambie. La province du Nord

est très rurale et économiquement sous-développée, avec des infrastructures limitées et une géographie compliquée avec des vallées du rift, des rivières et des ruisseaux. Celle-ci pose un grand nombre de problèmes de circulation pour les personnes, les marchandises et les services. À l'époque, la province enregistrait un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du pays. La Zambie comptait chaque année plus de 650 000 naissances, mais environ 15 500 nouveau-nés et 2 500 mères mouraient à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Notre programme affichait un objectif très ambitieux en visant une réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 40 % et de la mortalité périnatale (période précédant et suivant l'accouchement) de 20 % d'ici 2021. À l'époque, cet objectif semblait pratiquement impossible à tenir étant donné la complexité de la géographie et les nombreux problèmes associés à la mise en œuvre du programme dans cette province. Pour parvenir à cette baisse importante et garantir sa durabilité, nous avons travaillé avec le ministère zambien de la Santé pour poursuivre six objectifs stratégiques, intégrés à la stratégie de SRMNH de CHAI.

Notre équipe a travaillé sans relâche au cours des quatre dernières années, en collaboration avec le ministère de la Santé, pour améliorer la santé des adolescents, offrir aux communautés et aux établissements de santé un meilleur accès aux services de SRMNH, améliorer l'orientation des patients vers les soins, et renforcer les capacités des agents de santé et des bénévoles communautaires pour fournir des services SRMNH de qualité. Fin 2021, le robuste système de surveillance de la santé maternelle et néonatale établi dans toute la province du Nord nous a permis d'observer une réduction significative de la mortalité maternelle et néonatale. Le programme a dépassé tous ses objectifs. La mortalité maternelle a diminué de 41 %, la mortalité néonatale de 45 % et les décès périnataux de 43 % par comparaison des données précédemment disponibles (avril 2019 à mars 2020) et de la dernière année disponible (octobre 2020 à septembre 2021).

Ces résultats ont pu être obtenus malgré les perturbations généralisées causées par la pandémie de COVID-19 et ont été possibles en grande partie grâce au travail acharné et à la ténacité d'une équipe très talentueuse et autonome. Elle a fait preuve d'un zèle et d'un enthousiasme inédit pour apporter des changements dans les communautés que nous servions. J'ai ainsi pu constater la grande marge de manœuvre que CHAI laisse à son personnel en termes d'innovation. Cela rend non seulement l'organisation unique mais crée aussi un élan magnifique d'optimisme et d'agilité qui fait que, même les problèmes apparemment insurmontables, ressemblent à une promenade de santé.

Je me sens privilégié et honoré de travailler pour une organisation aussi formidable dont l'impact transformationnel touche et change des vies chaque jour. Pour les années qui viennent, j'aimerais pouvoir mener au bout avec succès un challenge encore plus grand. ●

Santé reproductive, maternelle et néonatale

Bien que des progrès aient été réalisés au cours des deux dernières décennies, une femme enceinte ou un nouveau-né meurt encore toutes les 11 secondes quelque part dans le monde. La plupart de ces décès se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui reflète les inégalités d'accès à des services de santé de qualité. Les chances de survie des femmes et des nourrissons vivant dans les communautés rurales les plus pauvres sont bien plus faibles encore. En cas de complications au moment de la naissance, leurs chances d'arriver à temps dans un établissement de santé, ou même de pouvoir s'y rendre, sont également faibles.

Près de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans surviennent au cours de leurs 28 premiers jours de vie. Dans de nombreuses zones rurales des pays bénéficiaires de CHAI, les bébés ne portent pas de noms avant l'âge de six semaines. Jusqu'à qu'ils aient atteints cet âge, ils sont comme des visiteurs temporaires qui arrivent et peuvent tout aussi bien repartir.

Des interventions simples et efficaces permettent de prévenir les grossesses non désirées, de traiter les complications de la grossesse et de l'accouchement et de sauver la vie des nouveau-nés. Le défi qui doit être relevé par de nombreux pays partenaires de CHAI est de les mettre en œuvre de manière fiable et opportune. En travaillant avec les ministères de la santé du monde entier, CHAI a développé une approche intégrée pour relever ces défis pour accompagner les femmes tout au long de leurs années de reproduction, leur permettant d'éviter ou de planifier leurs grossesses en toute sécurité, de vivre une grossesse et un accouchement de manière saine, et de s'assurer que leurs nouveau-nés puissent grandir.

Déployer notre approche pour sauver la vie de femmes et de nouveau-nés

En Zambie, CHAI a créé un partenariat avec le gouvernement de la province du Nord, l'une des régions les moins performantes du pays, où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont parmi les plus élevés du pays. Sur ce territoire de 1,3 million de personnes avec 32 700 naissances annuelles estimées, CHAI s'est appuyé sur son expérience des projets précédents en Éthiopie et au nord du Nigeria

pour prévenir ces décès maternels et néonataux pourtant évitables.

Dans les zones rurales, 1 450 volontaires communautaires ont été formés pour porter assistance aux femmes enceintes, notamment en les orientant rapidement vers le centre de santé le plus proche pour y recevoir des soins supplémentaires. Dans les établissements de santé, plus de 370 agents de santé ont été formés pour identifier les complications suffisamment tôt avant qu'elles puissent mettre leur vie en danger. Une aide supplémentaire a été apportée à 85 établissements de niveau supérieur pour que les agents de santé soient en mesure de fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de haute qualité. Les systèmes d'orientation des patients ont été améliorés, avec des passerelles entre les communautés et les établissements de santé, appuyées par la création de systèmes de transport d'urgence, avec notamment le déploiement de 20 moto ambulances. Pour soutenir ces mesures, CHAI a amélioré les capacités de gestion des districts et des provinces pour garantir une bonne supervision, prendre des décisions reposant sur des données et renforcer les responsabilités à tous les niveaux.

Le nombre de vies sauvées a dépassé tous les objectifs du projet. Entre 2019 et 2021, le nombre de femmes décédées pendant la grossesse et l'accouchement dans l'ensemble de la province du Nord a diminué de 41 % et les décès de nouveau-nés ont chuté de 45 %, tandis que l'accès aux services essentiels a été amplement maintenu durant toute la pandémie de COVID-19. Nous continuons à œuvrer avec la Zambie pendant toute l'année 2022 pour passer complètement le relais au gouvernement et soutenir les mesures prises par le ministère de la Santé pour reproduire ces effets dans d'autres régions de ce pays.

En Ouganda, CHAI s'est associée au gouvernement dans le cadre d'un programme similaire visant à éviter les décès de mères et de leurs bébés dans les six districts les moins performants du pays. Une série d'interventions à fort impact a été mise en œuvre dans les 131 établissements de santé publique de ces districts. Les actions menées avaient pour objectif de rapprocher les services des communautés et d'aider les agents de santé à proposer des soins maternels et néonataux de qualité. Le projet a directement influencé les priorités du gouvernement aux niveaux

national et régional, avec des plans visant à adopter et à étendre les principaux aspects du programme à d'autres régions.

CHAI a contribué à la remise à niveau de 80 centres de santé pour qu'ils puissent fournir des services de qualité lors des grossesses et des accouchements et au rapprochement des services de santé maternelle pour les personnes concernées. Les passerelles et les orientations entre les différents niveaux de santé ainsi que la capacité des agents de santé à fournir des services de qualité ont été améliorés. De même, la disponibilité des produits essentiels, des consommables et des équipements ainsi que les systèmes d'information, leur examen et leur analyse ont été renforcés. Plus d'un tiers des mères qui autrefois mouraient dans les établissements de santé lors de leur accouchement ont été sauvées et près de la moitié des nouveau-nés qui n'auraient pas dépassé la première semaine de vie ont survécu.

En **Afrique du Sud**, nous avons poursuivi notre soutien au programme en faveur des mères et des nouveau-nés dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle et néonatale et la mortinatalité institutionnelle dans les zones bénéficiaires. En 2021, le programme a développé le registre électronique des naissances (EBR) qui a permis l'enregistrement d'informations sur les nouveau-nés et leurs mères, facilitant ainsi la collecte et l'utilisation de données de routine. Les mesures prises pour mettre à jour et diffuser les tableaux de bord et les données du logiciel d'information sanitaire des districts (DHIS) ayant amélioré le programme, CHAI a participé à l'utilisation des déclarations en temps réel des décès de mères et de nouveau-nés, mais aussi de la mortinatalité, a plaidé en faveur d'un examen des données sanitaires et a soutenu l'élaboration de solutions visant à prévenir la mortalité tout en renforçant les responsabilités. Par ailleurs, CHAI a fourni son aide pour améliorer la disponibilité des produits essentiels, des consommables et des équipements, qui est passée de 84 % à plus de 90 % en termes de livraison par les fournisseurs pour neuf des onze produits suivis au niveau national en **Afrique du Sud**.

Au **Nigeria**, dans le cadre de la coalition Smiles for Mothers, CHAI a pris la tête de l'assistance technique apportée au gouvernement pour optimiser la prévention et la gestion des hémorragies du post-

partum en améliorant l'accès à des utérotoniques de haute qualité, en veillant à leur bonne utilisation conformément aux directives actualisées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Avec l'aide de CHAI, en 2021, le ministère fédéral de la Santé a mis à jour ses directives nationales sur l'hémorragie du post-partum en y intégrant la carbétocine thermostable (HSC) comme utérotonique préventif de première ligne. Cette mesure a été prise pour pallier les problèmes d'approvisionnement et de qualité de l'ocytocine, considérée comme le médicament de référence dans ce domaine.

L'action menée par CHAI avait au préalable abouti à une révision de la liste nationale des médicaments essentiels pour y inclure la carbétocine thermostable et, en 2021, à une actualisation des programmes de formation pour les prestataires de santé destinée à améliorer l'utilisation des utérotoniques et de l'identification et de la déclaration des cas indésirables. Au niveau régional, l'intervention de CHAI permettra une introduction fondée sur des preuves de la carbétocine thermostable dans la chaîne d'approvisionnement des produits de santé maternelle dans trois États - Kano, Niger et Lagos. Avec cette introduction de la carbétocine thermostable et la volonté de bien planifier son déploiement, le **Nigeria** ouvre la voie, en proposant des bonnes pratiques et des outils qui pourront être utilisés par d'autres pays le jour où ils feront évoluer leurs protocoles de soins et de traitement.

La mortalité maternelle est élevée au **Lesotho**, car la plupart des femmes vivent trop loin des établissements de santé et n'ont donc pas accès facilement aux soins. Grâce à un financement de la Fondation Vodafone, CHAI et ses partenaires en collaboration avec le ministère de la santé œuvrent pour développer le dispositif m-mama **Lesotho**, un système de transport d'urgence pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, à travers tout le pays. Ce programme a pour objectif de réduire la mortalité maternelle en proposant un transport durable, sûr et rapide aux femmes enceintes et aux nouveau-nés constitué d'un réseau de chauffeurs de taxi locaux, des « taxis ambulances », dans des régions où les ambulances sont rarement disponibles. En 2021, sur la base d'un modèle de formation des formateurs, nous avons participé à la formation de 551 chauffeurs dans 59 établissements de santé des districts de Leribe, Berea et Butha Buthe. À la fin de l'année, le programme avait soutenu 513 transports de patients entre des communautés et des établissements de santé et depuis des centres de santé vers des hôpitaux. La rémunération de ces chauffeurs de taxi passe par un système de paiement en mobile, M-PESA, qui est l'une des principales composantes de ce programme.



Une mère et son enfant bénéficiant du programme de transport m-mama pour rejoindre un établissement de santé dans une zone rurale du Lesotho. Photo : Sechaba Monkoe.

Élargir le choix des femmes en matière de santé reproductive

Toutes les femmes, partout dans le monde, doivent pouvoir accéder à différentes solutions contraceptives et pouvoir choisir la méthode qui convient le mieux à leur physiologie et à leurs besoins. Certaines solutions de contraception efficaces restent toutefois indisponibles ou mal utilisées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison de leur prix inabordable ou d'autres obstacles commerciaux. CHAI a choisi d'aider les ministères de la santé à élargir l'accès à de nouveaux produits de santé reproductive moins utilisés afin de mettre à la disposition des femmes un large éventail de contraceptifs et améliorer l'utilisation de la contraception.

En 2021, CHAI, en collaboration avec des donateurs, des acheteurs et d'autres partenaires, a mis en œuvre une stratégie globale destinée à renforcer l'accès au dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) hormonal, un contraceptif réversible à longue durée d'action très efficace, disponible sur les marchés à revenu élevé depuis plus de 30 ans, mais peu répandu dans ses pays bénéficiaires. Grâce à ces efforts conjoints, en 2021, des DIU hormonaux de qualité ont été mis à disposition pour la première fois à un prix unitaire inférieur à 11 USD, ce qui a permis de les ajouter aux catalogues de produits de l'UNFPA et de l'USAID.

CHAI a travaillé avec les ministères de la santé du **Nigeria**, du **Rwanda** et de la **Zambie** pour planifier leur

introduction échelonnée et chiffrée afin de soutenir des déploiements coordonnés de DIU hormonaux, tout en assurant la sécurité de l'approvisionnement.

À titre d'exemple, au **Rwanda**, CHAI a soutenu le ministère de la Santé par le biais du **Rwanda Biomedical Center (RBC)** pour intégrer les DIU hormonaux dans les soins de santé routiniers en veillant à ce que les établissements aient des stocks suffisants et que les chaînes d'approvisionnement soient efficaces et réactives. CHAI a formé 20 formateurs qualifiés au niveau du pays qui ont ensuite dispensé une formation à 100 agents de santé dans les districts, lesquels, à leur tour, ont formés des personnes dans les établissements de soins primaires. Grâce à ce système, fin 2021, plus de mille femmes utilisaient activement un DIU hormonal, quelques mois seulement après avoir introduit ce produit. Ce déploiement doit s'étendre à ces trois pays ainsi qu'à dans d'autres pays.

Au cours des dernières années, au **Ghana**, au **Liberia**, au **Malawi** et au **Myanmar**, CHAI a participé au déploiement de contraceptifs injectables sous-cutanés (AMPR-SC), que les femmes peuvent s'injecter elles-mêmes, en améliorant leur disponibilité à travers plusieurs canaux de prestation de services dans les communautés. En 2021, nous avons contribué à faire en sorte que près de 500 000 femmes puissent utiliser l'AMPR-SC dans ces pays, en dépit des



Env. 500 000 nombre de femmes ayant eu accès à l'AMPR-SC au Ghana, au Liberia, au Malawi et au Myanmar, en dépit des problèmes d'approvisionnement mondial

problèmes d'approvisionnement mondial et la crise politique au **Myanmar**.

Forte de son expérience acquise avec la diffusion de nouveaux contraceptifs peu utilisés, CHAI a travaillé avec les gouvernements du **Nigeria**, du **Kenya**, de la **Tanzanie** et de la **Zambie** pour mettre en œuvre des systèmes et des processus qui, sous la direction des gouvernements, viendraient appuyer l'introduction de nouveaux produits de santé reproductive de manière routinière. Les efforts précédents ont été réalisés avec des partenaires et des produits spécifiques et ont abouti à un travail inefficace et à une appropriation limitée de la part des gouvernements. Ces systèmes sont destinés à promouvoir une gestion plus efficace des ressources, une appropriation par le gouvernement du déploiement des produits, et une meilleure coordination et cohésion de la mise en œuvre parmi les partenaires par rapport à une stratégie gouvernementale habituelle. L'objectif recherché est de réduire ces inefficacités, la fragmentation et les approches peu performantes du déploiement de nouveaux produits. Au **Nigeria** et en **Zambie**, CHAI travaille avec les gouvernements pour tester ces nouveaux systèmes et processus avec l'introduction du DIU hormonal. Au **Kenya** et en **Tanzanie**, CHAI travaille avec les gouvernements avec l'objectif d'utiliser cette nouvelle approche afin de déterminer les produits

qui pourront le mieux répondre aux besoins du marché local.

Au niveau mondial, CHAI, au nom des donateurs, gère un pool flexible de fonds en prévision de l'introduction de produits de santé reproductive, appelé Catalytic Opportunity Fund (COF). En 2021, CHAI a élargi le nombre de financements du COF et a accordé plus de 6 millions USD à 15 pays, via 31 subventions, pour appuyer l'introduction de l'AMPR-SC et du DIU hormonal. Ce mécanisme démontre l'impact d'un modèle de financement innovant qui repose sur la demande et propose un financement rapide, flexible et transparent, pour répondre aux besoins des pays et encourager l'utilisation coordonnée des ressources de donateurs.

Construire pour le long terme

Entre 2018 et 2020, CHAI a travaillé dans des régions de neuf pays présentant une charge de morbidité élevée dans le but de permettre un meilleur accès à la santé reproductive. En 2021, nous nous sommes concentrés sur l'intégration et la sécurisation d'approches qui ont fait leurs preuves en matière de systèmes et de budgets gouvernementaux. À titre d'exemple, en **Zambie** et en **Ouganda**, CHAI a permis l'intégration dans les programmes de certains districts et dans

leurs budgets de santé d'interventions portant, entre autres choses, sur la formation et l'encadrement, des services adaptés aux jeunes et des activités d'engagement communautaire, afin de garantir que ces programmes continueront à s'appliquer au-delà de notre soutien. En **Ouganda**, CHAI a collaboré avec le ministère de la Santé pour mettre à jour le cadre national d'amélioration de la qualité du secteur de la santé et le plan stratégique 2021-2025, en intégrant le modèle d'encadrement basé sur les systèmes de CHAI et ainsi pouvoir déployer un encadrement destiné aux agents de santé dans tout le pays. De plus, au **Liberia**, CHAI a développé un cadre national chiffré pour l'encadrement clinique en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale. Nous avons créé un partenariat avec le Ministère de la Santé pour assurer la bonne intégration du programme dans le système de santé.

Au **Cambodge**, CHAI a su tirer parti de la pression incessante de la pandémie de COVID-19 pour dispenser une formation aux agents de santé sur les services de santé reproductive. Nous avons aidé le Centre national de santé maternelle et infantile (NMCHC) à déployer un modèle de formation hybride (en distanciel et en présentiel) dans six provinces, pour 77 stagiaires issus de 72 établissements de santé. Un site web d'apprentissage en ligne a également vu le jour pour proposer un apprentissage continu sur certains sujets. Il a été complété par une base de données de formation en ligne. Cette base de données a permis aux responsables régionaux de la santé de s'approprier leurs propres données sur les capacités des agents de santé et d'identifier les lacunes à traiter en priorité au cours des prochaines formations. Les formations en présentiel ont permis d'augmenter de 29 % le nombre de prestataires de santé sexuelle et reproductive éligibles au niveau national et ont permis à 28 établissements supplémentaires de fournir des services connexes. Les outils en ligne devraient permettre une hausse de ces chiffres au cours de l'année à venir, au fur et à mesure de l'augmentation de la demande de services et une fois que les autorités régionales auront tiré parti des outils leur permettant de renforcer les capacités des équipes de santé dans les établissements.

Éliminer la syphilis congénitale

Chaque année, la syphilis congénitale entraîne plus de 210 000 mortinaissances ou décès de nouveau-nés qui pourraient être évités si la mère était dépistée et traitée à temps. Dans de nombreux pays, en particulier en Afrique subsaharienne et certaines régions d'Asie, le dépistage du VIH est systématique pour près de 95 % des femmes lors de leur visite prénatale tandis que moins de 50 % d'entre elles sont testées pour la



< 1 USD = prix du double test rapide de diagnostic VIH/syphilis dans les pays à revenu faible et intermédiaire

syphilis. En 2019, l'OMS a recommandé le double test de diagnostic rapide VIH/syphilis pour les femmes enceintes au cours de la période prénatale mais seuls 23 % des pays ont adopté cette mesure dans leur politique prénatale.

