

**Stratégies mondiales du
secteur de la santé contre,
respectivement, le VIH,
l'hépatite virale et les infections
sexuellement transmissibles
pour la période 2022-2030**



**Organisation
mondiale de la Santé**

**Stratégies mondiales du
secteur de la santé contre,
respectivement, le VIH,
l'hépatite virale et les infections
sexuellement transmissibles
pour la période 2022-2030**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]

ISBN 978-92-4-005381-6 (version électronique)

ISBN 978-92-4-005382-3 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique: 400 Communications.

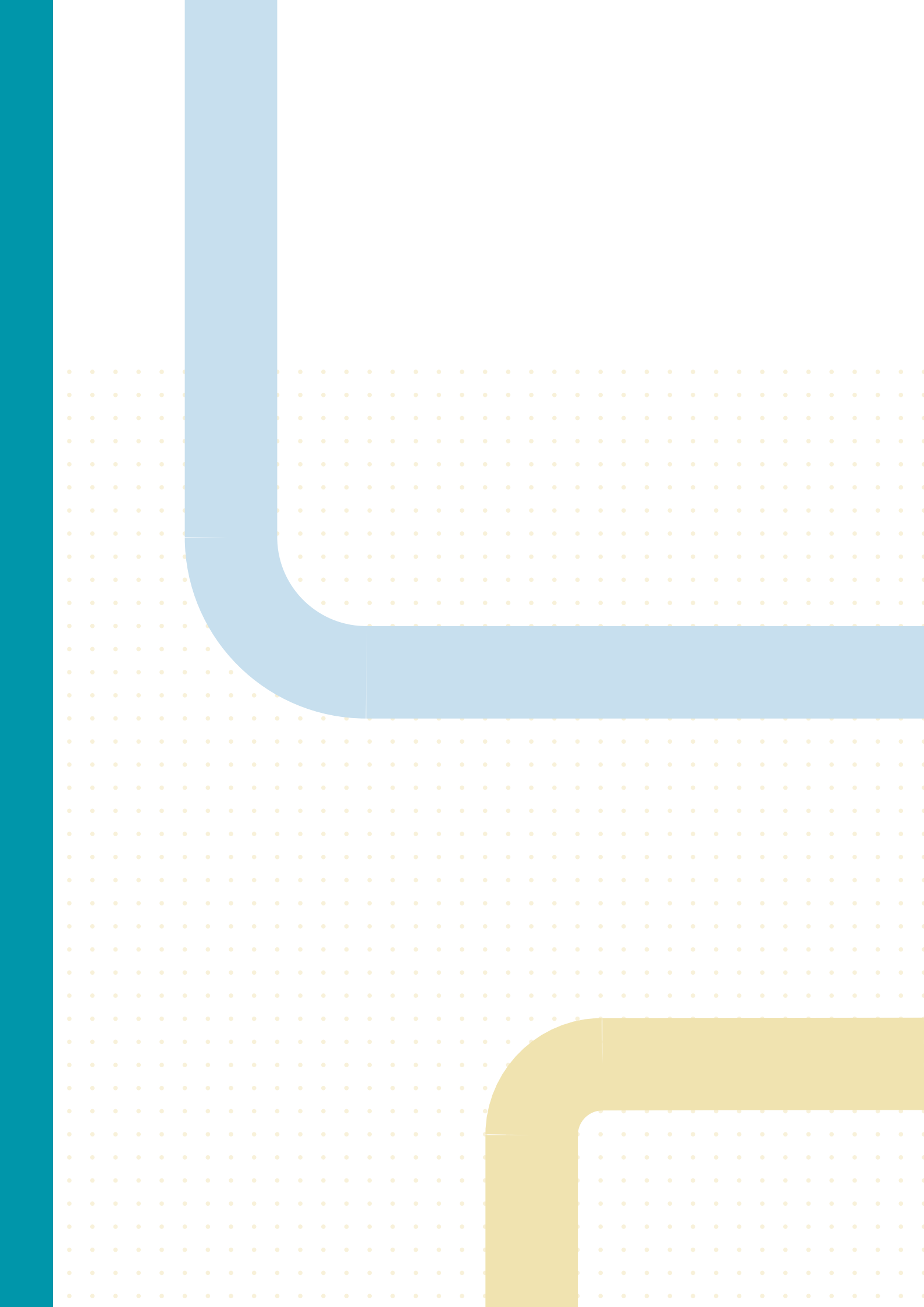
Table des matières

Chapitre 1 : Mettre fin aux épidémies dans une ère nouvelle de la santé mondiale	1
1.1 Des épidémies majeures contre lesquelles les progrès sont inégaux	3
1.2 Des changements stratégiques pour mettre fin aux épidémies : une action conjointe axée sur les maladies	5
1.2.1 Assurer une action centrée sur la personne	5
1.2.2 Tenir compte des priorités propres à la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles	5
1.2.3 Adopter une approche commune pour renforcer le système de santé et le système communautaire	7
1.2.4 Intégrer l'évolution rapide du contexte de la santé et du développement	7
1.2.5 Éliminer la stigmatisation, la discrimination et les autres obstacles structurels	8
1.3 Un cadre pour les stratégies	9
1.5 Comment utiliser le présent document	11
Chapitre 2 : Vision, objectifs, orientations stratégiques et cibles	13
2.1 Vision, objectifs et orientations stratégiques	14
2.2 Cibles et impact	17
2.3 Théorie du changement	20
Chapitre 3 : Approches communes pour une riposte centrée sur la personne	23
3.1 Cibles essentielles concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles	26
3.2.1 Mesures communes contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles	28
3.2.2 Interventions communes pour améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines sanitaires	32
3.3 Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact	34
3.3.1 Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires	34
3.3.3 Gouvernance	37
3.3.4 Financement	37
3.3.5 Produits de santé	38
3.3.6 Personnel de santé	38
3.3.7 Déterminants sociaux et structurels de la santé	39
3.3.8 Sécurité sanitaire	40
3.4 Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action	40

3.5	Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie	42
3.6	Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact	43
Chapitre 4 : VIH		45
4.1	Cibles concernant le VIH	47
4.2.1	Prestation de services contre le VIH	50
4.2.2	Interventions contre le VIH pour améliorer l'intégration aux autres domaines de santé et les liens avec eux	53
4.3	Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact	54
4.4	Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action	55
4.5	Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie	56
4.6	Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact	57
Chapitre 5 : Hépatite virale		59
5.1	Cibles concernant l'hépatite virale	62
5.2	Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne	64
5.2.1	Prestation de services contre l'hépatite virale	65