En novembre 2021, MedAccess, CHAI et SD Biosensor ont annoncé un partenariat visant à garantir pour la première fois qu'un test de diagnostic rapide (TDR) double VIH/syphilis préqualifié par l'OMS était disponible pour moins d'un dollar USD pour les acheteurs du secteur public dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Nous aidons maintenant les pays à accélérer le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes pour égaler le niveau de dépistage du VIH. L'achèvement de cet objectif dans les 20 pays les plus touchés, contribuerait à éliminer un tiers des préjudices liés à la syphilis, et ainsi de sauver au moins 74 000 vies et tout en évitant 53 000 cas d'infection grave chaque année.

En 2021, l'**Inde** a adopté le dépistage intégré du VIH et de la syphilis dans le but d'éliminer la transmission de ces deux maladies de la mère à l'enfant. Pour soutenir cette mesure, CHAI a aidé le programme à mettre en œuvre un certain nombre d'opérations, notamment en identifiant les principales lacunes en matière de dépistage de la syphilis dans les établissements de santé. Elle a de même contribué à l'identification des fournisseurs de doubles tests de diagnostic rapide enregistrés, en travaillant avec eux pour les amener à satisfaire les exigences d'approvisionnement dans le pays et au niveau mondial. CHAI a permis de générer une demande pour les TDR doubles en informant le personnel des établissements de santé sur les tests et en les aidant à identifier leur financement en prévision de leur approvisionnement. Avec ce programme, le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes dans tout le pays est passé de 30 % en 2018 à 67 % en 2021. Par ailleurs, huit États (rassemblant environ 30 % des femmes enceintes en **Inde**) ont acheté 4,7 millions TDR doubles. Ce succès sert de catalyseur pour un changement au niveau national, l'Organisation nationale de lutte contre le sida (NACO) prévoit désormais un achat national de kits de TDR doubles afin de pouvoir dépister toutes les femmes enceintes et les autres groupes à risque dans tout le pays.

Entre 2019 et 2021, CHAI s'est associée au Programme national de lutte contre le sida et les MST au **Nigeria**



Groupe d'encadrement par les pairs, composé de fournisseurs de médicaments brevetés et exclusifs (PPMV), échangeant sur les services de santé infantile à Kaduna, Nigeria. Photo : MTE Photography.

pour introduire des tests doubles VIH/syphilis dans le cadre d'un projet pilote dans trois États. Plus de 45 000 femmes enceintes ont pu profiter de ce dépistage dans les 31 établissements pilotes. Dans le même temps, CHAI a aidé le gouvernement à actualiser sa politique et ses directives de traitement afin d'y intégrer les tests. À la fin de l'année, le gouvernement s'est engagé à étendre le double dépistage du VIH/syphilis à toutes les femmes enceintes au **Nigeria**, tout en s'appuyant pour cela sur un accès fiable à un traitement approprié, en tant que stratégie clé du programme.

En partenariat avec les bureaux de santé fédéraux, régionaux et les woredas, en **Éthiopie**, CHAI a mis en œuvre un programme pilote de trois mois sur les doubles tests de dépistage du VIH/syphilis dans une sélection d'établissements de santé de quatre régions. Ce programme pilote de CHAI avait pour objectif d'éliminer les obstacles au dépistage et au traitement de la syphilis et à augmenter la couverture dans le pays. L'introduction de kits de double test VIH/syphilis à un prix abordable dans le programme de santé maternelle et néonatale existant du pays était un élément clé. En 2021, 14 146 femmes enceintes au total ont été testées avec ces doubles tests. À la suite du succès de ce programme pilote, le ministère prévoit maintenant un déploiement national du dépistage intégré du VIH/syphilis.

Nos projets

La stratégie intégrée qui est la base du programme SRMNH de CHAI a clairement permis d'éviter le décès de milliers de mères et de bébés dans de nombreuses régions du monde. En établissant des « réseaux de soins » pour créer des passerelles de manière fiable et efficace entre tous les niveaux du système de santé, CHAI prouve que les femmes et les nouveau-nés qui souffrent de complications au moment de l'accouchement peuvent être stabilisés, orientés et, en dernier lieu, traités, quel que soit le lieu de l'accouchement et le niveau de ruralité, de pauvreté et de marginalité de la communauté. CHAI continuera à travailler avec les gouvernements et les partenaires internationaux pour diffuser cette approche innovante et encourager son adoption à grande échelle.

La pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et ceux destinés aux nouveau-nés dans le monde entier. CHAI souhaite soutenir ses gouvernements partenaires dans leurs efforts pour relever ces problèmes exacerbés par la crise sanitaire et les résoudre. La biologie de la grossesse crée une vulnérabilité spécifique au changement climatique et des conséquences dues, par exemple, à des conditions météorologiques extrêmes constituent une menace supplémentaire pour les bénéfices acquis en matière de santé maternelle et

néonatale, car elles ne font qu'accentuer un peu plus les lacunes et amplifier les échecs au niveau global et national.

CHAI va rester un des leaders de la fourniture de produits destinés à la santé reproductive dans le monde, en s'appuyant pour cela sur des partenariats uniques dans les pays et au niveau global, afin de structurer le panorama de l'introduction des produits et d'apporter une assistance technique solide visant à renforcer la sécurité des produits. Au fur et à mesure de la transition des donateurs vers le financement de produits contraceptifs, les pays doivent trouver des ressources durables et cohérentes pour les fournitures. CHAI va poursuivre son travail avec les gouvernements pour améliorer le financement national de l'approvisionnement en contraceptifs et renforcer les capacités d'approvisionnement en produits de base des pays. En 2022, CHAI va également continuer à aider les gouvernements de certains pays à renforcer leurs systèmes de financement et de prestation de services de santé reproductive dans le cadre de leurs systèmes de soins de santé primaires.

Les actions de CHAI en faveur de l'introduction et de l'intensification du double test VIH/syphilis montre qu'il est possible d'en finir avec les vieux schémas qui séparaient jusque-là les programmes de lutte contre le VIH, les maladies sexuellement transmissibles et la santé maternelle et néonatale au niveau des pays, du monde entier et des donateurs. En cherchant à créer des passerelles entre le dépistage et le traitement de la syphilis maternelle et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, les pays découvrent une approche plus rentable et plus durable qui leur permettra de garantir des soins prénataux de meilleure qualité. Ces premières mesures serviront de base aux pays pour parvenir à la triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant.

ÉQUIPES TRANSVERSALES D'EXPERTS :

Sciences de la santé mondiale

Nos programmes ont pour objectif de sauver des vies et de réduire les maladies, tout en aidant les gouvernements à créer des systèmes de santé durables. À cet effet, notre équipe d'experts scientifiques, commerciaux et techniques travaille main dans la main avec les équipes de programme et les équipes pays au sein de notre organisation pour atteindre cet objectif. Tout au long de ce rapport, nous allons mettre en avant la collaboration qui s'est établie entre ces équipes transversales et nos équipes chargées des programmes et des pays.

L'équipe chargée des sciences de la santé mondiale a pour objectif de réduire les coûts, d'améliorer la qualité, d'accélérer et d'accroître l'accès aux traitements pour des millions de personnes vivant avec des ressources limitées. L'équipe développe les versions les moins coûteuses et les plus efficaces des médicaments indispensables aux adultes et aux enfants. Elle contribue de même à renforcer notre compréhension et notre gestion des maladies et permet d'améliorer les soins prodigués aux patients.

Notre équipe des sciences de la santé mondiale est composée des cinq groupes suivants : Analyse et recherche sur la mise en œuvre, Sciences cliniques, Développement produit et Aspects juridiques, Chimie des processus et Qualité, Approvisionnement et Chiffrage. Les scientifiques de ces équipes travaillent en étroite collaboration avec l'équipe des pays et des programmes de CHAI ainsi qu'avec des entités commerciales, des instances réglementaires, des organisations normatives et des partenaires universitaires.

Renforcer l'accès à des produits et des équipements de santé de qualité

La pandémie de COVID-19 a entraîné une pénurie mondiale d'équipements de protection individuelle (EPI) de qualité. Même si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dispose d'une plateforme et d'un portail d'approvisionnement centralisés d'EPI permettant de répondre aux demandes des ministères de la santé, les pays ont souvent besoin d'EPI plus rapidement que ceux disponibles sur le portail. Pour y remédier, les équipes Qualité, Approvisionnement et Chiffrage et Développement Produits et Aspects juridiques ont travaillé avec les équipes Pays et Programmes de CHAI pour évaluer les produits disponibles au niveau local et déterminer les EPI les mieux adaptés à leurs besoins, par exemple, un masque respiratoire ou un masque facial. Au cours de ce travail, elles ont constaté l'ampleur des produits de contrefaçon. Pour des acheteurs non habitués aux normes imposés aux produits ni aux certifications requises, la probabilité d'acheter des produits de contrefaçon est beaucoup

plus élevée. CHAI a aidé plusieurs pays à se procurer et à acheter des EPI de qualité certifiée, par exemple en envoyant des masques N95 aux équipes de CHAI au **Vietnam** et en **Papouasie-Nouvelle-Guinée**. Lorsque les équipes de CHAI ont dû se procurer des EPI localement, nous les avons aidées à vérifier la documentation fournie par les fabricants pour s'assurer que ceux-ci respectaient les normes de qualité.

Par ailleurs, nous avons créé un tableau de bord interne spécial COVID-19 pour aider le personnel de CHAI à identifier et à gérer les ressources en matière de qualité, d'approvisionnement, de fabrication locale et de réglementation. Le tableau de bord fournit des ressources actualisées provenant de plusieurs sources, la FDA (ministère américain de la Santé), Les centres de prévention et de lutte contre les maladies (CDC) des États-Unis et l'OMS, afin d'informer les pays de la disponibilité d'EPI de qualité. De plus, nous avons fourni des documents de référence simples à utiliser pour extraire les informations nécessaires contenues dans le tableau de bord et les appliquer directement aux équipes nationales de CHAI à la recherche d'EPI de qualité. À titre d'exemple, l'un de ces documents de référence est intitulé How to Buy Quality Respirators (Comment acheter des masques respiratoires de qualité) et un autre, CHAI Country Considerations for PPE Decontamination (Aspects du pays CHAI à prendre en compte pour la décontamination des EPI)

Les équipes Qualité et Développement Produits de CHAI aident également notre équipe chargée du cancer du col de l'utérus en **Inde**, au **Kenya**, au **Malawi**, au **Nigeria**, au **Rwanda**, en **Afrique du Sud** et en **Zambie** afin de les assurer de la qualité des appareils médicaux achetés par CHAI pour le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus, dont les appareils de thermo-ablation et les logiciels d'aide au diagnostic des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Pour cela, nous avons mis en œuvre un processus de gestion des plaintes concernant les dysfonctionnements de certains appareils de thermo-ablation. Nous avons créé un mécanisme qui permet de recevoir et de documenter les plaintes relatives aux appareils, de les signaler aux représentants appropriés et de réaliser un

suivi des éventuelles tendances émergentes en matière de défaillance des dispositifs. La procédure appliquée comprend des réunions en ligne avec les prestataires de soins dans les pays partenaires et les fabricants afin d'évaluer et de résoudre immédiatement les problèmes sur le terrain, ainsi que la diffusion de manuels de formation pour permettre une autonomie de maintenance sur ces appareils.

Le tableau de bord que nous avons créé pour signaler et réaliser un suivi des plaintes a également aidé l'équipe chargée du cancer du col de l'utérus à réviser les protocoles de formation destinés aux prestataires de soins. Depuis le début du programme en 2020, CHAI a rapidement remplacé 17 appareils et accessoires défectueux sans frais supplémentaires pour CHAI, tout en veillant à ce que les services de dépistage et de traitement dans les pays partenaires soient le moins perturbés possible. Nous utilisons maintenant notre expérience dans ce domaine pour établir une feuille de route pour les activités liées aux plaintes qui pourraient être appliquées à d'autres programmes.

La résistance aux antimicrobiens (RAM) se produit lorsque des bactéries, des virus, des champignons et des parasites se transforment avec le temps et ne répondent plus aux médicaments, ce qui rend les infections plus difficiles à traiter et augmente le risque de propagation des maladies, de maladies graves et de décès. L'OMS a déclaré que la RAM constituait une menace urgente et croissante pour la santé et le développement à l'échelle mondiale : d'ici 2050, on estime que 10 millions de décès par an seront dus à la RAM et qu'un montant cumulé de 100 000 milliards USD sera gaspillé en termes de production économique. Encore de nos jours, la RAM provoque plus de décès par an que le VIH ou le paludisme.

En 2021, CHAI a annoncé un partenariat avec le Partenariat mondial pour la recherche et le développement des antibiotiques (GARDP) et l'entreprise innovante Shionogi afin de commercialiser son nouvel antibiotique, le cefidérocol, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Nous travaillons de même avec le Fonds mondial d'innovation pour la résistance aux antimicrobiens du gouvernement britannique pour mener des actions visant à structurer le marché pour répondre aux priorités de la RAM identifiées après une série d'entretiens avec des informateurs clés dans cinq pays bénéficiaires de CHAI.



La distribution d'aliments mélangés enrichis au Rwanda a permis de réduire de 40 % le nombre d'enfants exposés à un risque de retard de croissance et de 41 % ceux risquant une insuffisance pondérale

Rechercher de nouvelles approches pour résoudre la pression des questions de santé

Les décisions sont influencées par des facteurs multiples et contradictoires. En particulier en ce qui concerne les décisions qui ont un impact sur la stratégie du programme, il est important de recourir à un processus décisionnel transparent pour contrebalancer ces facteurs concurrents. L'équipe Développement Produits et Aspects juridiques utilise des méthodologies de la science décisionnelle pour appuyer les équipes chargées des programmes. Elle a réalisé plusieurs exercices en 2021 qui ont contribué à changer le mode de prise de décisions de l'espace de la santé mondiale.

À titre d'exemple, les nouveaux traitements de lutte contre la tuberculose latente mis au point ces dernières années nécessitent des traitements plus courts et provoquent moins d'effets secondaires, et aboutissent à de meilleurs résultats thérapeutiques. Dans le cadre d'IMPACT4TB (Increasing Market and Public health outcomes through scaling up Affordable Access models of short Course preventive therapy for TB), CHAI travaille avec les gouvernements pour introduire ces traitements. En 2021, l'équipe Développement Produits de CHAI a proposé une méthodologie de la science décisionnelle pour faciliter la décision relative au produit à inclure dans le nouveau traitement de prévention de la tuberculose active. Cette méthode a abouti au développement du 1HP, un traitement très court composé d'isoniazide et de rifapentine avec une prise quotidienne pendant 28 jours, qui s'est révélé aussi efficace que les traitements habituels d'une durée de neuf mois.

Un deuxième exercice de science décisionnelle mené par l'équipe a servi à éclairer la prise de décision au niveau de l'OMS des produits à inclure lors de la mise à jour du groupe PADO (Pediatric Antiretroviral Drug Optimization) dirigé par l'OMS. Le PADO fixe les priorités à moyen et à long terme pour le développement de médicaments destinés à accélérer l'accès aux meilleures formulations pour les enfants qui vivent avec le VIH. CHAI a dirigé l'exercice qui constitué à fixer les critères de classement des médicaments en cours de développement pour le traitement du VIH chez les enfants. Pour y parvenir, elle a utilisé un outil de science décisionnelle et mené une enquête auprès d'environ 80 participants aux réunions PADO5 de l'OMS afin de recueillir des données sur les médicaments qui devraient être considérés comme prioritaires et ceux qui devraient être ajoutés à la liste de surveillance en vue de discussions futures.

L'équipe Sciences cliniques élabore des stratégies et des technologies qui font progresser notre compréhension des maladies et améliorent la

prestation des services de santé. Au cours des trois dernières années, CHAI a créé des supports et des outils qui améliorent l'accès aux produits essentiels pour l'infection à VIH avancé (AHD), qui rendent les individus plus vulnérables aux infections opportunistes mortelles comme la tuberculose et la méningite à cryptocoque. En 2017 et 2018, l'OMS a publié une série de directives traitant de la prise en charge de l'AHD, notamment pour la méningite à cryptocoque. En dépit de ces nouvelles recommandations, des obstacles subsistaient, tant du côté de l'offre que de la demande, qui rendaient les produits et services permettant de diagnostiquer et de traiter l'AHD particulièrement indisponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En 2021, les équipes Sciences cliniques et VIH/SIDA ont travaillé avec des groupes communautaires pour améliorer la littérature relative au traitement de l'AHD. En collaboration avec Unitaid, elles ont développé des ressources, dont une boîte à outils en ligne, sur la gestion de l'AHD, pour que les partenaires de mise en œuvre puissent les utiliser au cours de leur travail.

Unitaid et CHAI ont également travaillé ensemble au cours des six dernières années pour accélérer l'accès à un nouveau médicament antirétroviral, le dolutégravir (DTG). En 2021, une formulation du médicament adaptée aux enfants a été mise sur le marché grâce à un effort de développement et d'enregistrement mené conjointement par CHAI, ViiV Healthcare et Unitaid, qui a conduit à une restructuration mondiale du traitement du VIH chez les enfants. CHAI a travaillé en étroite collaboration avec les ministères de la santé pour aligner rapidement les plans de déploiement de ce nouveau traitement pédiatrique du VIH. Nous avons mené des recherches opérationnelles sur les obstacles et les facilitateurs de l'adoption du DTG pédiatrique et avons exploré les résultats cliniques dans les premiers pays à l'avoir adopté. Au fur et à mesure de la création de nouveaux conseils consultatifs communautaires pédiatriques dans les pays partenaires, nous avons fourni des informations sur le produit pour encourager la demande de la nouvelle formulation. CHAI a dispensé une formation aux membres d'AfroCAB, une organisation de défenseurs des traitements du VIH en Afrique, pour qu'ils puissent à leur tour former les membres de leurs réseaux. Grâce à cet engagement, les membres d'AfroCAB ont soutenu l'adoption d'une politique nationale et la planification de la mise en œuvre du DTG pédiatrique, et ont élaboré une série de supports d'information, d'éducation et de communication que les ministères de la santé ont adapté dans plus de 10 pays. Les membres d'AfroCAB assurent une formation auprès de mères mentors et de groupes de soutien aux patients afin de les sensibiliser au DTG pédiatrique et de fournir ainsi un feedback aux programmes nationaux et aux partenaires de



+ 2,7 M litres d'eau potable fournis par l'unité communautaire de traitement de l'eau du Madhya Pradesh, Inde

mise en œuvre. Enfin, AfroCAB forme des leaders communautaires, des réseaux nationaux de personnes qui vivent avec le VIH et la société civile pour accélérer la transition vers ce traitement pédiatrique optimal du VIH.

L'équipe Analyse et Recherche sur la Mise en œuvre (AIR) de CHAI est composée d'experts en santé publique stratégiquement positionnés au centre des priorités territoriales et pathologiques de CHAI, pour trouver des solutions en utilisant l'impact et les preuves. L'équipe AIR conçoit des études de recherche appliquée pour tester les innovations et les interventions fondées sur des preuves. Elle développe des modèles mathématiques pour prédire l'impact selon plusieurs scénarios et génère et utilise des données géospatiales pour cibler les interventions critiques et les populations à risque. L'équipe AIR chiffre et planifie les besoins pour rendre une politique opérationnelle et sert de catalyseur pour des initiatives stratégiques. À l'origine centrée sur le VIH, l'AIR a élargi son périmètre d'action avec les années, parallèlement à celui de CHAI, qui comprend actuellement la santé maternelle, néonatale et infantile, la santé sexuelle et reproductive, les vaccins, l'hépatite virale, le cancer du col de l'utérus, la COVID-19, le diabète, la tuberculose et la drépanocytose.