5.2.2	Interventions contre l'hépatite virale pour améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines sanitaires	68
5.3	Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenaires pour plus d'impact	68
5.4	Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action	70
5.5	Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie	71
5.6	Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact	71
Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles		73
6.1	Cibles concernant les infections sexuellement transmissibles	76
6.2	Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne	78
6.2.1	Prestation de services contre les infections sexuellement transmissibles	78
6.2.2	Interventions contre les infections sexuellement transmissibles visant à améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines de santé	82
6.3	Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact	83

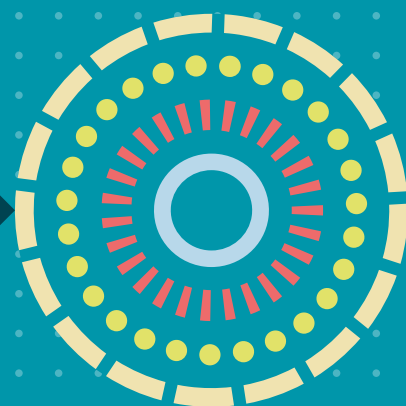
6.4	Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action	85
6.5	Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie	85
6.6	Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact	86
Chapitre 7 : Mise en œuvre, responsabilisation et suivi		89
7.1	Rendre les stratégies opérationnelles	90
7.2	L'importance des partenariats	91
7.3	Le rôle de l'OMS	92
7.4	Responsabilisation, suivi et établissement de rapports	94
7.5	Le coût de la mise en œuvre	97
Annexe 1 : Liste récapitulative des mesures à prendre par les pays et par l'OMS		103
Annexe 2 : Cadre de mesure		109





1

Mettre fin aux épidémies dans une ère nouvelle de la santé mondiale



Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles orientent le secteur de la santé dans la mise en œuvre de ripostes stratégiques ciblées pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida, à l'hépatite virale B et C et aux infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030.¹

S'appuyant sur les réalisations et les leçons tirées dans le cadre des stratégies mondiales du secteur de la santé 2016-2021,^{2,3,4} les stratégies 2022-2030 tiennent compte des changements épidémiologiques, technologiques et contextuels de ces dernières années, contribuent à tirer des enseignements relatifs aux diverses infections et maladies et créent des occasions de tirer parti des innovations et des nouvelles connaissances pour une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. Les trois stratégies recommandent aux pays les mesures à prendre liées à des enjeux communs (ci après mesures communes) aux trois ensembles d'infections et de maladies visés (ci-après ensemble de maladies) et les mesures portant plus spécifiquement sur chacun d'entre eux au cours des huit prochaines années, qui seront appuyées par les mesures que devront prendre l'OMS et ses partenaires.

Chaque pays devrait définir les groupes les plus touchés par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et les plus exposés à ces risques,

et s'engager à prendre des mesures répondant au contexte épidémiologique et au système de santé locaux tout en respectant les droits humains fondamentaux et en mettant l'accent sur l'accès équitable à la santé et les pratiques fondées sur des données probantes.

Les stratégies 2022-2030 soulignent le rôle essentiel du secteur de la santé dans les efforts pour mettre fin à ces épidémies en partant du principe qu'une approche multisectorielle de « la santé dans toutes les politiques » s'impose pour éliminer les obstacles structurels et systémiques à l'accélération des progrès.⁵ Les stratégies préconisent de mieux cibler les efforts pour atteindre ceux qui sont les plus touchés et les plus exposés au risque de ces maladies et pour lutter contre les inégalités. Elles favorisent les synergies dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires et contribuent à la réalisation des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.⁶

¹ Tout en reconnaissant l'importance des hépatites virales A et E, toutes deux à l'origine d'une maladie aiguë, les stratégies mondiales du secteur de la santé mettent avant tout l'accent sur les hépatites virales chroniques B et C. Ces deux infections, qui peuvent entraîner une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire, provoquent 96 % des décès dus à l'hépatite virale. La co-infection ou surinfection de l'hépatite D accélère la progression de l'hépatopathie chronique, mais seulement chez les personnes vivant avec l'hépatite B. On trouvera plus de précisions au chapitre 5.

² Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021 : vers l'élimination du sida. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250576>, consulté le 31 décembre 2021).

³ Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250577>, consulté le 31 décembre 2021).

⁴ Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : vers l'élimination des IST. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250242>, consulté le 31 décembre 2021).

⁵ Treizième programme général de travail, 2019-2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328842>, consulté le 31 décembre 2021).

⁶ Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York, Nations Unies, (<https://sdgs.un.org/fr/2030agenda>, consulté le 31 décembre 2021).



1.1 Des épidémies majeures contre lesquelles les progrès sont inégaux

Le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sont collectivement à l'origine de 2,3 millions de décès et de 1,2 million de cas de cancer annuels⁷ et continuent de peser lourdement sur la santé publique, partout dans le monde. On compte plus de 1 million de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles par jour et 4,5 millions de nouveaux cas annuels d'infection par le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C. Même si des progrès ont été accomplis sur les trois fronts, le rythme de l'action engagée sur le plan mondial est insuffisant et la plupart des cibles mondiales fixées pour 2020 n'ont pas été atteintes (Encadré 1.1). Le plein potentiel des outils et des technologies disponibles n'est pas exploité, de nombreux groupes sont laissés en marge et des obstacles structurels, systémiques et financiers continuent d'entraver les progrès. La pandémie de COVID-19 a constitué un obstacle supplémentaire et une accélération des efforts est nécessaire pour mettre fin à ces épidémies.



⁷ Y compris le carcinome hépatocellulaire causé par les hépatites B et C, le cancer du col de l'utérus causé par le papillomavirus humain et d'autres types de cancers dus à l'hépatite virale et au papillomavirus humain.

Encadré 1.1 RÉALISATIONS ET LACUNES AU COURS DE LA PÉRIODE 2016-2021

Les épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles sont parvenues à différents stades et il en va de même des efforts de lutte entrepris contre elles.⁸

L'épidémie mondiale de **VIH** a été transformée par la généralisation du traitement antirétroviral, qui a permis de ramener le nombre annuel des décès liés au VIH à leur plus faible niveau depuis 1994. On n'en a pas moins enregistré 680 000 décès dus à des causes liées au VIH en 2020, un niveau qui reste inacceptable, alors que les progrès accomplis pour réduire la mortalité marquent un temps d'arrêt. Par ailleurs, on compte plus de 1,5 million de nouvelles infections à VIH chaque année et les cibles mondiales concernant leur réduction ne sont pas en voie d'être atteintes. Les progrès réalisés concernant l'accès aux services sont moins importants dans le cas des enfants et des adolescents que pour les adultes. Les groupes clés dans le contexte du VIH comprennent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogue par injection, les travailleurs du sexe, les transgenres et les détenus. Les membres des populations clés⁹ et leurs partenaires, chez qui sont enregistrés 65 % des nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde, se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux services, qu'il s'agisse d'obstacles juridiques et politiques ou de déterminants structurels et sociaux de la santé dans le cadre du secteur de la santé et au-delà.

Les efforts de lutte contre l'**hépatite virale** ont bénéficié d'un élan significatif au cours de la période 2016-2021. Les engagements financiers restent toutefois insuffisants pour atteindre les objectifs mondiaux. La cible mondiale d'une réduction de l'incidence du virus de l'hépatite B pour 2020 a été atteinte, grâce à la vaccination du nourrisson et à la prévention. Le nombre de personnes sous traitement pour une infection chronique par le virus de l'hépatite C est près