Ces dernières années, CHAI a soutenu les programmes de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale du Malawi et du Ghana pour introduire et diffuser une nouvelle formulation d'un contraceptif injectable connu d'une durée de trois mois. Le dosage de l'acétate de médroxyprogestérone-retard en sous-cutané (AMPR-SC) étant plus faible, il est plus facile à administrer, et peut être administré par toute personne formée, y compris par les patientes elles-mêmes. Cependant, ces deux pays ont montré un taux d'adoption de la solution d'auto-injection plus faible que prévu par rapport aux premières études d'acceptabilité réalisées. Les partenaires gouvernementaux ont cherché à comprendre les freins liés à l'offre et à la demande pouvant entraîner cette situation.

En 2021, l'équipe Analyse et Recherche sur la Mise en œuvre de CHAI a co-conçu des études de recherche approfondies avec l'équipe CHAI chargée de la santé maternelle, néonatale et reproductive ainsi qu'avec les partenaires gouvernementaux des deux pays

pour comprendre ces obstacles. Au **Malawi**, où le déploiement national de la formation des agents de santé sur l'AMPR-SC était déjà terminé, l'équipe a mené une étude qualitative auprès des groupes de patientes des services d'injection et des agents de santé pour essayer d'identifier les domaines dans lesquels ces groupes nécessitaient davantage de soutien pour pouvoir bien intégrer l'AMPR-SC. Au **Ghana**, où la formation des agents de santé à l'AMPR-SC était toujours en cours, une étude à méthodes mixtes avec des formateurs cliniques, des agents de santé formés et non formés, et des groupes de patientes des services d'injection a été menée pour essayer d'identifier les goulets d'étranglement et orienter la prochaine phase du déploiement national.

Ces deux études ont permis d'identifier les principaux problèmes de fourniture actuelle (y compris des problèmes de rupture de stock, des lacunes en matière de soutien aux agents de santé après la formation et l'amélioration de la confiance des patientes dans l'auto-injection) ainsi que des exemples prometteurs d'attitudes favorables à l'auto-injection et de

meilleures pratiques de conseil qui pourraient être bientôt exploitées. Ces études ont débouché sur des recommandations politiques et programmatiques concrètes qui orientent les mesures visant à intégrer davantage l'AMPR-SC (y compris pour l'auto-injection) dans l'ensemble des méthodes contraceptives dans les deux contextes. À titre d'exemple, les recommandations de l'étude permettent d'identifier les domaines cibles à privilégier lors de la supervision d'aide aux agents de santé et le partage d'exemples de bonnes pratiques de conseil pour renforcer les compétences des agents de santé, ainsi qu'à orienter les messages de conseil et les supports de sensibilisation pour renforcer la confiance des patientes.

Nos projets

Parmi nos projets, nous prévoyons d'élargir nos activités aux programmes de maladies naissantes, la RAM par exemple, et nous envisageons d'explorer de nouveaux domaines de maladies, comme la drépanocytose, en utilisant pour cela les bases et les enseignements tirés des expériences passées.

Nutrition

La malnutrition est un facteur qui contribue à près de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Environ 155 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, état qui s'installe au cours des 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant. Les enfants souffrant de malnutrition chronique sont plus sensibles aux maladies et aux infections, ce qui entraîne un taux élevé de mortalité infantile et juvénile. Par ailleurs, les enfants souffrant de malnutrition chronique peuvent connaître des troubles cognitifs.

L'anémie, un manque de fer dans le sang, est également liée à la malnutrition, tant chez les enfants que chez les femmes, ce qui contribue à un faible poids à la naissance et augmente le risque de complications graves pendant la grossesse. La malnutrition et l'anémie, forment un cycle de transmission entre les générations : l'enfant mal nourri risque de devenir anémique à l'adolescence, la jeune fille risque d'avoir une grossesse à risque et de donner naissance à un enfant d'un poids insuffisant, lequel à son tour risque de devenir un enfant mal nourri.

Améliorer la nutrition

CHAI travaille avec les gouvernements pour stopper le cycle de la malnutrition et de l'anémie en améliorant l'accès à des aliments complémentaires et supplémentaires de haute qualité, produits localement et denses en nutriments au cours des 1000 premiers jours critiques de la vie d'un enfant, ainsi qu'en soutenant les programmes de nutrition gérés par ces mêmes gouvernements.

Au **Rwanda**, CHAI soutient une initiative menée par le gouvernement pour introduire et distribuer des aliments mélangés enrichis aux enfants de six à 23 mois et aux femmes enceintes et aux mères allaitantes dans les familles les plus pauvres et les plus vulnérables du pays.

CHAI a facilité le lancement d'une entreprise locale, Africa Improved Foods Ltd, et a soutenu le développement de systèmes de distribution et de campagnes de messages ciblés pour s'assurer que les produits parviennent à ceux qui en ont le plus besoin. Elle a également aidé le gouvernement à organiser un suivi et une évaluation de routine et a géré une évaluation en cours pour comprendre l'impact de la fourniture d'aliments mélangés enrichis sur la croissance des enfants.

L'évaluation a montré une baisse importante de la malnutrition chronique entre 2017 et 2021 chez les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres du **Rwanda**. Chez les enfants, pour la période 2017 à 2021, on a observé une baisse de 40 % du risque de souffrir d'un retard de croissance et une baisse de 41 % du risque de souffrir d'une insuffisance pondérale, démontrant ainsi les bénéfices de cette approche.

Donner aux communautés les moyens d'améliorer la santé tout au long de la vie

Depuis 2016, CHAI aide le gouvernement du Madhya Pradesh, en **Inde** à créer et à mettre en œuvre de nouvelles mesures ambitieuses visant à réduire la malnutrition chronique et l'anémie dans cet État, en mettant l'accent sur le renforcement de la prestation de services et l'adoption de tous les services de nutrition essentiels développés par le gouvernement. L'un des principaux axes stratégiques développé par CHAI sur plusieurs fronts à la fois pour en finir avec ce cycle intergénérationnel de malnutrition prévoyait de mettre en œuvre et de renforcer les systèmes communautaires en recourant aux agents de santé de ces communautés pour améliorer la prestation de services.

Sensibiliser les adolescents à l'anémie en s'appuyant sur le système éducatif

Selon la dernière enquête nationale sur la santé familiale, NFHS-5 (2019 - 2021), au moins 58 % des filles et 31 % des garçons entre 15 et 19 ans sont anémiques dans le Madhya Pradesh. Cet état dispose d'un programme appelé Anemia Mukta Bharat (AMB) qui fournit des compléments prophylactiques en fer et acide folique à tous les enfants, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes pour diminuer les taux d'anémie dans la communauté. Des compléments en fer et acide folique sont distribués aux enfants en âge scolaire grâce au programme Weekly Iron Folic Acid Supplementation (WIFS) de l'AMB. Cependant, seul un adolescent scolarisé sur trois reçoit la dose de fer et d'acide folique recommandée au Madhya Pradesh.

CHAI a enquêté dans cet état en 2018 pour tenter de comprendre cette faible couverture et le peu d'adhésion à cette distribution de fer et d'acide folique chez les adolescents scolarisés. Les résultats ont montré qu'une grande partie des enseignants manquaient de formation en matière de conseils à



Agent de santé sortant des vaccins d'un système de maintien au froid, Lagos, Nigeria. Photo : Prince Friday.

apporter concernant ces produits et sur leur mode d'administration.

Pour résoudre ce problème, CHAI a travaillé avec l'Institut d'éducation et de formation du district (DIET), qui dispense une formation préalable et continue aux enseignants des écoles primaires, intermédiaires et secondaires. Nous avons évalué les ressources du DIET et les modules du programme de formation des enseignants et l'avons incité à y intégrer des contenus sur la santé et la nutrition axés sur l'anémie et la distribution de compléments en fer et en acide folique dans les écoles. CHAI a également travaillé avec le département chargé de la santé et de l'éducation de l'État pour élaborer le contenu de la formation et a organisé des sessions de formation en ligne pour cet état au niveau district, bloc communautaire et instituts DIET du Madhya Pradesh. Elle a ainsi formé plus de 5 000 enseignants et, ces sessions de formation ayant été diffusées sur YouTube, la vidéo est disponible en cas de besoin. Depuis sa diffusion, elle a été visionnée plus de 42 000 fois. Depuis cette intervention, la Mission nationale de santé du Madhya Pradesh a demandé au département de l'éducation de l'État d'inclure une formation sur l'anémie dans le programme du DIET de formation continue des enseignants.

Renforcer de manière pérenne les capacités des agents de première ligne avec une méthode d'apprentissage progressif

La Mission nationale de santé envisage de recourir à des agents sociaux actifs de santé accrédités (Accredited Social Health Activists ou ASHA), soit un cadre de personnel de santé, qui servira d'interface entre la communauté et le système de santé publique. Ils auront pour principale mission de promouvoir des services de santé infantile, maternelle et reproductive dans leur communauté, en particulier, la planification familiale, la recherche de soins appropriés, les soins prénataux et les compétences de soins pendant l'accouchement.

Avant l'enquête nationale sur la santé familiale, NFHS-4 (2015 - 2016), les femmes utilisaient très peu les services de santé maternelle dans le Madhya Pradesh avec seulement 36 % des mères déclarant avoir eu quatre visites prénatales ou plus, 53 %, un contrôle prénatal au premier trimestre de grossesse, et environ 24 % avoir pris 100 comprimés ou plus de compléments en fer et en acide folique pendant leur grossesse.

Les ASHA sont chargés de mobiliser la communauté et pour cela ils doivent avoir des connaissances et des compétences adéquates pour pouvoir promouvoir le recours aux services de santé. En 2020, CHAI a rapidement évalué leurs niveaux de connaissances

sur divers sujets et a constaté des lacunes dans les domaines suivants : compléments en fer et en acide folique, diversité alimentaire, diarrhée et pneumonie.

Un rapport du Centre national de ressources des systèmes de santé de 2011 avait étudié le contenu du programme ASHA et avait indiqué dans ses conclusions que l'efficacité fonctionnelle des ASHA dépendait de la qualité de la formation reçue, de sa fréquence et de la qualité des interactions entre les ASHA et leurs superviseurs, sans oublier un approvisionnement régulier en médicaments et autres produits. Une autre étude avait recommandé que les ASHA suivent régulièrement des cours de recyclage pour améliorer leurs connaissances en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale.

Sur la base de ces études et de l'expérience de CHAI, nous avons décidé d'adopter une méthode d'apprentissage progressif. Selon cette méthode, les superviseurs des ASHA sélectionnent chaque mois un sujet spécifique et s'assurent que les ASHA puissent pratiquer cet aspect de la prestation de services tout au long du mois. CHAI a mené un projet pilote dans deux districts du Madhya Pradesh pour former les superviseurs à la conduite de ces sessions. Afin de garantir un haut niveau de compréhension, CHAI, en collaboration avec la cellule ASHA de l'état, a développé et diffusé aux superviseurs 11 supports de modules sur une base hebdomadaire. Lorsque ce concept a été validé, CHAI a présidé à l'élaboration d'un plan de formation détaillé et de modules structurés pour cet apprentissage. Elle a ensuite organisé 11 sessions de formation en ligne pour les superviseurs ASHA avec une participation de 100 à 160 personnes par session, puis d'une session en présentiel dans chaque bloc communautaire (12 blocs au total dans les deux districts pilotes).

Au total, 150 superviseurs ASHA ont été formés dans les 12 blocs du projet pilote. Les superviseurs ont fait preuve d'une meilleure compréhension des sujets traités et ont élaboré des calendriers de formation annuels pour les ASHA. Le gouvernement a reconnu le succès de ce projet pilote et a lancé la formation de 5 000 superviseurs ASHA supplémentaires dans l'État, en utilisant les supports de modules développés par CHAI. CHAI continue d'aider l'État à former des formateurs qualifiés et à superviser certaines des sessions de formation menées par ces derniers. Au total, 63 000 ASHA de cet état devraient bénéficier de cette initiative.

Par ailleurs, d'autres états ont déclaré être intéressés par notre méthode et souhaiteraient la reproduire sur leur territoire. Vers la fin de l'année 2021, CHAI a apporté une assistance technique au gouvernement du Pendjab, en partageant son expérience avec les parties prenantes du gouvernement et en les orientant pour

qu'ils puissent parvenir à des résultats semblables à ceux que le gouvernement du Madhya Pradesh avait pu obtenir avec l'aide de CHAI.

Débloquer l'aide gouvernementale pour fournir une eau potable sûre

L'accès à l'eau potable est quasi inexistant dans les zones rurales du Madhya Pradesh. Selon une étude préliminaire menée par CHAI en 2016, moins de 4 % de la population rurale de cet état utilise une méthode efficace de purification de l'eau. Pour améliorer l'accès à l'eau potable, CHAI s'est associée en 2018 à Tata Trust pour identifier une technologie solide permettant de défluorer et de purifier l'eau et a piloté un modèle opérationnel d'unité communautaire de traitement de l'eau qui s'appuie sur l'entrepreneuriat rural pour garantir sa durabilité. Ce programme fonctionne avec succès depuis 2018 et a fourni plus de 2,7 millions de litres d'eau potable.

Après le succès de ce programme dans le district pilote, le département d'ingénierie de santé publique (PHED) et le gouvernement du Madhya Pradesh, avec le soutien de CHAI, ont décidé de l'étendre à d'autres districts de l'état particulièrement concernés par une forte contamination par le fluor de leurs eaux souterraines. En 2021, CHAI a signé un protocole d'accord avec le PHED pour prendre en charge les premiers investissements nécessaires à la construction de 30 à 50 unités de traitement de l'eau au cours des deux ou trois prochaines années. CHAI a ensuite aidé l'État à identifier 19 sites pour installer ces unités dans deux districts, à élaborer

des procédures opérationnelles standard détaillées et des cadres de suivi et d'évaluation, à créer des supports de communication et à rédiger des rapports détaillés relatifs à ce projet. Le PHED sélectionnera le fournisseur de technologie chargé de construire ces unités et participera à l'installation de 20 à 30 d'entre elles en 2022.

Nos projets

En 2022, CHAI a l'intention de travailler avec le gouvernement du **Rwanda** pour diffuser les résultats de l'évaluation réalisée sur ce pays, et montrer ainsi l'impact que la méthode appliquée a eu sur le retard de croissance des enfants, parallèlement au succès de l'entreprise commune menée localement. CHAI prévoit d'examiner le panorama nutritionnel pour repérer les lieux qui pourraient accueillir un modèle similaire.

En 2022, en **Inde**, CHAI va se concentrer sur la diffusion et la documentation des enseignements du programme, ainsi que sur l'institutionnalisation des interventions du programme dans l'État de Madhya Pradesh. Pour cela, elle réalisera une évaluation finale dans tout l'État afin de mesurer l'impact et de déterminer les éventuels domaines d'intervention pour l'avenir. Elle souhaite également que, d'ici fin 2023, environ 40 unités de traitement de l'eau soient opérationnelles dans cinq districts du Madhya Pradesh dont les nappes sont contaminées par le fluor. Ce développement sera réalisé avec l'aide de groupes d'entraide, qui en feront une source de revenus viable dans la mesure où leur crédibilité est établie et qu'ils peuvent accéder relativement facilement au crédit.

Vaccins

La vaccination est un outil puissant qui sauve des vies et améliore la santé dans le monde. Chaque année, les programmes nationaux de vaccination touchent environ 27 millions de nourrissons rien qu'en Afrique subsaharienne et, depuis le lancement du Programme élargi de vaccination (PEV) en 1974, on estime que les vaccins permettent d'éviter chaque année le décès de deux à trois millions d'enfants dans le monde.

Pour chaque dollar investi dans la vaccination, on obtient un retour sur investissement de 16 USD, ce qui en fait l'une des interventions de santé publique les plus rentables qui soient. En dépit de cet énorme succès, des lacunes importantes subsistent puisque deux millions d'enfants (principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur) meurent encore chaque année de maladies évitables par la

vaccination, et on estime que 25 millions d'enfants sont encore sous-vaccinés chaque année.

Depuis 2010, CHAI œuvre avec les gouvernements, les pays partenaires et les parties prenantes mondiales à une amélioration de la couverture vaccinale et à la réduction des inégalités, en particulier dans les communautés les plus vulnérables, pour réduire durablement la mortalité et la morbidité dues aux maladies évitables par la vaccination. Nous accélérons l'adoption de vaccins nouveaux ou mal utilisés, en particulier ceux qui nécessitent des plateformes d'administration nouvelles ou complexes. Nous cherchons également à renforcer la chaîne du froid et la logistique des vaccins, ainsi que les services associés à la vaccination, pour aboutir à une couverture vaccinale efficace et abordable pour tous.

Enfin, lorsque les programmes de vaccination sortent de Gavi, l'Alliance du Vaccin, et d'autres mécanismes internationaux d'aide, nous travaillons avec les gouvernements pour garantir que leur programme peut être maintenu et se développer au-delà du soutien des donateurs.

Introduire de nouveaux vaccins

Avec des confinements incessants et la nécessaire recherche de vaccins pour lutter contre la COVID-19 en 2021, les PEV nationaux ne disposaient pas d'une grande capacité pour envisager l'introduction de nouveaux vaccins. De même, malheureusement, de nombreux programmes ont subi une baisse de la couverture de vaccins récemment introduits.

En **Indonésie**, on estime que 10 000 enfants meurent de pneumonie chaque année. En dépit des énormes problèmes et retards causés par la pandémie de COVID-19, le gouvernement a entrepris un effort massif pour introduire les vaccins PCV dans son programme de vaccination publique de routine, tout en introduisant aussi les vaccins contre la COVID-19 en 2021. Après de nombreuses interventions et efforts pour naviguer dans des réglementations complexes et coordonner les nombreuses parties prenantes ministérielles, CHAI et ses partenaires ont soutenu le gouvernement pour qu'il puisse accéder aux doses de vaccin à un coût beaucoup plus bas (environ un cinquième du coût). Ceci a été réalisé grâce au mécanisme de financement innovant de système de garantie du marché (AMC) de Gavi, qui offre un accès équitable aux vaccins aux pays, quel que soit leur niveau de revenu. Les premières doses du vaccin PCV, au nombre de 1,6 million, sont arrivées à Djakarta en avril 2021 et ont été introduites avec succès dans les quatre provinces de NTB, Babel, Java Est et Java Ouest. Elles ont permis de couvrir 14 % du total des naissances en **Indonésie**.

Au **Cameroun**, le vaccin contre l'hépatite B (VHB) est inclus dans le vaccin pentavalent qui protège l'enfant contre cinq maladies potentiellement mortelles : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B et l'*Hemophilus influenzae* de type b (Hib). Toutefois, la première dose du vaccin pentavalent est généralement administrée six semaines après la naissance, ce qui laisse les nourrissons sans protection contre le VHB pendant cette période. Lorsqu'il est administré dans les 24 heures suivant la naissance, le vaccin contre le VHB confère une immunité à plus de 95 % des nourrissons.

Un accès tardif au vaccin contre le VHB expose les nourrissons à un risque important d'infection périnatale. Il s'agit là d'un problème majeur étant donné la prévalence élevée de l'infection par le

VHB chez les femmes enceintes (plus de 8 %) et le risque élevé de transmission de la mère à l'enfant dans le pays.

CHAI a participé à une intervention expérimentale dans 15 établissements de santé des régions d'Adamawa, Centre et Ouest pour accélérer la vaccination actuelle à la naissance (BCG et VPO) et ainsi faciliter le déploiement du vaccin contre le VHB au **Cameroun**. CHAI a créé des flux de travail spécifiques aux établissements, en particulier autour du stockage des vaccins et de la gestion des données, afin d'intégrer pleinement la vaccination de la dose de naissance dans les services de maternité et néonataux. Elle a précisé les rôles et les responsabilités de chaque membre du personnel impliqué dans les vaccinations à la naissance. Par ailleurs, elle a formé le personnel de l'établissement aux flux de travail créés et a organisé des formations de remise à niveau sur les doses de naissance à administrer, sur les bases de la vaccination, les informations sur la sécurité et les contreindications, le doute que peuvent susciter les flacons contenant plusieurs doses et l'importance d'évoquer la vaccination des nouveau-nés dès les consultations prénatales de routine.

L'étude expérimentale a démontré une augmentation substantielle du taux d'enfants vaccinés, à la fois du VPO et du BCG, dans les 24 heures suivant la naissance, respectivement 47 % et 46 % entre le début et la fin du projet. Les résultats de cette expérience vont permettre de faciliter le déploiement du vaccin VHB au niveau national.

Améliorer l'approvisionnement en vaccins et la chaîne du froid

Dans de nombreux pays, la distribution des vaccins au-dessous du niveau régional ou du district est ponctuelle et ce sont les agents de santé qui sont chargés de leur approvisionnement, même si des directives nationales indiquent le contraire. Ce principe de collecte ponctuelle entraîne des difficultés d'approvisionnement et de prestation du service. Il peut être parfois difficile pour les agents de santé de gérer leurs stocks dans les établissements de santé. Le service de vaccination peut en effet être interrompu lorsque l'agent de santé doit quitter son poste pour reconstituer son stock de vaccins ou s'il a attendu que celui-ci s'épuise. Ce système génère de plus de mauvaises pratiques de gestion des stocks, soit trop importants soit insuffisants, dans certains établissements. CHAI travaille avec les gouvernements pour mettre en œuvre et évaluer des dispositifs de distribution en aval et sur le dernier kilomètre afin d'identifier les meilleures solutions qui pourraient être déployées au niveau des systèmes nationaux.

Elle a ainsi travaillé avec trois comtés du **Kenya** pour lancer des projets pilotes de distribution qui ont permis de livrer des vaccins une fois par mois entre les dépôts régionaux et les sous-comtés puis des sous-comtés vers les établissements de santé. La responsabilité de la distribution a été ainsi transférée des agents de santé aux responsables des sous-comtés, qui ont pu procéder à la distribution tout en assurant la supervision de tous les établissements. La livraison est ainsi devenue plus fiable à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement. Ce processus de distribution a également permis l'intégration d'autres fonctions telles que la supervision des pharmaciens et la réparation et l'entretien de techniciens médicaux.

Cette initiative a connu un tel succès que le comté de Uasin Gishu a vu les ruptures de stock de ses établissements de santé passées de près de 86 % à 12 %. Par ailleurs, le temps de résolution des problèmes de ruptures de stock a été réduit. À titre d'exemple, à Kwale, plus de 80 % des ruptures de stock ont été résolues en moins de sept jours. L'amélioration des saisies de commandes a de même contribué à la baisse des ruptures de stock. Toujours à Kwale, le taux de saisie de commandes du comté est passé de 48 % à 71 %. À la suite de ces bons résultats, d'autres comtés du **Kenya** ont adopté un modèle de distribution similaire.

En **Éthiopie**, la capacité nationale de stockage au froid du gouvernement était insuffisante au regard du nombre de vaccins ajoutés au programme de vaccination (y compris celui contre le COVID-19). Pour résoudre ce problème, l'Agence éthiopienne d'approvisionnement pharmaceutique (EPSA) et le ministère de la Santé ont commencé à augmenter la capacité de stockage en chambre froide en 2020. Cinq chambres froides et une chambre de congélation ont été installées cette première année. En 2021, CHAI a travaillé avec les techniciens de l'EPSA pour installer une chambre froide et une chambre de congélation supplémentaires, déplacer trois chambres froides dans l'enceinte de l'EPSA et en moderniser plusieurs autres dans six hubs régionaux. Par ailleurs, nous avons monté 12 chambres froides basse température au siège de l'EPSA pour stocker le vaccin Comirnaty de Pfizer pour la COVID-19.

Les équipements de la chaîne du froid destinés à conserver les vaccins en **Indonésie** étaient obsolètes comme ce pays a pu le vérifier rapidement avec l'apparition de la campagne de vaccination contre la COVID-19. CHAI a travaillé en étroite collaboration avec les équipes nationales et régionales du PEV pour réaliser un nouvel inventaire de la chaîne du froid. Elle a de même créé un outil de planification de la chaîne du froid adapté au contexte de l'**Indonésie** qui permet à ce pays de calculer sa capacité et d'élaborer sa future planification, en tenant compte notamment



1 700 nombre d'établissements du Mozambique ayant désormais accès au système électronique national de rapports de surveillance intégrée des maladies

du plan accéléré d'introduction de nouveaux vaccins. Elle a ainsi contribué à l'élaboration d'une feuille de route nationale de chaîne du froid des vaccins et à l'inventaire de plus de 10 000 établissements de soins primaires à travers le pays. Cette action a permis d'augmenter la capacité de la chaîne du froid dans tout le pays, qui est passée de 74 % en 2020 à 93 % en 2021. Elle a également contribué à une hausse de l'optimalité, c'est-à-dire le pourcentage d'établissements de santé disposant de réfrigérateurs protégés contre la congélation, qui est passée de 22 % en 2020 à 24 % en 2021 dans les provinces ciblées par CHAI. CHAI passera la main sur ce sujet au gouvernement en 2022.

Au **Vietnam**, après avoir aidé le gouvernement à remplacer des réfrigérateurs à vaccins vieillissants en 2020, CHAI a développé en 2021 une plateforme de gestion en ligne des équipements de la chaîne du froid pour deux provinces, plateforme que le PEV national s'apprête à déployer dans tout le pays. Cette plateforme permet aux décideurs des provinces, mais aussi de l'ensemble du pays, de vérifier rapidement les performances de fonctionnement des équipements, les besoins de maintenance ou de modernisation.

Favoriser un accès durable aux vaccins

En 2021, 25 millions de nourrissons n'avaient pas encore été complètement vaccinés avec la combinaison de vaccins diphtérie, coqueluche et tétanos (DTC3). Un peu plus de 18 millions n'avaient même pas reçu une seule dose. En 2021, nous avons travaillé avec le **Cameroun**, l'**Éthiopie**, le **Kenya**, la **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, le **Nigeria** et l'**Ouganda** pour améliorer la vaccination du DTC3.

La méthode de CHAI reposait sur le développement, le test et l'extension d'interventions innovantes visant à augmenter la couverture vaccinale de manière équitable et routinière et à veiller à mieux gérer les occasions perdues de pouvoir proposer la vaccination, par exemple, à la naissance, à neuf mois et à l'âge adulte.

Ces occasions perdues de vaccination se produisent lorsque des enfants se rendent dans des établissements de santé, pour se faire soigner eux-mêmes ou parce qu'ils accompagnent une personne qui vient se faire soigner, et que l'on n'en profite pas pour les examiner ou leur administrer les vaccins

dont ils ont besoin. En **Ouganda**, ces occasions ratées représentent pourtant une énorme opportunité pour augmenter la vaccination chez les enfants et garantir l'achèvement de leur schéma vaccinal complet.

Une étude menée par CHAI dans 14 districts montre que seulement 42 % des établissements de santé effectuaient systématiquement une vérification du schéma vaccinal lors de ces consultations. Et, lorsque cette vérification est effective, encore 26 % des enfants ne seront pas vaccinés. L'étude a également révélé des problèmes d'accès relevés par les soignants. À titre d'exemple, 42 % des personnes interrogées ont déclaré que les horaires de vaccination n'étaient pas compatibles avec leur emploi du temps et 35 % ont indiqué que les longs délais d'attente les avaient dissuadés.

Les deux facteurs principaux à l'origine de ces occasions de vaccination manquées dans les établissements de santé relevés par CHAI sont, en effet, des séances dédiées à la vaccination limitées et une certaine inefficacité au niveau des orientations. Pour y remédier, elle a travaillé avec les établissements de santé pour qu'ils établissent des séances de vaccination quotidiennes dans un lieu fixe, qu'ils examinent chaque enfant qui se présente, et s'assurent de proposer, et de rendre disponible, la vaccination à tous les enfants éligibles. Pour pouvoir vacciner au maximum tous ces enfants éligibles, CHAI a travaillé essentiellement sur les 10 établissements, dans les 14 districts, qui présentaient les taux les plus faibles d'enfants vaccinés.

CHAI a formé des superviseurs nationaux pour encadrer les agents de santé afin qu'ils identifient tous les enfants éligibles et les vaccinent, y compris ceux qui étaient envoyés par d'autres services ou établissements de santé.

Par ailleurs, nous avons aidé les cliniques à optimiser leurs flux de travail, y compris en procédant à un transfert de tâches pour permettre aux agents de santé de mettre plus facilement en œuvre des séances de vaccination quotidiennes dans un lieu fixe, conformément à la politique nationale de vaccination. Les établissements de santé ont également été conseillés pour apprendre à mieux communiquer avec leurs communautés et les informer de ces séances quotidiennes de vaccination.

Au niveau des établissements de santé, la vérification systématique du schéma vaccinal et les séances quotidiennes de vaccination ont augmenté respectivement de 58 % et de 39 % entre décembre 2018 et novembre 2021. En fin de compte, nous avons pu observer une hausse de 11 % d'enfants ayant reçu leur troisième dose de DTC3, et une hausse de 72 % d'enfants ayant reçu la deuxième dose du

vaccin contre le papillomavirus humain (HPV2) en septembre 2021 par rapport à septembre 2020, avant nos interventions. D'autre part, les 14 districts ciblés ont systématiquement atteint une couverture vaccinale supérieure à la moyenne nationale tout au long de l'année 2021.

La même évaluation a montré que dans les 14 districts ciblés, les établissements de santé ne disposaient pas des moyens adéquats pour pouvoir identifier systématiquement les communautés non desservies dans les zones qui leur étaient affectées. Cette situation pouvait s'expliquer par le peu d'interaction existant entre les établissements de santé et les communautés, et par conséquent une certaine incompréhension face à la non recherche de soins de la part de certaines communautés.

Pour résoudre ce problème, CHAI a piloté une action de surveillance des différences géographiques dans les tendances de recherche de soins auprès des établissements de santé à fort volume, en identifiant les villages présentant le plus grand nombre d'enfants non vaccinés (zéro dose) dans leurs zones desservies. Pour cela, nous avons formé des superviseurs nationaux pour qu'ils encadrent les agents de santé et les encouragent à mieux utiliser les données disponibles, en évaluant les données relatives à la prise en charge, les modes de vaccination quotidienne et l'optimisation des actions communautaires, pour identifier systématiquement les villages mal desservis dans leurs zones. L'équipe a favorisé le dialogue entre les agents de santé et leurs communautés, ce qui a ensuite permis de prendre des mesures adéquates. À titre d'exemple, parmi les actions que nous avons menées, nous avons transmis aux responsables des communautés des informations précises leur permettant de mieux sensibiliser leurs communautés, d'impliquer les sous-groupes résistants aux vaccins, d'optimiser les séances de sensibilisation à la vaccination, de garantir la disponibilité des services de vaccination dans les établissements de santé locaux et de travailler avec la communauté pour réaliser un suivi des enfants n'ayant pas reçu leur schéma vaccinal complet.

Ces mesures ont permis d'augmenter les taux de vaccination dans les villages mal desservis. Le nombre d'enfants des villages mal desservis ayant été vaccinés du DPC3, MR1 et du HPV2 dans un lieu fixe a augmenté respectivement de 40 %, 49 % et 96 %, en sept mois. Le nombre d'enfants vaccinés contre le HPV2 et le MR1 s'est considérablement amélioré, 222 % et 117 % respectivement, grâce à l'optimisation du lieu, de l'heure et de la fréquence des séances de sensibilisation.

Recourir aux données pour la prise de décision

Les problèmes liés aux systèmes de gestion et aux capacités des programmes nationaux de vaccination s'opposent aux progrès nécessaires qui permettraient d'obtenir des taux de couverture vaccinale élevés. L'un des défis auxquels les pays sont confrontés est le manque de visibilité et d'utilisation de données de haute qualité pour le suivi des performances et la prise de décision.

La **Papouasie-Nouvelle-Guinée** détient le plus faible taux de couverture vaccinale de routine et les plus hauts niveaux de mortalité infantile de la région Pacifique. Entre le début des années 2000 et 2018, les taux de vaccination de ce pays ont chuté de manière spectaculaire, passant de 70 % à moins de 40 %, ce qui a provoqué des épidémies de polio et de rougeole en 2018. Aujourd'hui, la couverture varie beaucoup en fonction des provinces et des districts. Les zones plus difficiles d'accès et les zones les moins sûres présentant systématiquement la couverture la plus faible.

Pour enrayer la chute des taux de vaccination, CHAI a aidé le ministère de la Santé à renforcer les capacités institutionnelles à tous les niveaux du gouvernement. Au niveau du pays, CHAI a aidé le gouvernement à revoir son programme de vaccination et a pris la tête du comité de planification principal pour définir les grandes lignes et les priorités stratégiques de la nouvelle politique nationale de vaccination de **Papouasie-Nouvelle-Guinée** pour la période 2021 - 2025, politique qui a été approuvée par les principaux cadres des différentes autorités sanitaires des provinces. Au niveau régional, CHAI a travaillé avec la province du centre du pays pour améliorer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme de vaccination. Pour cela, nous avons travaillé en étroite collaboration avec le personnel de santé et les autorités sanitaires provinciales afin de rétablir une interaction transparente entre ces deux catégories et pouvoir corriger efficacement le tir. Ces mesures ont porté leurs fruits puisque, en 2021, au moins 4 500 des 7 000 enfants non vaccinés de la province du centre ont été vaccinés. Le programme est même parvenu à atteindre des lieux de soins du dernier kilomètre qui n'avaient pas reçu de soins depuis 1998. Parallèlement, CHAI a mené une enquête détaillée pour établir les causes profondes des mauvais résultats constatés et explorer les problèmes de planification et de mise en œuvre de campagnes de sensibilisation à la vaccination. Ce travail devrait permettre de mieux appréhender la conception d'interventions localement appropriées en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** que CHAI prévoit de piloter en 2022. Ces travaux ont été rendus possibles grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates

ainsi que du programme de vaccination accélérée et de renforcement du système de santé (AIHSS), une initiative du gouvernement de **Papouasie-Nouvelle-Guinée** soutenue par les gouvernements d'Australie et de Nouvelle-Zélande et Gavi.

En **Inde**, CHAI est en collaboration avec les États du Bihar, du Madhya Pradesh et de l'Uttar Pradesh, lesquels, avec 11 millions de naissance par an, représentent 42 % des naissances du pays. La couverture vaccinale complète pour tout le pays a atteint 70 %, comme dans les trois états bénéficiant de l'aide de CHAI, mais l'accès équitable reste difficile en dépit des efforts considérables du gouvernement et d'un approvisionnement fiable en vaccins et en équipement de la chaîne du froid. Pour pouvoir parvenir à une couverture vaccinale de 90 %, CHAI cherche à améliorer la prise de décision basée sur les données, la capacité de gestion, la gouvernance des programmes et la création de la demande de services de vaccination.

Elle a ainsi encouragé l'organisation régulière de réunions de révision du programme de vaccination au niveau du sous-district dans 100 établissements de l'Uttar Pradesh, en veillant à établir un ordre du jour structuré, des analyses de données et des mécanismes de suivi des actions menées. De même, CHAI a permis à l'État du Madhya Pradesh de déployer des procédures opérationnelles standard pour ces réunions de révision du programme dans 52 districts, avec des boîtes à outils et des tableaux de bord de progression faciles à utiliser. La restructuration de ces réunions de révision du programme a permis aux responsables des programmes locaux de rechercher des solutions à leurs problèmes spécifiques de couverture et d'équité.

La qualité et la communication en temps voulu des données de couverture sont essentielles pour identifier et combler les lacunes en matière de vaccination. CHAI a formé des gestionnaires des données de vaccination du gouvernement et du personnel associé dans les 165 districts des trois états pour qu'ils puissent procéder à des analyses de données de qualité qui aideront les responsables des programmes et réduiront les erreurs de saisie de données.

Des outils de création de tableaux de bord automatisés ainsi que des outils de validation de la qualité des données ont été déployés pour ces gestionnaires de données de manière à leur donner la capacité d'analyser ces données dans le système gouvernemental.

CHAI a soutenu la création et le déploiement d'un outil de travail, la « roue de vaccination », qui s'est avéré efficace pour aider le personnel de santé à calculer les dates exactes de la vaccination des enfants, réduisant ainsi les schémas vaccinaux incomplets et augmentant

la rapidité de la vaccination. Cette « roue de la vaccination » a été déployée auprès de 280 600 agents de santé dans les États d'Uttar Pradesh et de Madhya Pradesh, avec une formation sur la manière de l'utiliser pour sensibiliser les soignants.

Nos projets

Nous allons poursuivre notre travail avec les gouvernements et nos partenaires afin de pouvoir vacciner davantage d'enfants pour mieux les sauver et réduire le nombre de décès, 1,5 millions par an, dus aux maladies évitables par la vaccination. Nous allons nous concentrer de plus en plus sur les enfants et les communautés qui ne reçoivent pratiquement aucun vaccin, car ils représentent la majeure partie des personnes sous-vaccinées et sont souvent oubliés par les autres services de santé essentiels.

Nous continuerons également à aider les pays à introduire de nouveaux vaccins adaptés à leur situation afin d'assurer une protection accélérée et durable. Nous accorderons une attention particulière à la vaccination contre l'hépatite dès la naissance, au HPV et à une éventuelle systématisation de la vaccination contre la COVID-19.

Nous envisageons de même de promouvoir le renforcement des systèmes de distribution des vaccins dans le cadre d'une approche plus globale de l'amélioration des programmes et systèmes de santé. Nous pensons que la portée substantielle des systèmes de vaccination existants peut constituer une colonne vertébrale pour d'autres services de santé.

Nous continuerons à travailler avec de nombreux pays cibles, des fabricants mondiaux, des décideurs politiques mondiaux et les principaux bailleurs de fonds pour la vaccination afin que l'impact du travail de CHAI dépasse ses pays cibles.

ÉQUIPES TRANSVERSALES D'EXPERTS : Santé numérique

Nos programmes ont pour objectif de sauver des vies et de réduire les maladies, tout en aidant les gouvernements à créer des systèmes de santé durables. À cet effet, notre équipe d'experts scientifiques, commerciaux et techniques travaille main dans la main avec les équipes de programme et les équipes pays au sein de notre organisation pour atteindre cet objectif. Tout au long de ce rapport, nous allons mettre en avant la collaboration qui s'est établie entre ces équipes transversales et nos équipes chargées des programmes et des pays.