de 10 fois plus élevé qu'en 2015, ce qui a permis de réduire la mortalité liée à l'hépatite C. Il reste que près de 80 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou C ne sont toujours pas diagnostiquées et n'ont pas accès à un traitement abordable. L'hépatite B et l'hépatite C continuent d'être à l'origine de 1,1 million de décès annuels dus à une hépatopathie chronique et au cancer. L'accès à la vaccination contre l'hépatite B à la naissance reste insuffisant dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les multiples épidémies d'**infections sexuellement transmissibles** sont toujours à l'origine d'une charge de morbidité importante et la riposte mondiale a pris beaucoup de retard, en raison d'une visibilité, d'un financement et d'un appui à la mise en œuvre insuffisants. **Quatre infections sexuellement transmissibles curables** – syphilis (*Treponema pallidum*), gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*), chlamydie (*Chlamydia trachomatis*) et trichomonase (*Trichomonas vaginalis*) – sont à l'origine de plus de 1 million de nouveaux cas par jour. On estime à 604 000 le nombre de cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués chez les femmes dans le monde en 2020, dont la plupart sont liés à une infection par le papillomavirus humain à haut risque. Ce virus peut également causer des verrues anogénitales et certains types de cancer chez les hommes. On compte en outre plus de 500 millions de cas d'infection génitale par le virus de l'herpès simplex. En l'absence d'un traitement, les infections sexuellement transmissibles peuvent entraîner à long terme des issues irréversibles, voire fatales – douleurs pelviennes chroniques, cancers, grossesses extra-utérines, stérilité, issues indésirables de la grossesse, mort néonatale ou anomalies congénitales. On constate néanmoins des progrès nettement insuffisants dans la lutte contre ces infections, qui ne sont souvent ni diagnostiquées ni traitées. L'incidence de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles reste stable et aucune des cibles mondiales pour 2020 n'a été atteinte.

⁸ Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341412>, consulté le 31 décembre 2021).

⁹ « [C]haque pays doit définir les populations spécifiques à prendre en compte en priorité au regard de l'épidémie et de la riposte, en fonction du contexte épidémiologique local, [en notant] que les données épidémiologiques mondiales montrent que certaines populations clés sont plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre », résolution 75/284 de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 », 2021 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/31/PDF/N2114531.pdf>, consulté le 20 avril 2022).

1.2 Des changements stratégiques pour mettre fin aux épidémies : une action conjointe axée sur les maladies

À ce jour, les réalisations ont démontré qu'un leadership fort, associé à des technologies et à des pratiques novatrices, à des efforts financiers et à un engagement communautaire, peuvent permettre de réduire la transmission des maladies, d'améliorer les résultats thérapeutiques et de sauver des vies. Tout fléchissement au cours des huit prochaines années remettrait toutefois en cause les progrès réalisés jusqu'ici avec un risque de résurgence. Des changements stratégiques et des innovations sont nécessaires pour protéger l'acquis et se rapprocher de l'objectif de mettre fin aux épidémies de sida, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles.

Reconnaissant les points communs et les différences entre les trois ensembles d'infections et de maladies visés, les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 offrent un cadre pour combiner stratégiquement des approches communes et des approches spécifiques à chacun de ces ensembles de manière à ce que l'action soit centrée sur la personne.

1.2.1 Assurer une action centrée sur la personne

Le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles présentent des points communs quant aux modes de transmission et aux interventions. Tous trois sont également influencés de manière analogue par les déterminants sociaux et structurels de la santé, de sorte que les communautés confrontées à des conditions socioéconomiques défavorables ou à la discrimination, notamment dans le cas de groupes clés, sont plus exposées aux infections et à des résultats sanitaires médiocres. Pour mettre fin à ces épidémies, la solution consiste à centrer sur la personne l'action du système de santé fondée sur les droits, en organisant les services de façon à répondre aux besoins des gens plutôt qu'en fonction des maladies et en favorisant les approches intégrées centrées sur le patient et les liens avec les services de soins de santé primaires (Encadré 1.2). Les stratégies 2022-2030 font bien ressortir que différents groupes sont exposés à des besoins et à des circonstances très particuliers en matière de santé, qui appellent

des solutions sur mesure reconnaissant les expériences vécues par les membres d'un ou plusieurs de ces groupes et apportant les réponses voulues. Les stratégies reconnaissent aussi clairement que la charge et la répartition du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles varient d'un pays à l'autre et que les réponses doivent être adaptées au contexte épidémiologique et au système de santé de chacun.

Encadré 1.2 SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Les systèmes de santé organisés en fonction des besoins individuels et communautaires se révèlent plus efficaces et moins coûteux, améliorent les connaissances en santé et la participation des patients et sont mieux préparés à faire face aux crises sanitaires. Les services de santé centrés sur la personne représentent une caractéristique importante des soins de santé primaires et contribuent à étendre la couverture sanitaire universelle.¹⁰ Pour que les services de santé soient davantage centrés sur la personne, il faut intégrer les éléments de la prestation de services au moyen de solutions nouvelles, afin d'assurer leur continuité de manière coordonnée entre les différents niveaux et lieux de soins, dans le cadre du secteur de la santé et au-delà, selon les besoins tout au long de la vie. Cela suppose l'élaboration de systèmes et de réseaux d'orientation, ainsi que des approches de soutien et d'autonomisation permettant aux patients et aux communautés de participer à leurs propres soins, tout en tenant compte de la charge des soins non rémunérés que supportent les femmes et d'autres aidants.

1.2.2 Tenir compte des priorités propres à la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

Malgré leur caractère interdépendant, les épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles présentent différentes séries de défis à relever. De plus, les efforts de lutte consentis jusqu'ici ont évolué de manières différentes et sont parvenus à différents stades. Les priorités propres à la lutte dans les trois domaines doivent être envisagées de façon à accélérer les progrès (Encadré 1.3).

¹⁰ Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport du Secrétariat. Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf, consulté le 31 décembre 2021).



Encadré 1.3 FEUILLES DE ROUTE POUR METTRE FIN AUX ÉPIDÉMIES DE VIH, D'HÉPATITE VIRALE ET D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES D'ICI À 2030

Face au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles, il faudra des mesures qui soient adaptées aux spécificités des trois domaines de lutte et aux carences constatées dans chacun des cas.

La riposte face au **VIH** peut se prévaloir de plus de 40 ans d'interventions mondiales visant à mobiliser des ressources, à élargir les services et à réduire les inégalités, avec une forte participation communautaire. Les progrès réalisés ont toutefois été inégaux. De nombreux pays à forte charge d'infection à VIH offrent désormais un niveau élevé de couverture des services, mais il reste encore beaucoup à faire pour les groupes clés, notamment au moyen d'une révision et d'une réforme de la législation et des politiques néfastes qui érigent des obstacles aux interventions et aux services fondés sur des données probantes. Il faut aussi remettre l'accent sur les efforts visant à éliminer la transmission verticale (mère-enfant) du VIH et à répondre aux besoins concernant les soins de l'enfant et mieux associer les hommes aux interventions. Il importe de vouer une plus grande attention à la réduction du nombre inacceptable de décès liés au VIH, notamment en luttant contre la tuberculose, la méningite à cryptocoque, les infections bactériennes graves et d'autres comorbidités. Dans la dernière ligne droite, pour que le VIH cesse d'être une menace pour la santé publique au cours des huit prochaines années, il faudra ramener le nombre annuel de nouveaux cas d'infection de 1,5 million en 2020 à 335 000 d'ici à 2030 et éviter plus de 500 000 décès annuels. Les progrès scientifiques récents dans le traitement et les technologies du VIH ainsi que les méthodes innovantes de prestation de services offrent une occasion sans précédent à cet égard. Pour obtenir de tels résultats, il faudra un engagement durable et des approches souples face à une épidémie qui évolue, un nouveau renforcement des efforts de prévention primaire, une prestation de services différenciés répondant aux différents besoins de groupes et de cadres spécifiques, ainsi qu'une préparation efficace aux épidémies. Il faudra aussi des investissements durables en faveur

de technologies innovantes, et notamment de nouveaux schémas thérapeutiques et la possibilité de mettre au point un vaccin et un traitement curatif.

L'action mondiale contre l'**hépatite virale** s'est intensifiée et a bénéficié d'un engagement politique croissant au cours de la période de mise en œuvre de la stratégie 2016-2021. Elle a notamment profité des progrès considérables accomplis dans les approches de santé publique en matière de prévention et de traitement. Si l'ensemble des interventions clés contre l'hépatite virale se sont avérées très rentables, il reste nécessaire d'augmenter considérablement les investissements financiers pour atteindre l'objectif de l'élimination de la maladie. L'existence de vaccins sûrs et efficaces contre l'hépatite B et d'antiviraux capables de prévenir la transmission de l'hépatite B et d'assurer un traitement efficace contre l'hépatite C offre de larges perspectives de mettre fin aux épidémies d'hépatite virale d'ici à 2030. Certains pays à forte charge de morbidité ont fait œuvre de pionnier à cet égard ; d'énormes lacunes subsistent toutefois en matière de diagnostic et de traitement de l'hépatite dans la plupart des pays. Pour atteindre les objectifs de la stratégie mondiale au cours des huit prochaines années, on devra ramener le nombre annuel des nouvelles infections par les virus de l'hépatite B et C d'environ 3 millions en 2020 à 520 000 d'ici à 2030 ; et celui des décès dus aux hépatites virales B et C de 1,1 million à moins de 500 000 au cours de la même période. Il faudra pour y parvenir améliorer massivement la disponibilité des services de prévention, de diagnostic et de traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et assurer l'accès universel à la vaccination à la naissance contre l'hépatite B pour mettre fin à l'infection de l'enfant. Pour cela, on devra sensibiliser le grand public et les responsables politiques et consentir un effort de financement suffisant pour intégrer les services d'hépatite virale dans les mesures d'ensemble de couverture sanitaire universelle, simplifier et décentraliser la prestation des services, assurer l'examen et la révision des lois et des politiques néfastes qui érigent des obstacles aux interventions et aux services fondés sur des données probantes et améliorer la coordination avec d'autres domaines comme la lutte anticancéreuse et les soins de la mère et de l'enfant.