Le programme de santé numérique a été créé en mai 2021 pour permettre à CHAI d'appliquer une méthode réfléchie et efficace à l'utilisation des technologies numériques. Ce nouveau programme conjoint a contribué à renforcer les actions actuelles du personnel et des équipes, en particulier pour ceux qui travaillent sur l'informatique de la santé dans le cadre de la lutte contre le paludisme, ou sur les systèmes de gestion de l'information logistique et les technologies de financement de la santé, au sein d'un programme transversal, pour mener à bien et participer aux efforts de digitalisation des politiques sanitaires déjà existantes ou en devenir des programmes et des pays.

Soutenir le déploiement des systèmes informatiques de chaîne d'approvisionnement

CHAI a été le principal organisateur pendant plus de sept ans d'OpenLMIS, du système d'information électronique de gestion logistique (LMIS) open-source construit pour gérer les chaînes d'approvisionnement des produits de santé. En 2020, CHAI a travaillé avec les développeurs d'OpenLMIS pour créer une nouvelle configuration simplifiée d'OpenLMIS qui permet un déploiement rapide pour la gestion intégrée des fournitures liées à la COVID. Cette initiative a permis de réduire le temps de déploiement d'OpenLMIS de neuf à trois mois dans nos pays partenaires.

En 2021, CHAI a participé au déploiement de l'édition d'OpenLMIS spécial COVID au **Cameroun**, en République démocratique du Congo (RDC), en **Eswatini** et au **Nigeria**. OpenLMIS a été mis en œuvre dans 15 des états du **Nigeria** pour gérer l'approvisionnement des vaccins contre la COVID-19. Au **Cameroun**, il a été introduit dans 300 établissements nationaux, régionaux et de district qui gèrent les produits liés à la COVID-19 tels que les équipements de protection individuelle et les kits de dépistage, ainsi que les équipements d'oxygène médical tels que les ventilateurs, les oxymètres de pouls et les tuyaux. En RDC, OpenLMIS a fait l'objet d'un essai de gestion des produits de laboratoire liés à la COVID-19 sur trois établissements.

En **Eswatini**, le ministère de la Santé a dû faire face à des problèmes avec son système de gestion logistique manuelle sur papier, qui ont entraîné des retards d'approvisionnement des produits et davantage de ruptures de stock. CHAI a aidé ce ministère à créer un système informatique de gestion logistique reposant sur OpenLMIS et ainsi régler ses problèmes d'approvisionnement, pouvoir garantir une livraison efficace et ininterrompue des médicaments, des fournitures médicales, des réactifs de laboratoire et autres produits médicaux et, par conséquent, améliorer les résultats des patients. Le système permet aux hôpitaux et aux cliniques de commander leurs fournitures médicales par Internet auprès du Central Medical Stores (CMS) et de vérifier la disponibilité des stocks tant au niveau des établissements que du CMS. Cette double information concernant les stocks disponibles entre les établissements et le CMS permet au ministère de distribuer de manière optimale les produits en fonction des besoins en temps réel.

Renforcer les systèmes d'information et l'utilisation des données géographiques

L'accès limité à une source fiable et unique d'informations concernant l'emplacement des établissements de santé et le nombre d'agents de santé communautaires dans les villages, les districts, les provinces et les états frontaliers, empêche souvent les ministères de la santé des pays de pouvoir proposer des soins de santé de qualité et accessibles à tous. Les ministères et les divers départements et parties prenantes se retrouvent face à des sources multiples de données, à des problèmes de consolidation de ces sources en raison des erreurs d'orthographe, des indicateurs de suivi et de la qualité des données recueillies. Ils ont également des difficultés à suivre les modifications des historiques de ces données. L'absence de listes claires limite la planification stratégique, le déploiement des interventions et des ressources, la rémunération des agents de santé, les chaînes d'approvisionnement et les possibilités d'évaluer et de procéder à une bonne surveillance sanitaire des populations.

La création et l'utilisation de listes officielles nationales fonctionnelles des établissements de santé indiquant les coordonnées géographiques, les limites géographiques officielles des villages, les hameaux et les districts, et/ou les agents de santé communautaires permettent de régler ces problèmes.

Au **Laos**, le registre géographique commun est un système d'information ayant une source unique qui est la référence pour tout ce qui est normalisation, gestion et utilisation des données géographiques. Ce registre a encouragé un nouveau mode d'utilisation des données géospatiales du pays qui a contribué à améliorer l'accès aux soins, notamment avec l'élaboration de listes officielles des établissements de santé et des agents communautaires. Il est en effet désormais possible de géolocaliser les agents de lutte contre le paludisme jusqu'au niveau des hameaux. Le système relie les agents et leur emplacement de base, appelé unité administrative (avec l'établissement de santé, le district et la province), le ministère de la Santé pouvant alors repérer au plus vite tout manque de personnel, et recruter, former et déployer les agents en fonction des besoins. Les établissements de santé ont ainsi pu compenser dans les plus brefs délais les besoins en termes d'agents de santé communautaires pour apporter une réponse plus rapide aux cas de paludisme et pour gérer les épidémies.

CHAI a participé à l'élaboration des procédures opérationnelles standard, des groupes de travail techniques et des mécanismes de gouvernance pour le maintien à jour et l'utilisation de ces listes. Le registre est également intégré aux principaux systèmes d'information afin de garantir une liste de référence unique dans tous les systèmes de données.

Les centres de soins communautaires ont pour mission d'assurer les premiers soins de santé aux personnes vivant dans les zones les plus reculées. Ces centres, souvent gérés par des bénévoles formés pour cela, peuvent détecter et administrer les premiers traitements, essentiels, contre le choléra, le paludisme et la pneumonie. En RDC, il y a encore peu de temps, leur localisation reposait sur des données démographiques obsolètes et limitées, avec, par conséquent, une absence de centres de soins communautaires là où ils étaient le plus utiles. Avec l'aide de CHAI, et l'application du modèle de projet de classification des données GRID3 (Geo-Referenced Infrastructure and Demographic Data for Development), le ministère de la Santé teste actuellement l'utilisation d'une série de données géospatiales destinée à optimiser les emplacements, pour permettre aux plus vulnérables d'accéder aux soins.

La méthodologie combine des données satellite, des micro recensements et la modélisation pour produire des cartes en libre accès contenant des paramètres

tels que la densité de population, les infrastructures disponibles et les caractéristiques géographiques, autant d'éléments très utiles pour pouvoir évaluer l'accès aux services de santé. CHAI a apporté un soutien technique à la RDC pour tester l'utilisation des données géospatiales de GRID3 afin de sélectionner l'emplacement de 10 centres de soins communautaires dans deux zones de santé de la province du Kasai, région présentant le taux de mortalité infantile le plus élevé du pays.

CHAI poursuit sa collaboration avec les ministères de la santé du **Burkina Faso**, d'**Éthiopie**, du **Ghana**, du **Kenya**, du **Mozambique** et de la **Sierra Leone** pour renforcer les compétences d'utilisation des données géospatiales et des systèmes d'information géographique qui permettront de mieux prévoir la planification des soins de santé primaires et la prestation des services. Au **Kenya**, CHAI utilise des données géospatiales pour obtenir des estimations plus précises en termes de couverture vaccinale. Au **Ghana**, ces données lui permettent de visualiser les problèmes d'accès aux traitements essentiels pour combattre la drépanocytose. En **Éthiopie**, elles lui servent à optimiser l'approvisionnement en oxygène nécessaire au traitement de la COVID-19 et en **Sierra Leone**, à identifier toutes les filles à risque pour les vacciner contre le HPV.

Renforcer les systèmes de surveillance des maladies

La surveillance des maladies passe par la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques des données sanitaires d'une ou de plusieurs maladies spécifiques. Les données issues de la surveillance des maladies servent à tirer le système d'alarme en cas d'épidémies imminentes qui pourraient provoquer une situation d'urgence en matière de santé publique. Elles permettent ainsi de repérer les tendances en termes santé ou de maladie, et ainsi d'orienter les priorités et la planification des politiques et des stratégies de santé publique. Elles permettent aussi de suivre et d'évaluer l'impact d'une intervention et de vérifier les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés.

Au **Mozambique**, CHAI a participé à la conception et au déploiement d'un système électronique national de rapports de surveillance intégrée des maladies destiné à plus de 1 700 établissements. Ce système permettra de résoudre les problèmes de fragmentation des données qui existent depuis longtemps entre les programmes de lutte contre les maladies et les établissements, et améliorera le partage des données en donnant la possibilité aux établissements et aux laboratoires de saisir directement les données dans le système. En dépit d'un environnement compliqué, CHAI a lancé en **Haïti** une nouvelle application mobile

permettant aux agents de santé communautaires de signaler les cas de paludisme et de les cartographier. Au **Vietnam**, nous avons amélioré le système de surveillance électronique des maladies, simplifié les formulaires de collecte de données et les procédures d'investigation des cas de paludisme, et créé de nouveaux tableaux de bord permettant de visualiser les données au niveau communautaire.

Nos projets

CHAI et le Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé déploient actuellement de gros efforts avec le projet ambitieux de numériser les campagnes de santé publique en Afrique. Ce projet prévoit de travailler avec les gouvernements d'au moins trois pays pour améliorer la couverture et l'efficacité des activités des campagnes de lutte contre le paludisme (distribution de moustiquaires, pulvérisation d'insecticide et campagnes de chimiothérapie contre le paludisme grave), de vaccination (polio, COVID-19, méningite et autres maladies évitables par la vaccination), de lutte contre les maladies tropicales négligées (administration massive de médicaments) et autres. Les activités relatives à ces campagnes, qu'il s'agisse de microplanification, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de formation des agents chargés de ces campagnes, de mise en œuvre de l'intervention, de paiement, de suivi et d'évaluation, peuvent être numérisées. Plutôt que de créer des outils individuels de numérisation pour chaque campagne, nous souhaitons pouvoir intégrer des outils qui puissent servir à plusieurs campagnes et, si possible, être intégrés dans les systèmes de santé habituels du gouvernement. L'autre objectif principal est de parvenir à un consensus entre les donateurs, les responsables de la mise en œuvre des campagnes et les ministères de la santé autour d'une approche de numérisation et d'intégration des campagnes, et la production de directives mondiales relatives à ces activités.



**TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE
DE NOTRE ÉQUIPE**

Nomfundo Mncina

**Analyste de la couverture sanitaire universelle,
CHAI Eswatini**

J'ai été élevée selon les principes du « buntfu », autrement dit, la prise de conscience que notre humanité dépend de la façon dont nous traitons nos semblables. J'ai ensuite renforcé ces principes tout au long de ma scolarité, puis, plus tard, à travers mes activités dans mon engagement communautaire et dans ma carrière après avoir obtenu mon diplôme. J'ai choisi de me spécialiser en économie politique internationale parce que je voulais trouver de nouveaux moyens qui permettraient d'accélérer la croissance économique, de sortir les gens de la pauvreté et d'éliminer les inégalités.

J'ai rejoint CHAI en avril 2021, à une époque de grande incertitude. L'Eswatini entrait alors dans sa deuxième année de pandémie de COVID-19, et nous avions déjà perdu beaucoup de nos proches. Avant d'entrer chez CHAI, j'étais vraiment désemparée face aux destructions causées par la pandémie et me sentais totalement impuissante. Mon parcours en matière de santé n'avait pas été linéaire, et j'avais l'impression que la santé publique ne s'appliquait qu'aux professionnels de la santé tels que les médecins et les infirmières. J'avais toutefois observé pendant la pandémie que la COVID-19 exposait et amplifiait les inégalités déjà existantes dans nos sociétés. Les personnes disposant de ressources avaient plus facilement accès à des soins de qualité et étaient soignés plus rapidement. Les pays aux revenus plus élevés avaient un accès plus rapide et plus massif à la vaccination qui pouvaient leur sauver la vie. Ces différences m'ont aidé à mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé et par conséquent que l'endroit où l'on né et qui nous sommes sont les deux principaux éléments qui vont

déterminer mon accès aux soins de santé. Cette prise de conscience a renforcé ma volonté de travailler pour CHAI et de contribuer ainsi à l'élimination de ces obstacles.

Même si j'ai rejoint CHAI il y a un an, ce qui est relativement peu, je suis tout de suite rentrée dans une dynamique de travail impressionnante. Nous avons en effet énormément aidé le gouvernement pendant cette période. J'ai ainsi participé à des projets tels que l'introduction de nouveaux outils de surveillance numérique destinés à garantir un meilleur suivi et une meilleure évaluation de l'administration massive de médicaments pour lutter contre les maladies tropicales négligées, l'utilisation de connaissances comportementales dans les campagnes de santé pour renforcer la couverture et améliorer l'efficacité, et pouvoir chiffrer les coûts réels des soins de santé primaires afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Les soins de santé primaires constituent la base d'un accès équitable pour tous. Cela a été particulièrement mis en évidence pendant le confinement de la COVID-19, avec des déplacements limités qui ont obligé les personnes vivant dans les zones difficiles d'accès à « se battre » pour obtenir les soins de santé dont elles avaient besoin.

Au-delà du travail extraordinaire que nous réalisons, j'ai appris à apprécier la flexibilité dont nous disposons chez CHAI, qui permet au personnel de travailler sur plusieurs programmes, en profitant de l'étendue incroyable des connaissances de nos collègues. En nous épaulant ainsi les uns et les autres, et en travaillant en collaboration, nous pouvons aborder notre aide au ministère de la Santé avec une approche holistique. Cette diversité s'est avérée essentielle pour pouvoir relever les défis. L'année 2021 a été en ce sens synonyme de nombreuses épreuves pour notre pays. Au-delà des malades liés à la COVID-19, et des pertes humaines de la pandémie, le pays a dû faire face à une période difficile avec des troubles civils. Au plus fort de ces perturbations, plusieurs confinements nationaux ont été imposés et sont venus perturber notre travail. Cependant, grâce à notre esprit d'entreprise et à notre sens de l'adaptation, nous avons pu appliquer les connaissances comportementales issues des campagnes de distribution de vermifuges annulées à l'accélération et au renforcement des efforts de vaccination de la COVID-19.

Mes collègues ont fait preuve d'un incroyable degré de résilience et de persévérance tout au long de ces défis. Je suis impressionnée par l'engagement de CHAI dans sa mission première qui est de sauver des vies et de voir ce que nous parvenons à obtenir. Le dévouement que porte CHAI à l'amélioration de la vie des gens et notre approche entrepreneuriale rendent nos efforts utiles, convaincants et agréables ! ●



Prestataires de santé posant devant la Matumbo Rural Health Clinic, dans le district de Shiwang'andu, Zambie. Photo : Dominic Mukumbila.

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

En dépit de l'augmentation significative de l'accès aux soins de santé au cours des dernières décennies, la moitié de la planète ne dispose toujours pas de services de base. La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber les pressions sur les systèmes de santé et les économies. De nombreux gouvernements se sont engagés à garantir la couverture sanitaire universelle. Cela signifie que chacun, y compris les personnes pauvres et vulnérables, a accès aux services essentiels dont il a besoin, quand et où il en a besoin, sans payer davantage que ses moyens ne le lui permettent.

Avec l'aide de l'ASDI, de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Global Financing Facility (GFF) à travers le Groupe Banque Mondiale, et autres, CHAI œuvre avec les gouvernements pour investir dans les soins primaires pour franchir une première étape essentielle vers la couverture sanitaire universelle. Il n'existe pas de formule unique pour concevoir, planifier, financer et gérer les systèmes de santé. Chaque pays est différent. Si les objectifs peuvent être similaires, les priorités et les approches pour les mener à bien peuvent ne pas être les mêmes. ●

Programmes :

Financement de la santé, Personnel de santé

Pays:

Bangladesh, Burkina Faso, Eswatini, Éthiopie, Inde, Malawi, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Zambie, Zimbabwe



Agents de santé réunis pour un atelier consacré au suivi et aux recommandations autour du budget de la santé, Kano, Nigeria. Photo : Ishaq Muawiya Musa.

Financement de la santé

Indépendamment de la quantité d'argent disponible, le mode de financement peut avoir un impact considérable sur le système de santé d'un pays et sur les disparités de couverture sanitaire. Au fur et à mesure que les impacts économiques à long terme de la pandémie commencent à se faire sentir, les ministères des finances et de la santé se préparent à une longue période de contraintes budgétaires. De nombreux pays ont vu arriver plusieurs fonds destinés à lutter contre la COVID-19 mais le risque de détournement de ces ressources indispensables des services essentiels, notamment des soins de santé primaires, demeure. CHAI a travaillé avec les gouvernements pour évaluer et orienter immédiatement les fonds de santé vers les services essentiels et améliorer la planification et le suivi du budget à l'avenir.

S'assurer que les fonds arrivent là où ils sont le plus nécessaires

Les contraintes budgétaires déclenchées par la pandémie continuent de provoquer des fluctuations des ressources disponibles pour les services de santé. Les flux de trésorerie et les approvisionnements ont été perturbés dans de nombreux établissements ce qui a eu des conséquences sur la qualité, voire sur la disponibilité, des services offerts. Pour les patients, cela signifie des dépenses imprévues et parfois impossibles à assumer. En 2021, nous avons aidé les gouvernements à moderniser les mécanismes de paiement des prestataires pour mieux répondre aux besoins des patients et améliorer la prévisibilité du financement.

Nous avons ainsi travaillé avec l'Éthiopie et le Rwanda pour améliorer la prévisibilité du financement des soins de santé primaires et réduire les coûts administratifs. CHAI s'est associée à l'Agence éthiopienne d'assurance maladie (EHIA) et à l'Office rwandais de sécurité sociale (RSSB) pour passer d'un modèle de rémunération à l'acte (qui paie les prestataires en fonction du volume de services fournis) à un modèle de remboursement par personne (paiement aux prestataires, à l'avance, d'un forfait fixe par patient). S'il est correctement mis en œuvre et contrôlé, le remboursement forfaitaire par personne permet de limiter les coûts et réduit la charge de travail liée au traitement des demandes et aux paiements. Avec un budget fixe versé à l'avance, les revenus prévisibles offrent aux prestataires une plus grande autonomie financière pour fournir les soins

nécessaires rapidement et de manière efficace, sans attente. En Éthiopie, il s'agissait de piloter ce système forfaitaire par personne dans quatre districts et de collecter des informations sur les enseignements tirés en prévision d'une réforme au niveau national. Ces enseignements ont ensuite été partagés entre les gouvernements éthiopien et rwandais, alors que le Rwanda se préparait à lancer une campagne nationale de réforme par application d'un forfait.

Avec des ressources limitées et des besoins de santé qui augmentent sans cesse, les gouvernements doivent constamment faire des compromis. En 2021, CHAI a aidé les pays à prendre des décisions difficiles concernant les interventions qui devaient être financées. Le régime d'assurance maladie communautaire (CBHI) du Rwanda couvre la majeure partie de la population mais a du mal à assumer l'expansion des services. Pour assurer la viabilité du programme, le gouvernement, avec le soutien de CHAI, a publié un arrêté ministériel en septembre 2021 qui établit une méthodologie fondée sur des preuves, avec pour objectif d'optimiser les ressources limitées lors des prochaines révisions de l'ensemble des prestations. La méthodologie appelle les parties prenantes publiques et privées, y compris les ministères de la santé et des finances, les universités, les groupes de patients et autres, à participer au processus décisionnel.

En Afrique du Sud, le budget de santé du gouvernement a été amputé d'un milliard USD pour l'exercice 2021/2022, les effets économiques et budgétaire de la riposte à la COVID-19 ayant entraîné des coupes budgétaires dans tous les secteurs. CHAI a travaillé avec les ministères nationaux de la santé et des finances pour les aider à affecter d'autres ressources qui pourront garantir la continuité des services de santé essentiels malgré ces coupes budgétaires. Elle a de même participé à l'examen des propositions budgétaires de manière à augmenter et protéger les budgets de santé existants au niveau national et provincial.