Face aux **infections sexuellement transmissibles**, l'action mondiale devra être redynamisée et recadrée après des années pendant lesquelles elle a été reléguée au second plan avec un engagement politique et financier insuffisant. Ces infections continuent d'être une source de stigmatisation, restent cachées et la plupart des 374 millions de nouveaux cas annuels n'ont pas accès au dépistage, au diagnostic ou à un traitement. Certains succès ont certes été enregistrés, 15 pays en particulier ayant éliminé la transmission verticale de la syphilis en 2020. Le vaccin contre le papillomavirus humain est également en cours de déploiement dans le cadre des calendriers nationaux de vaccination, mais la couverture reste faible. De nombreux pays ne disposent que de données limitées sur les infections sexuellement transmissibles et n'exploitent pas assez les liens qui peuvent exister avec la lutte contre le VIH et les autres maladies transmissibles. Pour mettre fin aux épidémies d'infections sexuellement transmissibles en

tant que problème de santé publique d'ici à 2030, il faudra réduire massivement le nombre des nouvelles infections et consentir des efforts visant à améliorer considérablement la prévention primaire et l'accès au dépistage, à mieux faire prendre conscience de l'impact de ces infections sur la santé publique et à assurer un financement adéquat des activités. Pour atteindre ces objectifs ambitieux, il faudra également : améliorer l'accès à une prise en charge des cas de grande qualité centrée sur la personne par des prestataires de services publics, privés et non gouvernementaux ; tirer parti des synergies qu'offrent la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale, la santé de l'adolescent et les services de lutte contre le VIH grâce à une approche de soins de santé primaires ; renforcer la surveillance de ces infections et de la résistance aux antimicrobiens ; soutenir l'accélération de la recherche concernant le diagnostic sur le lieu des soins et à domicile et de nouveaux vaccins ; et élargir les partenariats, notamment avec le secteur privé.

1.2.3 Adopter une approche commune pour renforcer le système de santé et le système communautaire

Il existe de nombreuses possibilités d'accroître l'impact des interventions contre les trois ensembles de maladies par une approche commune dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Les stratégies mettent l'accent sur la nécessité d'une action coordonnée visant à renforcer le système de santé et le système communautaire, à assurer des liens étroits entre les acteurs de ces systèmes et à élargir la collaboration au sein des systèmes et des secteurs et entre eux. Le système de santé doit répondre aux besoins individuels et à ceux des familles et des communautés concernant toute une série de maladies de manière coordonnée et en tirant parti des synergies en matière de prestation de services et d'autres domaines tels que la gouvernance, le financement et l'information sanitaire. Il faut autonomiser les communautés et leur fournir les ressources nécessaires pour renforcer leur rôle essentiel de prestation de services centrés sur la personne assurant des liens étroits avec les services de santé et favorisant la responsabilisation. En l'absence d'une approche uniforme visant à concilier les considérations spécifiques aux trois ensembles de maladies et le renforcement du système de santé, les stratégies fournissent des orientations pour définir les interventions nationales dans le cadre de cette vision.

1.2.4 Intégrer l'évolution rapide du contexte de la santé et du développement

La riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles évolue dans un environnement de plus en plus complexe. La pandémie de COVID-19 a modifié le paysage de la santé mondiale en réorientant les ressources, en faisant ressortir les lacunes des systèmes de santé et en exposant et en exacerbant les disparités et les inégalités qui exposent davantage aux maladies certains groupes et notamment les groupes clés confrontés à des obstacles préexistants qui entravent l'accès aux services. Il est donc d'autant plus important d'intégrer une riposte de santé publique fondée sur les droits pour atténuer l'impact des mesures publiques et sociales et de disposer d'un personnel de santé fort et bien soutenu pour maintenir la continuité des services. La pandémie a démontré le rôle vital des communautés pour répondre aux besoins des gens en situation de crise et mis en évidence les inégalités face à la charge des soins dans la communauté. Elle a aussi favorisé les innovations du système de santé et du système communautaire, par exemple la mise au point et le déploiement rapides de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies et l'utilisation accrue de systèmes et de plateformes de diagnostic intégrés, de systèmes d'information sur la santé, de solutions de santé numériques et d'approches fondées sur les soins autoadministrés. Les progrès rapides en matière de vaccins contre la COVID-19

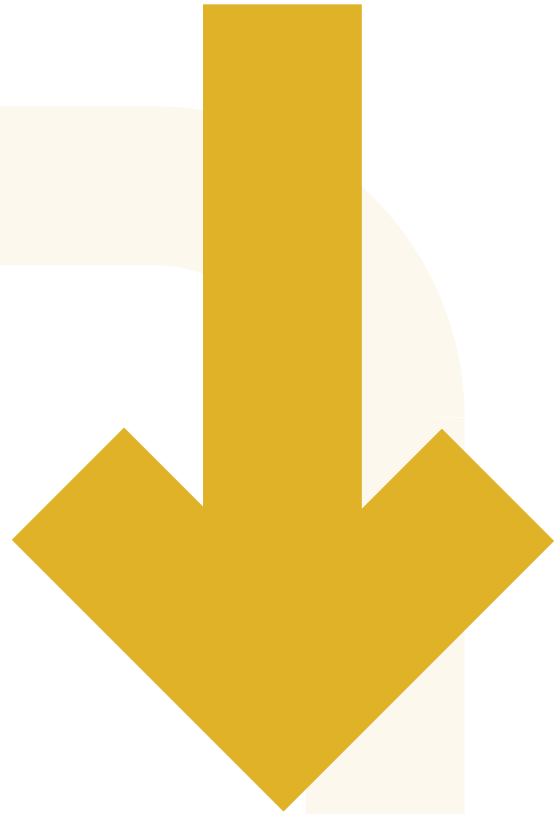


ont redynamisé la communauté mondiale de la santé et suscité un nouvel espoir de bénéficier d'autres innovations, mais ils ont aussi révélé les profondes inégalités concernant l'accès à ces innovations. Il faudra tenir compte des nombreux enseignements importants de la pandémie de COVID-19 pour mettre au point les futures interventions contre les maladies infectieuses. En outre, des facteurs tels que les changements démographiques, la charge croissante des maladies non transmissibles, le changement climatique, les déplacements de population et l'insécurité économique ont aussi une incidence sur la santé et le développement dans le monde. C'est ainsi que le secteur de la santé a un rôle à jouer pour promouvoir des interventions adaptées aux considérations climatiques, en tenant compte par exemple des préoccupations écologiques en matière d'achats pour la santé, de prestation de services et d'élimination des déchets liés aux soins. Une occasion sans précédent est offerte de mettre en place des systèmes de santé et des systèmes communautaires résilients et adaptables¹¹ afin de promouvoir la sécurité sanitaire, de faire respecter les droits humains, de protéger les populations contre de futures pandémies et d'autres problèmes et de faire progresser la santé et le bien-être de l'humanité.

1.2.5 Éliminer la stigmatisation, la discrimination et les autres obstacles structurels

L'extension importante des services nécessaire pour atteindre les cibles de 2030 sera illusoire si elle ne s'accompagne pas d'efforts contre la stigmatisation, la discrimination, les inégalités et la pénalisation des groupes clés qui exacerbent le risque d'infection et empêchent souvent l'accès individuel aux services essentiels. Le secteur de la santé a un rôle déterminant à jouer dans la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les obstacles politiques aux soins, notamment en générant des données sur la façon dont la stigmatisation et la discrimination affectent les groupes les plus touchés par le VIH,

l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Le secteur de la santé est aussi un important rassembleur de partenariats multisectoriels face aux déterminants plus larges de la santé. Il lui appartient de faire prendre conscience de l'importance que revêt la lutte contre ces épidémies et les tabous et comportements discriminatoires ou stigmatisants, conformément à l'engagement qu'a pris l'OMS d'éliminer la discrimination dans les établissements de soins.¹²



¹¹ Renforcer la résilience des systèmes de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la pandémie de COVID-19 : exposé de la position de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346527/WHO-UHL-PHC-SP-2021.02-fre.pdf>, consulté le 31 décembre 2021).

¹² Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins. Déclaration conjointe des Nations Unies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>, consulté le 31 décembre 2021).

1.3 Un cadre pour les stratégies

Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles considèrent l'action du secteur de la santé face à ces épidémies comme essentielle pour atteindre les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (les objectifs de développement durable), en particulier ceux visant à mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme, à instaurer la couverture sanitaire universelle, à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous d'ici à 2030. Les stratégies se fondent sur les normes et principes relatifs aux droits humains et notamment sur le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.¹³ Toutes trois concourent à concrétiser la vision de la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle¹⁴ et l'engagement renouvelé en faveur des soins de santé primaires de la Déclaration d'Astana de 2018.¹⁵