Le régime national d'assurance maladie de l'Inde a pour objectif d'apporter une protection financière contre les fortes dépenses des citoyens les plus pauvres et les plus vulnérables du pays. CHAI a travaillé avec l'Autorité nationale de santé (NHA), qui gère le régime, pour améliorer l'inscription et l'utilisation de ces services de santé essentiels. Elle a ainsi aidé l'équipe d'analyse des données de la NHA, que CHAI a contribué à créer, pour surveiller et analyser les données sur l'utilisation des patients et



1,38 M USD somme mobilisée pour permettre l'introduction du vaccin HPV en Eswatini, avec pour objectif de vacciner plus de 134 000 jeunes filles au cours des cinq prochaines années

les demandes de remboursement des hôpitaux afin de comprendre les modèles d'utilisation des services et l'impact de la couverture d'assurance dans les zones géographiques et les populations. Cela a abouti à l'introduction de nouveaux services remboursables en matière de santé maternelle et infantile, y compris pour l'accouchement.

L'un des principaux défis du régime d'assurance est l'efficacité de l'inscription des bénéficiaires, en particulier la mise en correspondance claire des informations à caractère personnel et de celles de la base de données d'éligibilité. CHAI a travaillé avec le gouvernement pour moderniser les algorithmes d'auto-appropriation du régime pour doubler les taux d'auto-inscription en 2021, qui atteint près de 25 %, et a conduit à une économie d'environ 1,9 million de personnes-heures de traitement.

L'**Eswatini** a réalisé des progrès en matière de couverture sanitaire universelle grâce à une augmentation du financement national de la santé (seuls 25 % des dépenses de santé publique dépendent des donateurs). Ce pays a toutefois encore du mal à fournir des soins de santé primaires à une partie importante de sa population, soit parce que les services ne sont pas disponibles, soit parce qu'ils sont de mauvaise qualité. En 2021, CHAI a aidé le ministère de la Santé à mieux suivre les postes de dépenses en proposant d'organiser des réunions d'examen des dépenses chaque trimestre au niveau régional, et en chiffrant la stratégie nationale de lutte contre les maladies non transmissibles et un plan opérationnel d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En cas de budget insuffisant, CHAI a aidé le ministère à mobiliser des ressources pour combler les lacunes. Nous avons ainsi aidé ce gouvernement à mobiliser 1,38 million USD pour la première introduction du vaccin contre le HPV, qui devrait concerner plus de 134 000 filles au cours des cinq prochaines années.

Alignement des fonds externes et des plans gouvernementaux

Dans les pays où le financement des donateurs continue de jouer un rôle important, CHAI travaille avec les gouvernements pour basculer vers un nouveau modèle les impliquant dans la gestion des fonds externes pour qu'ils soient bien en phase avec leurs

priorités, qu'ils améliorent l'efficacité des dépenses et la durabilité de leur système de santé.

Au **Burkina Faso**, le ministère de la Santé a ainsi donné la priorité à un programme intitulé « Un plan, un budget, un rapport » afin de réduire la fragmentation et la duplication au sein du secteur de la santé publique. En 2021, CHAI a aidé le gouvernement à utiliser la cartographie des ressources, qui est le suivi des flux de financement des donateurs et des gouvernements destinés à la santé, pour qu'ils puissent identifier les lacunes en matière de financement et coordonnent les nouvelles ressources là où les besoins se font le plus sentir en 2022. Les résultats seront également utilisés pour planifier des initiatives à plus long terme, notamment une prochaine réforme approfondie du système de soins primaires du pays.

Avec le soutien de CHAI, le **Malawi** effectue chaque année un exercice similaire de suivi des ressources pour surveiller les 77 % du budget national de la santé qui proviennent des donateurs. Cependant, plusieurs exercices comparables ont été également menés en parallèle. En 2021, CHAI a contribué à renforcer l'efficacité du système pour combiner trois exercices clés de suivi des ressources, apportant ainsi au gouvernement et aux donateurs une meilleure visibilité en ce qui concerne les flux de financement du système de santé. Elle a utilisé les résultats pour contribuer au développement d'un plan stratégique et d'une analyse des lacunes afin que le ministère de la Santé puisse travailler systématiquement avec les principaux donateurs pour aligner le financement sur les besoins du gouvernement.

Le **Zimbabwe** a connu une augmentation importante du financement national de la santé, qui a permis de faire passer le budget total de la santé de 672 millions USD en 2020 à 1,15 milliard USD en 2021. Toutefois, le pays continue de dépendre des fonds de l'aide au développement pour la santé (DAH) pour acheter ses médicaments, ses fournitures médicales et ses autres équipements. Ces fonds sont principalement affectés aux maladies transmissibles comme le VIH et les infections sexuellement transmissibles, ce qui laisse moins de 1 % des fonds DAH disponibles pour les maladies non transmissibles, les plus meurtrières dans le pays.

CHAI a travaillé avec le gouvernement pour explorer des impôts innovants qui pourraient être orientés vers des domaines de programmes émergents traditionnellement négligés par les sources de financement nationales et externes. Elle a également aidé le gouvernement à renforcer son suivi et sa surveillance des flux de financement dans le secteur de la santé afin de s'assurer que l'affectation des

ressources reflète bien les besoins du secteur de la santé.

Au niveau mondial, nous avons commencé à travailler avec le Global Financing Facility (GFF) et l'Organisation mondiale de la santé pour documenter les expériences des pays utilisant le suivi des ressources pour aligner les fonds externes et les priorités du gouvernement. Cette activité prévoit le développement d'un guide pratique des ressources que les parties prenantes peuvent utiliser pour introduire l'approche dans leurs propres pays.

Transformer les financements en amélioration des prestations de service

Même lorsque les budgets de santé allouent les fonds nécessaires, ces derniers n'aboutissent pas toujours à des soins abordables et de qualité pour les patients qui se présentent dans les établissements de santé.

Pour améliorer cette situation, CHAI a travaillé sur ce point l'an dernier avec les ministères de la santé. Elle a pour cela travaillé sur les agences de santé gouvernementales régionales, les établissements de santé et les communautés pour repérer les problèmes, les remonter jusqu'aux causes profondes, qu'elles soient financières ou liées à gestion, et développer et tester des solutions.

Au **Nigeria**, le gouvernement fédéral a consacré 1 % de ses revenus aux services de santé élémentaires à travers le Fonds pour la fourniture de soins de santé de base, mais les agences d'assurance maladie des différents états ont eu beaucoup de mal à bien gérer et à exploiter ces fonds pour améliorer leurs services. À Kano, état le plus peuplé du **Nigeria** avec près de 20 millions de personnes, CHAI a travaillé avec le gouvernement de cet état pour former une équipe chargée de respecter l'engagement du pays à fournir des services essentiels abordables à



L'agent de santé, Angela Katito, donnant des conseils pour une bonne alimentation, à des mères réunies en plein air, village de Katete, Zambie. Photo : Carol Milambo Mufana.

l'ensemble de la population. À titre d'exemple, alors que les établissements recevaient des fonds grâce au système de rémunération forfaitaire par personne, des recommandations ou des données ont été fournies dans le même temps sur la façon de dépenser l'argent reçu. L'équipe a travaillé auprès d'environ un quart des établissements de cet état pour élaborer des plans d'amélioration visant à réduire les goulots d'étranglement et à renforcer les systèmes de gestion et de données de manière à optimiser les dépenses associées au fonds alloué.

Au **Malawi**, le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme est le principal bailleur de fonds du secteur de la santé. Cependant, au cours du dernier cycle de financement (2015-2017), seuls 81 % de la subvention ont été dépensés et 65 millions USD n'ont pas été utilisés pour des problèmes de mise en œuvre. CHAI a renforcé le mode de gestion financière habituelle des subventions du Fonds mondial, et a ainsi permis de partager des informations en temps réel, de résoudre les problèmes et de reprogrammer les fonds qui risquaient de ne pas être utilisés. En conséquence, pour le cycle actuel de financement, le taux d'absorption de la subvention est passé à 95 % et les fonds non dépensés de 61 millions USD pour le VIH/SIDA et de 7 millions USD pour le paludisme ont pu être identifiés à temps et reprogrammés.

Personnel de santé

Un personnel de santé qualifié est l'épine dorsale de tout système de santé. Or, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il manquera 18 millions d'agents de santé d'ici 2030, essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La COVID-19 n'a fait qu'empirer la situation, en mettant les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les autres agents de santé sous pression et en poussant nombre d'entre eux à quitter prématurément leur profession, ce qui accroît les pressions financières sur des systèmes de santé déjà mis à rude épreuve.

Au-delà de la pandémie, il existe un sous-investissement chronique en matière d'enseignement et de formation des agents de santé dans certains pays, ainsi que des problèmes de budget dans de nombreux pays, ce qui entraîne des pénuries de professionnels de santé et des déséquilibres sur le marché du travail.

CHAI a également continué à travailler avec les équipes de gestion de la santé dans sept districts du **Malawi** pour optimiser la budgétisation et l'utilisation de ces fonds. Pour cela, elle a également introduit un outil de suivi des actions pour surveiller les progrès réalisés par rapport aux budgets tout au long de l'année et encourager la prise de responsabilité entre le gouvernement et ses partenaires.

Nos projets

Tandis que les gouvernements et les donateurs doivent faire face à des arbitrages difficiles en raison de la pandémie, beaucoup se tournent vers les soins de santé primaires estimant qu'ils représentent le moyen le plus rentable pour rendre les systèmes de santé plus résistants à la COVID-19 et aux autres menaces émergentes. De plus en plus de gouvernements s'engagent dans des réformes favorisant les soins de santé primaires pour renforcer les services de santé et permettre aux patients les plus vulnérables d'accéder à ces services sans contraintes financières.

Certains gouvernements ont demandé à CHAI de les aider à faire des soins de santé primaires la première pierre qui les aidera à construire leurs futurs plans de couverture sanitaire universelle. En 2022, nous allons travailler essentiellement avec quelques gouvernements pour montrer les progrès réalisés, en partageant les enseignements avec les pays de toute l'Afrique subsaharienne.

CHAI travaille avec les gouvernements pour identifier leurs besoins en personnel de santé et construire avec eux des systèmes durables permettant de planifier, former et gérer les agents de santé afin de proposer des services de santé de qualité, et ce d'une manière qui renforce la capacité institutionnelle nationale.

Mise à jour de la stratégie de CHAI

En 2021, CHAI a entamé un processus de mise à jour de la stratégie de son programme Personnel de santé. Nous voulions prendre du recul et examiner ce que nous estimons être les principaux défis et opportunités dans la plupart des pays où nous travaillons et nous assurer que notre assistance technique auprès des gouvernements reste pertinente et appropriée, en particulier dans le cadre des contractions économiques mondiales constatées et de la nécessité de parvenir à une plus grande efficacité et optimisation au sein du personnel de santé. Avec la contribution des dirigeants

internes de CHAI, des gouvernements partenaires et des experts externes, nous prévoyons de déployer notre nouvelle stratégie en 2022.

Dans le même temps, l'équipe Personnel de santé a dirigé l'élaboration d'une stratégie de santé communautaire pour l'organisation. Le terme « agent de santé communautaire » (ASC) est un terme générique qui englobe différents postes de travail rémunérés ou bénévoles. Les ASC suivent une formation beaucoup plus courte que les professionnels. Cela dit, étant membres des communautés qu'ils servent, ce sont eux les meilleurs défenseurs de la santé et, souvent, les meilleurs agents du changement.

Des ASC qualifiés, rémunérés et soutenus ont énormément de potentiel pour améliorer l'accès à la santé et à la couverture sanitaire en rapprochant les services des personnes qui en ont besoin et en créant des réseaux d'orientation médicale efficaces entre les communautés et les établissements de santé. Le quotient du retour sur investissement des ASC peut aller jusqu'à 10:1 en termes de potentiel d'amélioration de la santé et de stimulation des économies. Le panorama des ASC apparaît cependant fragmenté dans de nombreux pays où CHAI travaille et dépend des donateurs. De nombreux ASC ne sont pas payés ou sont sous-payés et doivent faire face à une surcharge de travail tandis que les systèmes de gestion sont peu développés. En 2020, plusieurs équipes des programmes de CHAI ont relevé des problèmes communs liés à l'organisation et à la fourniture des services communautaires. Pour s'aligner sur les rôles que CHAI peut jouer pour aider les gouvernements à optimiser les systèmes de santé communautaires, en 2021, celle-ci a créé un groupe de travail technique interne chargé d'élaborer une stratégie organisationnelle qui guidera notre soutien aux gouvernements partenaires pour renforcer les programmes nationaux relatifs aux ASC. Cette stratégie s'appuiera sur le travail que CHAI a réalisé avec les gouvernements de **Zambie**, du **Zimbabwe** et d'autres pays pour renforcer les programmes nationaux des ASC, et permettra de documenter l'engagement de CHAI dans plusieurs nouveaux pays. Des recommandations spécifiques pour la stratégie de santé communautaire de CHAI seront partagées en 2022.

Élargir l'accès à des soins essentiels de qualité par la planification et la formation des agents de santé et des infrastructures qui leur sont dédiées

CHAI aide les gouvernements à développer leurs personnels de santé en s'assurant qu'ils disposent de plans fondés sur des preuves et de systèmes solides pour former, déployer et soutenir les agents de santé au **Rwanda**. CHAI a fourni une assistance technique



Ouverture à Dacca, Bangladesh d'un hôpital de soins tertiaires de 500 lits, une école de médecine et un institut de technologie de la santé

au Secrétariat des ressources humaines pour la santé pour mettre en œuvre sa stratégie nationale pour le développement des professions de santé pour la période 2020-2030 avec plusieurs priorités immédiates du gouvernement liées au développement national à grande échelle du personnel de santé. Celle-ci prévoyait la révision et la précision des normes relatives aux hôpitaux universitaires, à celles des hôpitaux universitaires de deuxième niveau et celles des centres de formation, qui sont essentielles à une bonne formation clinique de tous les cadres professionnels de santé du **Rwanda**. CHAI a également aidé le gouvernement à lancer plusieurs programmes de bourses médicales par l'intermédiaire de la faculté de médecine et de pharmacie de l'Université du **Rwanda**. Ces programmes devraient débuter en 2022 et permettront de recruter, entre autres, les premiers chirurgiens pédiatriques, des dermatologues et des gynécologues oncologues formés dans le pays.

Pour répondre à la demande de soins infirmiers de base et élargir l'accès à des soins de qualité à tous les niveaux du système de santé au **Rwanda**, le gouvernement a créé, avec l'aide de CHAI, un programme associé de formation d'infirmières. En septembre 2021, 210 étudiants ont été admis à participer à ce programme à travers sept écoles secondaires. À l'issue de leurs études, les diplômés seront aptes à dispenser des soins infirmiers élémentaires dans les communautés ou dans les établissements de santé. L'expansion de ce système contribuera à améliorer la qualité des soins de base et permettra aux infirmières spécialisées de consacrer plus de temps aux soins infirmiers spécialisés au **Rwanda**.

L'accès à des soins de santé de qualité au **Bangladesh** est limité, la plupart des services étant dispensés dans des hôpitaux privés et financés par des paiements directs. Une grande partie de la population n'a pas accès à ces soins privés par manque de moyens, ce qui entraîne une surpopulation des hôpitaux publics et un accès limité aux soins spécialisés.

En 2021, CHAI, avec le financement de la Grameen Bank, a aidé MASS Design à concevoir un hôpital de soins tertiaires de 500 lits, une école de médecine et un institut de technologie de la santé à Dacca, au **Bangladesh**. L'hôpital universitaire fournira des soins de qualité et subventionnés aux populations les plus

pauvres, tout en servant de centre de formation pour les futurs professionnels de santé. L'hôpital est conçu pour accueillir des centres d'excellence en matière de soins d'urgence et d'obstétrique et comprendra une unité de soins ambulatoires pour 14 services.

En **Zambie**, le gouvernement suédois a financé un projet en deux phases destiné à mettre en œuvre un ensemble national d'interventions fondées sur des preuves pour développer des services dédiés à la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, à celle des adolescents et à la nutrition (SRMCAH&N), dans les provinces de l'Est et du Sud. Le gouvernement de la **Zambie** a obtenu d'excellents résultats lors du déploiement de la première phase du projet mais plusieurs problèmes ont été identifiés en matière de coordination et de gestion du programme. À titre d'exemple, les progrès réalisés par rapport aux objectifs du programme n'ont pas pu être correctement mesurés par manque de données de référence et d'analyses des écarts, par exemple pour les besoins de formation des agents de santé.

Pour y remédier, au cours de la deuxième phase du projet, CHAI a établi un partenariat avec le ministère de la Santé afin d'assurer une responsabilité conjointe lors de la mise en œuvre des interventions consacrées aux SRMCAH&N. CHAI a ainsi travaillé avec le gouvernement sur des fonctions essentielles de planification, comme la génération et l'utilisation de preuves permettant d'optimiser l'allocation des ressources.

Dans le cadre de ce rôle et dans le but d'optimiser l'allocation des ressources destinées aux SRMCAH&N, CHAI a aidé dans un premier temps le ministère de la Santé à déterminer ses besoins en agents de santé en utilisant pour cela le modèle d'optimisation du personnel de CHAI (WFOM). Les résultats obtenus permettent d'identifier les zones en sureffectif ou en sous-effectif et de mieux redistribuer les agents de santé actuels tout en affectant correctement les nouveaux agents. Le WFOM sera achevé en 2022 et ses résultats serviront au déploiement des agents de santé dans les provinces de l'Est et du Sud.

Par ailleurs, en septembre 2021, le gouvernement zambien a annoncé avoir planifié le recrutement de 11 000 agents de santé. Un registre des établissements tenu à jour est essentiel pour pouvoir faire ressortir les lacunes de l'établissement. Le registre des établissements du ministère de la Santé n'avait pas été mis à jour depuis 2016, ce qui posait un problème en termes de recrutement. Pour y remédier, CHAI a aidé le ministère de la Santé à mettre à jour son registre en décembre 2021. Le registre mis à jour servira à mieux orienter le processus de recrutement prévu en 2022, ce qui permettra au gouvernement de mieux cibler cette importante augmentation de personnel.

Nos projets

À partir des points soulignés lors de la mise à jour de sa stratégie, CHAI prévoit de doubler son aide aux gouvernements pour optimiser l'impact de leurs personnels de santé en favorisant pour cela une planification fondée sur des preuves, la mise en œuvre de systèmes de gestion plus solides et en apportant un soutien prioritaire aux personnels de santé des soins primaires, dont les ASC.

Alors que les agents de santé sont essentiels pour garantir de bons services de santé, en matière de développement, les investissements dans ce domaine sont insuffisants. CHAI s'est engagée auprès des principaux bailleurs de fonds à essayer de mieux comprendre les perceptions et les problèmes liés aux investissements en ressources humaines de la santé dans les pays où elle est présente et à identifier les domaines d'investissement à fort impact. Les éléments recueillis seront résumés dans un dossier sur les investissements en personnel de santé et largement diffusés auprès des gouvernements partenaires et des donateurs dans le but d'augmenter et d'optimiser l'investissement dans des projets de ressources humaines dirigés par les gouvernements dans le cadre d'un engagement mondial indispensable au bénéfice des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle.



TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE NOTRE ÉQUIPE

Isaac Kagula

Directeur général des ressources humaines et de l'administration, Zambie

Je suis entré chez CHAI en septembre 2013 pour travailler dans l'équipe Ressources humaines pour la santé en tant que directeur général du programme des assistants de santé communautaire. Auparavant, j'avais travaillé dans quelques organisations du secteur privé en Zambie dans le domaine des ressources humaines (RH) et de la gestion de programmes. Je souhaitais travailler dans une organisation où mes compétences seraient mises en valeur mais, avant toute chose, je voulais pouvoir être moi-même, que mes contributions soient vraiment appréciées, et enfin, réaliser ma vision personnelle de travailler pour une organisation qui donne la priorité à l'accès équitable à la santé et au développement pour tous.

En entrant chez CHAI, j'ai tout de suite remarqué la place importante accordée aux nouveaux employés. J'étais loin de me douter que ce traitement chaleureux qui m'avait été réservé était celui réservé à tous chez CHAI, quel que soit votre niveau ou votre ancienneté dans l'organisation. Mes collègues ont tout fait pour que mon intégration soit facile et agréable. Il ne m'a pas fallu longtemps pour trouver mes marques et me sentir chez moi. Dans un deuxième temps, j'ai été frappé par l'implication de tous dans la mission de CHAI, à savoir sauver des vies, que l'on pouvait remarquer à leur façon de s'acquittaient avec passion de leurs tâches, que ce soit dans leurs interactions avec nos collègues des gouvernements ou avec les bénéficiaires de nos services. J'ai très vite découvert que cela était lié au fait que CHAI disposait d'un système de valeurs fort.

Lorsque j'ai pris mon poste actuel de responsable RH dans le pays, huit mois après avoir été embauché, c'est à moi que revenait maintenant de veiller au bien-être du personnel en place, tout en m'assurant du bon accueil réservé aux nouveaux arrivants, autrement dit, un accueil

aussi chaleureux que celui dont j'avais pu bénéficier, et cela pendant tout leur parcours chez CHAI. J'ai également énormément progressé, tant sur le plan personnel que professionnel, grâce à la plateforme proposée par CHAI, à moi et à mes collègues.

Dans ma fonction, j'ai été encadré par les meilleurs et ai reçu un excellent soutien de la part de mon superviseur et de mes pairs. Il m'a ensuite été très facile de transmettre à mon tour cette ambiance positive à mes collègues dans toute l'organisation. Pour moi, CHAI est une famille composée de personnes aux origines et aux compétences diverses, avec un esprit exceptionnel de travail d'équipe et d'unité qu'il est facile de reproduire dans nos vies personnelles. À tout moment, les employés peuvent s'épanouir, essayer de nouvelles choses et proposer des idées qui font que tout le monde a hâte de se retrouver au bureau le lendemain.

Au cours des dernières années, alors que la pandémie de COVID-19 n'a épargné personne, CHAI m'a prouvé que son personnel était véritablement son plus grand atout. Sa résilience et son désir de continuer à sauver des vies malgré des moments difficiles m'ont vraiment impressionné. En dépit des fortes perturbations dans notre façon de travailler, toutes les équipes de programme ont pu atteindre leurs objectifs !

Mon plus grand défi est de m'assurer que tous mes collègues restent motivés par la mission de CHAI, sachant que l'organisation est là où elle en est aujourd'hui grâce à eux et que cela n'a pas de prix. Le fait que CHAI considère son personnel comme son atout le plus précieux est ma motivation quotidienne et, en cela, il a été facile de concevoir une politique favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, qui n'est pas uniquement dans l'air du temps, mais qui place le bien-être de notre personnel au centre de toute chose. CHAI reste le lieu de travail de choix pour de nombreux employés, qu'ils soient anciens, actuels ou de futures recrues, et un partenaire solide pour le gouvernement. ●

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles (MNT), telles que les maladies cardiaques, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont désormais la principale cause de décès dans le monde, dépassant tous les décès accumulés dus aux maladies transmissibles. Selon une estimation de L'OMS, les MNT tuent chaque année au moins 41 millions de personnes, soit 71 % des décès dans le monde. Parmi les personnes décédées, plus de 15 % ont entre 30 et 69 ans. Les décès dus aux MNT dans les pays à revenu faible ou intermédiaire représentent au moins 77 % du total. Les maladies cardiovasculaires sont responsables de la plupart d'entre eux, suivies par les cancers, les maladies respiratoires et le diabète. Alors que dans les pays à revenu élevé, la mortalité due aux MNT est en forte baisse depuis des décennies, on s'attend à une relativement forte augmentation au cours de la prochaine décennie dans les pays à revenu faible et intermédiaire. ●

Programmes :
Cancer, diabète et hypertension, drépanocytose

Pays :
Cambodge, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, Zambie

Cancer

En 2020, le cancer était responsable d'environ 10 millions de décès, soit près d'un décès sur six dans le monde. Les cancers les plus fréquents dans le monde sont ceux du sein, du poumon, du côlon, du rectum et de la prostate. Sur le nombre total de décès par cancer, 70 % surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le cancer est un problème majeur et croissant en Afrique subsaharienne, où les cas devraient quasiment doubler à l'horizon 2030. Uniquement pour l'année 2020, on estime à 800 000 le nombre de nouveaux cas et à 500 000 celui des décès, dans cette région où les patients ont deux fois plus de risques de mourir d'un cancer qu'aux États-Unis.

CHAI, en coopération avec la Société américaine du cancer et d'autres partenaires, contribue à réduire le coût des médicaments essentiels à la lutte contre cancer, à améliorer l'accès au diagnostic et au traitement, et à aider les gouvernements dans l'élaboration de plans de gestion globale de la maladie.

En 2021, le cancer du sein était devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué dans le monde, avec plus de deux millions de personnes diagnostiquées chaque année. Dans les pays bénéficiaires de CHAI, près de 350 000 femmes vont déclarer un cancer du sein chaque année, et plus de 167 000 vont en mourir. Près de 90 % des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein dans les pays à revenu élevé sont en vie après trois ans, mais dans les pays bénéficiaires de CHAI, ce taux s'élève à 38 %. Un grand nombre de ces décès pourraient être évités par une meilleure identification des symptômes, un meilleur accès au diagnostic précoce et un traitement de qualité.

En 2021, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé l'Initiative mondiale contre le cancer du sein (GBCI) dans le but de mobiliser les gouvernements, les partenaires et les ressources pour éviter 2,5 millions de décès dus à ce cancer d'ici 2040. L'initiative repose sur trois piliers : des campagnes de santé visant à favoriser la détection précoce, le diagnostic en temps opportun et des traitements globaux ainsi que des soins de soutien.

En **Éthiopie**, entre 2018 et 2021, un partenariat entre la Société norvégienne du cancer, CHAI et le ministère de la Santé a permis de réduire le délai entre le diagnostic et le traitement du cancer du sein de quatre mois en moyenne à seulement sept jours. Ainsi, 82 % des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ont commencé un traitement dans les hôpitaux régionaux, contre seulement 33 % dans l'hôpital principal d'Addis-



58 % hausse du nombre total de patients ayant pu être traités en Éthiopie après un diagnostic de cancer du poumon dont le délai de résultat est passé de 4 mois à 7 jours

Abeba, et le nombre total de patientes traitées a augmenté de 58 %.

En 2021, CHAI, avec le soutien de la Société norvégienne du cancer, a lancé un nouveau programme sur trois ans avec le ministère fédéral de la Santé, avec l'objectif d'augmenter les taux de détection précoce et de diagnostic aux niveaux inférieurs des soins, au-delà de l'aide apportée aux 15 hôpitaux qui fournissent actuellement des traitements.

Comme le prévoit la GBCI, CHAI a également œuvré pour augmenter le nombre de médicaments offerts par le biais du Partenariat pour l'accès au cancer (CAP), dont l'objectif est de renforcer l'accès aux médicaments anticancéreux dans les pays à revenu faible et intermédiaire, afin d'y inclure des médicaments supplémentaires spécifiquement utilisés dans le traitement du cancer du sein, dont le prix était jusqu'à présent prohibitif et inabordable. Le nombre de partenaires du PAC est passé de trois (Novartis, Pfizer, Viartis) à quatre avec l'arrivée de Biocon Biologics, et le nombre de produits proposés est passé de 20 à 36. Trente et un pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie ont accès à ces médicaments.

Afin de rendre le CAP opérationnel et de permettre l'accès aux produits et aux prix, CHAI a également aidé les gouvernements et d'autres acheteurs à établir des prévisions fiables de la demande nationale qui ont servi de base aux achats au **Cameroun**, au **Kenya**, au **Nigeria** et en **Zambie**.

Au **Nigeria**, CHAI a une nouvelle fois aidé le ministère pour faire en sorte d'augmenter le nombre d'hôpitaux, de 10 à 14, pouvant délivrer des médicaments dans le cadre du CAP. L'augmentation du nombre d'hôpitaux distribuant les traitements et un plus grand nombre de produits proposés dans le cadre de ce partenariat, ont permis de doubler le nombre de patients achetant des médicaments en pharmacie chaque mois, passant d'une moyenne de 50 à plus de 100. Fin 2021, plus de 1 700 patients nigériens atteints d'un cancer avaient pu accéder à un traitement grâce à ce mécanisme.

Agents de santé discutant de la diffusion de documents pédagogiques destinés à des patients atteints de cancer au National Hospital Abuja, Nigeria. Photo : Tony Ayenson.



31 pays ayant désormais accès à des médicaments grâce au Partenariat pour l'accès au cancer en Afrique subsaharienne et en Asie

Au **Cameroun**, le gouvernement a approuvé un mécanisme d'approvisionnement consolidé et coordonné pour sept centres de traitement du cancer après avoir organisé la prévision de la demande et de la planification des achats qui a démontré l'intérêt de procéder à des achats groupés. En **Zambie**, les premières prévisions consolidées et fondées sur des preuves ont souligné la nécessité d'augmenter le financement des médicaments anticancéreux, le gouvernement ayant prévu d'étendre les services de traitement du cancer à d'autres hôpitaux, et ayant réuni pour la première fois les principales parties concernées par l'achat de médicaments afin de planifier les achats.

Au **Kenya**, afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des médicaments de chimiothérapie essentiels à des prix abordables, 104 médicaments anticancéreux ont été ajoutés à la liste des médicaments essentiels de ce pays contient désormais 93 % de la liste émise par l'OMS, soit le taux le plus élevé de toute l'Afrique de l'Est. CHAI a mis au point un tableau de bord national de l'oncologie destiné à regrouper les données du système d'information sur la santé du **Kenya** dans le but d'améliorer la planification stratégique, les prévisions, la quantification, la prise de décision et la gestion des produits. Les effets indésirables des médicaments et les produits de mauvaise qualité sont également reportés sur ce tableau de bord de l'oncologie afin d'améliorer la pharmacovigilance et la surveillance post-marché des produits oncologiques.

En utilisant le tableau de bord pour regrouper les données sur les patients et les produits recueillies dans les établissements, les rapports mensuels ont augmenté de 9 % à 91 % en moyenne par rapport à l'année précédente. CHAI a examiné les données de ce tableau de bord afin d'identifier les produits les plus consommés dans les centres régionaux de chimiothérapie. Le gouvernement a par la suite accordé une subvention sous condition pour fournir gratuitement 23 de ces produits aux patients. Cela a permis de réduire le nombre de patients dans les hôpitaux nationaux car les produits de chimiothérapie sont désormais facilement disponibles dans les centres régionaux. Les produits arrivés à expiration et le gaspillage ont pratiquement disparu grâce à la possibilité pour les centres régionaux de consulter leurs stocks sur ce tableau de bord, de sorte que les

articles sur le point d'expirer peuvent être redistribués. La pharmacie centrale KEMSA peut également consulter les tendances de consommation à travers le pays et prendre des décisions sur ce qui doit être stocké et en quelles quantités.

Nos projets

Dans les prochains mois, CHAI va chercher à appuyer des initiatives internationales telles que la GBCI, l'Initiative mondiale contre le cancer de l'enfant (GICC), le réseau d'accélérateur mondial pour les formulations pédiatriques (GAP-f) et la Plateforme mondiale pour l'accès aux médicaments de lutte contre le cancer de l'enfant. Ces fonds sont essentiels pour développer le marché du cancer de l'enfant en finançant à la fois les achats actuels et la recherche pour de futures formulations pédiatriques optimales.

En 2022, CHAI a pour objectif d'aider les gouvernements nationaux à mettre en œuvre des programmes durables de dépistage, de diagnostic et de traitement complet du cancer du sein, conformément à la charge mondiale de la maladie et à la vision de l'OMS pour lutter contre cette maladie. Elle entamera la mise en œuvre de deux projets de démonstration sur de nouveaux médicaments anticancéreux au **Nigeria** et en **Ouganda**. Ces projets ont pour objectif d'établir la possibilité ou non de fournir ces médicaments de manière sûre et efficace dans des contextes où les ressources sont limitées. Nous poursuivrons de même notre collaboration avec les ministères de la santé et les autres principaux acteurs de la lutte contre le cancer afin de relever les défis liés à la disponibilité des médicaments, à l'accès à d'autres services de lutte contre le cancer, dont le diagnostic et la radiothérapie, et à l'amélioration continue des systèmes de gestion des données.

Diabète et hypertension

Chaque année, 4,2 millions d'adultes meurent du diabète dans le monde. Le diabète affecte plus de 500 millions de personnes dans le monde, dont environ 80 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que la plupart des cas dans le monde sont des diabètes de type 2, le diabète de type 1 entraîne un risque de mort imminente s'il n'est pas traité de manière adéquate par insuline. Dans les pays à revenu élevé, l'espérance de vie des personnes atteintes de diabète de type 1 est égale à celle de la population générale mais, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, elle est nettement inférieure en raison des disparités d'accès au diagnostic et à un traitement de qualité. Par ailleurs, on estime que 10 à 25 % des personnes souffrant d'un diabète de type 2 nécessitent de l'insuline.

Les maladies cardiovasculaires ont causé 17,9 millions de décès en 2016, soit plus de 30 % de la mortalité mondiale. Les pays à revenu faible ou intermédiaire représentent plus de 75 % de ces décès, dont la moitié survient chez des personnes de moins de 70 ans. L'hypertension, le diabète et l'hypercholestérolémie sont les trois principaux facteurs de risque métabolique des MCV. S'ils ne sont pas contrôlés, ces facteurs de risque peuvent entraîner des conséquences dévastatrices et potentiellement mortelles, en particulier des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, ces deux conséquences étant à l'origine de 80 % de la mortalité due aux MCV. La mortalité due à l'hypertension non contrôlée représente à elle seule environ 10,5 millions de décès chaque année. Dans les pays ciblés par CHAI, plus de 33,5 millions de patients sont considérés comme « à haut risque » de subir ces conséquences graves, en raison d'un mauvais accès aux soins et aux produits de santé essentiels.

Dépistage intégré

En **Eswatini**, 40 % des adultes de plus de 40 ans sous traitement antirétroviral contre le VIH présentent un facteur de risque de maladie cardiovasculaire. Un quart d'entre eux souffrent d'hypertension. La pandémie de COVID-19 a perturbé l'accès aux services pour les patients atteints de MNT en **Eswatini**. Pour pallier ce problème, le ministère de la Santé et CHAI ont travaillé rapidement pour décentraliser les soins liés aux MNT des établissements de soins tertiaires vers les établissements de soins primaires. Il s'agissait notamment d'intégrer les services liés aux MNT et au VIH et de renforcer les compétences des agents

de santé communautaires en termes de dépistage et de conseil donnés aux patients atteints de MNT. En 2021, 52 975 patients atteints de MNT ont été examinés pour du diabète, de l'hypertension et de l'asthme, y compris ceux nécessitant des soins à la fois pour les MNT et le VIH.

Au **Cambodge**, les MNT constituent un problème de santé publique important qui ne cesse de croître. Les MNT tuent près de 60 000 Cambodgiens chaque année, et un Cambodgien sur quatre meurt prématurément (avant l'âge de 70 ans), de l'une des quatre principales MNT. Il fallait pouvoir mettre en œuvre une détection précoce dans ce pays avant que la maladie ne puisse plus être traitée en ciblant les personnes à risque de plus de 40 ans et en leur proposant des contrôles médicaux de routine.

Le déploiement des campagnes de vaccination contre la COVID-19 début 2021, a été l'occasion pour les agents de santé d'entrer en contact avec de nombreux adultes cambodgiens qui, autrement, n'auraient probablement pas pu bénéficier d'un dépistage des MNT. CHAI a saisi cette opportunité sans précédent et a commencé à travailler avec le gouvernement cambodgien pour concevoir et mettre en œuvre un programme pilote proposant aux adultes de plus de 40 ans un dépistage du diabète et de l'hypertension alors qu'ils se faisaient vacciner contre la COVID-19.

Le programme pilote a débuté en juin 2021 dans 10 grands centres de vaccination avant d'être transféré aux centres de santé habituels afin d'assurer la pérennité du programme. CHAI a formé des agents de santé et les a équipés des kits de test nécessaires, et autres fournitures essentielles, tout en leur apportant les compétences nécessaires pour pouvoir assurer le suivi des patients. Elle a également contribué au suivi et à l'évaluation du programme. Lorsque la vaccination a été transférée aux centres de santé, CHAI a travaillé avec l'OMS et le gouvernement pour déployer le Paquet de maladies non transmissibles essentielles (PEN) afin de garantir un accès au traitement après le dépistage. Ce projet comprenait huit centres dans la province de Takeo et trois dans la province de Kampong Chhnang. Grâce à ce programme pilote, 7 435 adultes ont été



+ 7 400 Adultes ayant été dépistés pour le diabète et/ou l'hypertension au Cambodge au cours de campagnes de vaccination contre la COVID-19 avec 37 % d'entre eux ayant présenté des résultats anormaux

testés pour le diabète et/ou l'hypertension, et des anomalies ont été relevées pour 37 % d'entre eux pour l'une ou l'autre maladie. Plus de 2 326 personnes ont été orientées vers des établissements de santé des environs pour confirmer le diagnostic et le traitement, et 327 d'entre elles ont ainsi pu bénéficier d'un traitement. Des conseils relatifs aux facteurs de risque, aux signes précurseurs de la maladie et à l'importance d'un dépistage précoce et de la prévention ont été de plus transmis à toutes les personnes testées.

Accès aux produits du diabète

L'accès à des soins appropriés, à l'insuline et aux produits connexes est un problème majeur pour un grand nombre de personnes qui vivent avec un diabète dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En **Éthiopie**, on estime que près de 70 % des personnes qui vivent avec un diabète, en particulier dans les zones rurales, ne sont pas diagnostiquées. Au **Kenya**, ce taux est d'environ 44 %. Dans les pays à revenu faible, seuls environ 23 % des personnes qui vivent avec un diabète ont accès à un traitement. Parmi ceux qui sont diagnostiqués et ont accès à un traitement, le contrôle de la glycémie est faible : en **Éthiopie**, entre 18 et 51 % des patients sous traitement avaient accès à un contrôle de leur glycémie. Au **Kenya**, environ 7 % des personnes qui vivent avec un diabète ont été contrôlés.

En 2021, avec le soutien de la fondation Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust, CHAI est intervenue pour pouvoir proposer un diagnostic, un traitement et des contrôles de qualité et à un prix abordable aux personnes qui vivent avec un diabète de type 1 et celles qui vivent avec un diabète de type 2 et

ont besoin d'insuline en **Éthiopie**, au **Kenya** et dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour y parvenir, CHAI s'engage avec les fabricants pour améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des produits essentiels pour combattre le diabète, dont l'insuline, les dispositifs d'injection de l'insuline, les glucomètres et les consommables annexes ainsi que les diagnostics. Dans le même temps, CHAI travaille sur des campagnes visant à augmenter l'utilisation de ces produits en **Éthiopie** et au **Kenya** en aidant les gouvernements à renforcer les soins liés au diabète au niveau des soins de santé primaires.

Nos projets

En 2022 et au-delà, CHAI va poursuivre ses efforts pour établir un programme, applicable à plusieurs pays, destiné à améliorer l'accès à des médicaments de qualité à un prix abordable pour les personnes qui vivent avec un diabète ou de l'hypertension. Nous allons tirer parti pour cela des directives nationales simplifiées de contrôle de l'hypertension et du diabète pour créer une demande de médicaments essentiels pour les MNT et renforcer les achats de médicaments et les approches de financement de la santé. Nous allons également travailler sur la création d'environnements politiques favorables à des programmes de contrôle clinique à long terme des MNT, y compris pour la fourniture de médicaments, ainsi que sur l'amélioration de la disponibilité mondiale des médicaments privilégiés de qualité et à un prix abordable par le biais d'une structuration du marché mondial.

Drépanocytose

Au **Ghana**, CHAI a aidé le gouvernement à améliorer les soins apportés aux nouveau-nés en élargissant l'accès à des services de dépistage abordables de la drépanocytose et en créant une filière de gestion intégrée des traitements pour les bébés atteints de cette anomalie. Depuis le lancement du programme, les services de dépistage néonatal sont passés de deux à 12 dans les 16 régions du pays. À ce jour, plus de 17 000 bébés ont été dépistés et plus de 270 nouveau-nés ont été diagnostiqués de la drépanocytose et orientés vers des soins.



TÉMOIGNAGE D'UN MEMBRE DE NOTRE ÉQUIPE

Lorraine Kabunga

Directrice associée — Programmes, Ouganda

Ma première mission chez CHAI en 2013, prévue sur un an, s'est transformée en une carrière qui dure depuis déjà huit ans. Et pourtant, j'ai l'impression que je viens à peine de commencer !

Je suis entrée chez CHAI comme analyste grâce à une bourse du Global Health Corps (GHC). J'avais auparavant travaillé à l'hôpital public de Mulago comme pharmacienne, fournissant des soins aux patients dans les services de l'hôpital. J'ai ensuite travaillé pour l'Institut des maladies infectieuses au sein de l'équipe logistique, où je coordonnais la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments contre le VIH.

Je trouvais un intérêt particulier à travailler au niveau du pays pour pouvoir influencer des décisions politiques qui concernaient l'ensemble du système de santé et cela m'a conduit naturellement à travailler pour CHAI. Ma première mission consistait à aider le gouvernement à promouvoir l'adoption par le secteur public d'un traitement combiné simple et essentiel contre la diarrhée, les sels de réhydratation orale (SRO) et le zinc. Nous avions alors face à nous une multitude de problèmes. Le zinc n'était pas largement disponible sur le marché en raison de son prix élevé. Les budgets consacrés aux médicaments essentiels dans les établissements de santé du secteur public étaient déjà trop limités pour intégrer un produit plus cher. La demande du personnel de santé du secteur privé restait limitée. Notre intervention s'avérait par conséquent compliquée et avait pour objectif de pallier les défaillances de l'offre et de la demande dans les secteurs public et privé.

Nous avons fait appel pour cela à la plus grande plateforme d'approvisionnement, de stockage et de distribution du pays travaillant pour les établissements publics pour qu'elle étudie des prix plus compétitifs et introduise une formulation contenant les deux

traitements sous forme de co-pack. À partir de ces nouvelles données, nous avons convaincu plus de 3 000 responsables d'établissements de santé de passer des commandes de la nouvelle formulation combinée abordable et de veiller à son intégration dans les budgets de santé existants. Notre équipe chargée du secteur privé a dispensé des formations à l'échelle nationale auprès des prestataires de soins et a entamé des négociations avec les importateurs de première ligne pour faire adopter des marques plus abordables et de qualité. À la fin du programme, nous avons fait passer le volume des commandes de SRO dans les établissements de santé de 1 million de doses à 2,1 millions de doses et le nombre de fournisseurs de SRO est passé de deux à six et celui des fournisseurs de zinc d'un à cinq.

C'est là que j'ai découvert l'approche analytique de CHAI, qui utilise l'analyse de données, l'engagement des parties prenantes et la politique pour transformer l'impact à l'échelle nationale. Depuis lors, j'ai eu la chance de travailler sur plusieurs programmes (vaccins, oxygène médical, paludisme, technologies d'assistance, VIH) et d'évoluer vers mon métier actuel qui consiste à assurer la supervision stratégique de l'accès au marché et de la chaîne d'approvisionnement de CHAI Ouganda pour plusieurs produits de santé maternelle et infantile. Quand je repense à l'époque où je venais d'obtenir mon diplôme et où je suis entrée dans la vie professionnelle, je n'aurais jamais imaginé que mon intérêt pour la science des médicaments pourrait un jour m'être utile pour naviguer parmi les chaînes d'approvisionnement des produits de santé et, surtout, pour m'intégrer à des programmes destinés à faire évoluer les soins de santé pour les prochaines générations d'Ougandais. Je suis reconnaissante à CHAI de m'avoir donné cette opportunité. ●

ÉQUIPES TRANSVERSALES D'EXPERTS :

Technologies d'assistance

Nos programmes ont pour objectif de sauver des vies et de réduire les maladies, tout en aidant les gouvernements à créer des systèmes de santé durables. À cet effet, notre équipe d'experts scientifiques, commerciaux et techniques travaille main dans la main avec les équipes de programme et les équipes pays au sein de notre organisation pour atteindre cet objectif. Tout au long de ce rapport, nous allons mettre en avant la collaboration qui s'est établie entre ces équipes transversales et nos équipes chargées des programmes et des pays.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2,5 milliards de personnes dans le monde ont besoin de technologies d'assistance, une expression générique qui recouvre les systèmes et les services liés à la prestation de produits et de services d'assistance, comme les fauteuils roulants, les appareils auditifs, les lunettes, les prothèses et les appareils de communication. Elle prévoit même que ce nombre atteigne 3,5 milliards d'ici 2050. Cependant, un grand nombre de personnes nécessitant ces produits pour apprendre, travailler ou être pleinement intégrées à la société n'y ont pas accès, avec un fossé plus marqué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dans lesquels, parfois, seuls 3 % des besoins sont couverts.

Des partenariats mondiaux pour faire bouger les choses

CHAI a créé un partenariat avec le Global Disability Innovation Hub dans le cadre du programme AT2030 financé par UK Aid, avec l'UNICEF et ATscale, le Partenariat mondial pour les technologies d'assistance, dans le but d'améliorer considérablement l'accès aux technologies d'assistance en les rendant plus disponibles et plus abordables. Elle travaille aussi avec des gouvernements et des partenaires dans 14 pays d'Afrique et d'Asie pour structurer les marchés des produits d'assistance nécessaires et créer une demande durable. Ces pays partenaires sont le **Cambodge**, l'**Éthiopie**, l'**Indonésie**, le **Kenya**, le **Lesotho**, le **Liberia**, le **Nigeria**, le **Malawi**, le **Mozambique**, le **Rwanda**, la **Sierra Leone**, l'**Afrique du Sud**, l'**Ouganda**, la **Zambie**, et le **Zimbabwe**.

Elle appuie le développement de systèmes de données, de politiques et de stratégies nationales, de directives d'achat et de normes pour les produits d'assistance. Elle a procédé à une analyse de marché pour cinq produits prioritaires et leurs services associés, fauteuils roulants, appareils auditifs, prothèses, lunettes et appareils numériques personnels, afin d'aider les parties prenantes à comprendre quelles interventions pourraient être requises pour surmonter les obstacles du marché. Ces analyses de marché lui servent maintenant à documenter le travail

réalisé avec les gouvernements pour combler le fossé qui existe en matière d'accès aux technologies d'assistance.

Approche gouvernementale de la fourniture de produits et de services d'assistance

Cette inégalité s'explique par le fait que, dans les pays à faible revenu, les technologies d'assistance sont principalement offertes par des organisations caritatives, la participation du gouvernement étant très limitée. Par conséquent, les systèmes de fourniture des services fonctionnent souvent en parallèle aux systèmes publics, sont répartis de manière inégale et dépendent du financement aléatoire des donateurs.

CHAI travaille avec les gouvernements pour les encourager à abandonner définitivement leurs approches cloisonnées et d'intégrer la fourniture de technologies d'assistance dans les systèmes publics. Dès 2018, nous avons aidé les gouvernements à réaliser une analyse approfondie de l'état actuel des services liés aux technologies d'assistance, et de jeter ainsi les bases en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans nationaux ambitieux.

C'est ainsi que le **Malawi** a lancé sa toute première politique nationale de rééducation médicale, avec un plan de mise en œuvre chiffré en cours de finalisation. Le ministère de la Santé et de l'Assainissement de **Sierra Leone** a lancé une politique et un plan stratégique pour la période 2021-25 sur les technologies d'assistance, qui comprend 40 activités potentielles servant de feuille de route pour atteindre les cinq objectifs stratégiques décrits dans le document. L'**Éthiopie**, le **Kenya** et le **Liberia** ont également lancé des plans stratégiques pluriannuels similaires.

L'OMS a publié sa première liste de médicaments essentiels en 1977. Cette liste a contribué à l'amélioration des soins de santé, à la réduction des coûts et à des produits de santé plus accessibles. Aujourd'hui, des listes nationales de médicaments ont été créées dans la plupart des États membres de l'OMS. À l'image de ce succès, l'OMS a publié en 2018

une liste prioritaire de produits d'assistance. Cette liste comprend 50 produits couvrant un spectre de besoins. Toutefois, peu de pays ont développé des versions nationales.

CHAI a travaillé avec les gouvernements pour créer des groupes de travail techniques chargés d'élaborer ces listes nationales. Des sous-comités de spécialistes ont travaillé en particulier sur certaines catégories de produits liés à l'audition, la vision, la mobilité, le cognitif et la communication. Ces comités ont classé les produits par ordre de priorité selon les besoins et la charge de la maladie, le niveau de facilité de maintenance de la technologie, dont la disponibilité des pièces de rechange dans le pays, et leur coût. À la suite de cette action, l'**Éthiopie** est devenue le premier pays africain à publier une liste nationale de produits d'assistance en avril 2021, contenant 44 produits. La **Sierra Leone** a également publié une liste en novembre 2021, avec 70 produits. Le **Liberia**, le **Nigeria** et le **Rwanda** sont en train de finaliser leur liste qui sera publiée en 2022.

Promouvoir l'accès aux lunettes à un prix abordable

La malvoyance est la forme de déficience la plus courante en **Afrique du Sud** avec une personne sur dix concernée. Les problèmes de vision peuvent généralement être traités avec une paire de lunettes. Environ 85 % de la population n'est pas assurée et dépend du secteur de la santé publique de sa province pour les services de soins ophtalmologiques ainsi que pour la fourniture de lunettes à ceux qui en ont besoin. Cependant, la faiblesse des chaînes d'approvisionnement et les contraintes budgétaires

empêchent souvent les provinces de pouvoir assurer ces services.

L'intégration d'un laboratoire d'optique, fabricant de lunettes, dans le système de santé publique pourrait être en mesure de garantir une fourniture durable à la population. CHAI a testé ce principe avec le département de la santé de la province de KwaZulu-Natal, qui a mis en place un modèle de prestation hub and spoke (en étoile). Nous avons simplifié le processus permettant d'accéder à un examen ophtalmologique et aux prescriptions dans les districts environnants (les « spokes ») pour produire les lunettes dans un lieu central (le « hub »). CHAI a aidé le département provincial de la santé à établir le budget nécessaire pour fournir des lunettes aux habitants de la province non assurés.

Grâce à cela, la province a pu réduire d'environ 50 % le coût de production de lunettes sur mesure. Aujourd'hui, les personnes qui ont besoin de lunettes peuvent les acquérir pour moins de 12 USD.

Nos projets

Les pays ont maintenant élaboré des plans nationaux ambitieux pour accroître l'accès aux technologies d'assistance et sont prêts à les mettre en œuvre. Nous allons aider les gouvernements à mettre en œuvre des mesures phares visant à améliorer la demande et l'offre de produits d'assistance, notamment en renforçant les systèmes de données, en intégrant les produits d'assistance dans les marchés publics et en élaborant une politique visant à améliorer et à maintenir la qualité des produits et des services.



Service d'ophtalmologie, Themba Hospital, Afrique du Sud. Photo : Amy Montalvo.

BILAN FINANCIER

Clinton Health Access Initiative, Inc. et ses filiales. Exercices clos le 31 décembre 2020 et en 2021.

État consolidé des activités

	2021	2020
Revenus et aides :		
Contributions	970 580 USD	632 088 USD
Subventions	-	196 994 197
Contributions en nature	1 618 438	4 773 269
Autre	103 555	302 800
Actifs nets sans restriction	217 422 994	444 005
Total des revenus, gains et autres aides	220 115 567	203 146 359
Dépenses :		
Services liés aux programmes	203 267 889	186 996 041
Gestion et dépenses générales	15 454 340	15 909 953
Collecte de fonds	714 647	538 820
Total dépenses	219 436 876	203 444 814

États consolidés de la situation financière

	2021	2020
Actif		
Liquidités et équivalents de trésorerie	14 615 257 USD	17 310 119 USD
Liquidités et équivalents de trésorerie dont l'utilisation est limitée	108 342 070	92 964 395
Avances et dépôts	1 773 519	1 222 518
Subventions à percevoir	5 995 702	3 381 471
Dépenses payées d'avance	1 765 326	1 488 518
Immobilisations corporelles	245 053	193 775
Total de l'actif	132 736 927	116 560 796
Passif et actif net		
Comptes à payer	6 313 656	5 539 686
Charges à payer	7 538 211	8 192 417
Revenus différés	106 067 327	92 627 321
Total du passif	119 919 194	106 359 424
Actif net :		
Sans restriction imposées par le donateur	10 542 989	9 864 298
Avec restrictions imposées par le donateur	2 274 744	337 074
Total actif net	12 817 733	10 201 372
Total du passif et de l'actif net	132 736 927	116 560 796

REMERCIEMENTS

Le travail de CHAI n'est possible que grâce à un réseau engagé de donateurs et de partenaires.

Abt Associates Pty Ltd
 Access Health International
 Access to Health Fund
 African Academy of Sciences
 African Population and Health Research Center
 AIDS Vaccine Advocacy Coalition
 Alan D Schwartz
 American Cancer Society, Inc.
 Aqua for All
 Asia Pacific Leaders Malaria Alliance
 Bill & Melinda Gates Foundation
 Boston University
 Canada Fund for Local Initiatives
 Catholic Organisation for Relief and Development AIDS
 Catholic Relief Services
 CDC Foundation
 Center for Global Development
 CGD Europe
 Clinton Family Foundation
 Comic Relief
 David and Lucile Packard Foundation
 Deutsche Gesellschaft für Internationale
 Zusammenarbeit GmbH
 Development Activities International Ltd
 Direct Relief
 Duke University
 ELMA Group of Foundations
 Embassy of Ireland
 Ethiopia Federal Ministry of Health
 European Commission
 European Investment Bank
 EYelliance
 Foundation for Innovative New Diagnostics
 Friends for International TB Relief
 GAVI Alliance
 GCE Healthcare
 Global Affairs Canada
 Global Disability Innovation Hub
 Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
 Global Health Corps
 Grand Challenges Canada
 Heidelberg University
 Honduras Ministry of Health
 IBM India Pvt. Ltd.
 Individual Donations
 Institut Pasteur du Cambodge
 Inter-American Development Bank
 Interactive Research and Development
 Jacaranda Health
 Luxembourg Development Cooperation Agency
 Malaria Consortium

McKinsey & Company Inc. East Africa Pty Ltd
 MedAccess
 Merck & Co.
 Metropolitan Health Ltd
 Myanmar Ministry of Health
 National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD
 National Committee for Sub-National Democratic
 Development Secretariat
 National Emergency Response Council on HIV-
 AIDS, Eswatini
 Netherlands Development Finance Company
 Norwegian Cancer Society
 Norwegian Ministry of Foreign Affairs
 Paediatric Aids Treatment for Africa
 PATH
 Population Services International
 Raymond G. Chambers
 Robert Selander
 Roots and Wings Foundation
 SANRU
 Save the Children
 Scope Impact Oy
 Sean Parker Foundation
 Segal Family Foundation
 Solina Centre for International Development
 and Research
 Surgo Foundation
 Swedish International Development
 Cooperation Agency
 The Aurum Institute
 The Brigham and Women's Hospital
 The Children's Investment Fund Foundation
 The Susan Thompson Buffett Foundation
 The Task Force on Global Health
 Touch Foundation
 UBS Optimus Foundation
 UK Department of Health and Social Care
 UK Foreign, Commonwealth and Development Office
 Unitaid
 United Nations Children's Fund
 United Nations Foundation
 United Nations Office for Project Services
 United Nations Population Fund (UNFPA)
 United States Agency for International Development
 University of Liverpool
 University of Manitoba
 University of Pittsburgh
 University of Witwatersrand
 Vital Strategies, Inc
 World Bank
 World Health Organization

NOTRE ÉQUIPE DE DIRECTION

Dr. Neil Buddy Shah, Directeur général*

Rasha Hibri, Directeur financier

Alice Kang'ethe, Directrice des opérations

Joshua Chu, Vice-président exécutif, Vaccins et
maladies non transmissibles

Dr. David Ripin, Vice-président exécutif, Maladies
infectieuses ; Directeur scientifique

Dr. Owens Wiwa, Vice-président exécutif, Afrique
occidentale et centrale ; Directeur national - Nigeria

Harkesh Dabas, Vice-président et directeur
national - Inde

Zachary Katz, Vice-président - Médicaments essentiels

Gerald Macharia, Vice-président - Afrique orientale et
australe ; Directeur national - Kenya

Dang Ngo, Vice-président, Asie du Sud-Est, Pacifique ;
Directeur national - Vietnam

Dr. Mphu Ramatlapeng, Vice-président exécutif -
Mise en œuvre

Cathleen Creedon, Directrice du développement

Katherine DeMarco, Directrice des opérations
internationales

Jessie Jackson, Directeur général des
ressources humaines

Corina Milic, Directrice des communications par intérim

Joan Muasa, Directrice générale des relations
institutionnelles et de l'examen des programmes

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Alan D. Schwartz, Président du conseil d'administration

Raymond G. Chambers, Membre du conseil
d'administration et président du comité exécutif

Chelsea Clinton, Membre du conseil d'administration

President William J. Clinton, Membre du conseil
d'administration, président émérite et cofondateur

Ophelia Dahl, Membre du conseil d'administration*

Aliko Dangote, Membre du conseil d'administration

Professeur Dame Sally Davies, Membre du conseil
d'administration

Timothy A. A. Stiles, Président du sous-comité d'audit
du comité des finances

Dr Mark Dybul, Membre du conseil d'administration

Bruce Lindsey, Membre du conseil d'administration

Luis Alberto Moreno, Membre du conseil
d'administration

Joy Phumaphi, Membre du conseil d'administration

Robert W. Selander, Membre du conseil
d'administration et président du comité des finances

Ann Veneman, Membre du conseil d'administration

Richard Zall, Secrétaire du Conseil et
conseiller juridique

*Membre depuis 2022



Clinton Health Access Initiative, Inc. (CHAI)
383 Dorchester Avenue, Suite 400
Boston, MA 02127 USA

+1 617 774 0110
info@clintonhealthaccess.org

For all press inquiries, please contact:
press@clintonhealthaccess.org

www.clintonhealthaccess.org