À l'échelle de l'OMS, les stratégies contribuent directement à la réalisation des objectifs du treizième programme général de travail, fondé sur les cibles du triple milliard liées à la couverture sanitaire universelle, à la protection contre les situations d'urgence sanitaire et à la promotion d'une meilleure santé et d'un plus grand bien-être pour tous.¹⁶ Elles sont également alignées sur les engagements exprimés dans

d'autres stratégies et plans de santé mondiaux, y compris la Déclaration politique sur le VIH et le sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2021,¹⁷ l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles pour le développement du système des Nations Unies¹⁸, le cadre panaméricain d'élimination des maladies de l'Organisation panaméricaine de la Santé¹⁹ et les travaux en cours en vue d'élaborer un cadre mondial pour l'élimination de plusieurs maladies. Elles s'inspirent de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida de l'ONUSIDA 2021-2026²⁰ qui met l'accent sur la réduction des inégalités pour une riposte efficace du secteur de la santé et sont alignées sur l'appel à l'action en faveur des droits humains lancé par le Secrétaire général de l'ONU, en particulier les principes clés d'une approche fondée sur les droits humains, de l'intention de ne laisser personne de côté, de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes dans tous les objectifs de développement durable (y compris la dimension 1 : des droits au cœur du développement durable)²¹ et sur les priorités du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme,²² d'UNITAID²³ et des principaux partenaires bilatéraux.

¹³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1966 (<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, consulté le 31 décembre 2021). Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle.

¹⁴ Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Résolution 74/2 (2019) de l'Assemblée générale des Nations Unies. New York, Nations Unies, 2019 (<https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>, consulté le 31 décembre 2021).

¹⁵ Déclaration d'Astana : Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328129>, consulté le 31 décembre 2021).

¹⁶ Treizième programme général de travail, 2019-2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279453>, consulté le 31 décembre 2021).

¹⁷ Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. New York, Nations Unies, 2021 (https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids, consulté le 31 décembre 2021).

¹⁸ Assemblée générale des Nations Unies. Examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies. New York, Nations Unies, 2020 (<https://www.un.org/ecosoc/fr/content/2020-qcpr>, consulté le 31 décembre 2021).

¹⁹ Un cadre intégré et durable pour l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques. Note conceptuelle. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51460>, consulté le 31 décembre 2021).

²⁰ Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève, ONUSIDA, 2021 (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>, consulté le 31 décembre 2021).

²¹ Antonio Guterres, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La plus haute aspiration : Un appel à l'action en faveur des droits humains. New York, Nations Unies, 2020 (https://www.un.org/sg/sites/www.un.org.sg/files/atoms/files/La_plus_haute_aspiration_Un_appel_a_l%27action_en_faveur_des_droits_humains_French.pdf, consulté le 31 décembre 2021).

²² Cadre stratégique du Fonds mondial (2023-2028). Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2021 (https://www.theglobalfund.org/media/11255/strategy_globalfund2023-2028_framework_fr.pdf, consulté le 31 décembre 2021).

²³ Stratégie 2017-2021. Genève, Unitaid, 2017 (https://unitaid.org/assets/UTD_STRATEGY-2017-2021_FRE_WEB.pdf, consulté le 31 décembre 2021).

Comme elles rendent compte des interactions complexes entre les différents problèmes de santé associés au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles, les stratégies sont également en harmonie avec d'autres stratégies et plans de santé mondiaux relatifs à un vaste éventail de maladies et problèmes de santé connexes.²⁴

1.4 Le processus d'élaboration des stratégies

Le projet de stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 a été élaboré dans le cadre d'un processus consultatif mené principalement en ligne par l'OMS tout au long de 2021. En s'appuyant sur une analyse des progrès et des lacunes à la fin de la période de mise en œuvre précédente de 2016-2021, on a sollicité en vue de l'élaboration des stratégies des contributions des États Membres, des communautés et d'autres parties prenantes afin de définir les priorités clés et les changements stratégiques nécessaires pour atteindre l'objectif de mettre fin aux épidémies d'ici à 2030. Les enseignements tirés de la période de mise en œuvre précédente ont également permis une amélioration du format et de la structure du document lui-même, notamment le regroupement des trois stratégies en un seul document qui comprend des parties consacrées aux enjeux communs et d'autres portant plus spécifiquement sur chaque ensemble de maladies, la réduction du nombre des mesures à prendre par les pays avec une hiérarchisation des priorités, ainsi que l'inclusion d'une théorie du changement avec un cadre de responsabilisation renforcé. Les contributions ont été recueillies dans le cadre d'une série de consultations virtuelles d'avril à juillet 2021 dans toutes les Régions de l'OMS. Parallèlement à ces consultations, une enquête en ligne, ouverte à toutes les parties prenantes, et notamment aux États Membres, a été menée

de mai à août 2021, parallèlement à une série de réunions d'information destinées aux parties prenantes. Les États Membres ont été tenus au courant avant les cent-quarante-huitième et cent cinquantième sessions du Conseil exécutif et avant les Soixante-Quatorzième et Soixante-Quinzième Assemblées mondiales de la Santé, et les observations formulées lors des séances d'information et de l'examen des points pertinents de l'ordre du jour ont été pleinement prises en considération. Les comités régionaux de l'OMS ont examiné chacun de leur côté des cadres portant sur les maladies concernées à leur session de 2021 ou ont prévu d'engager en 2022 une réflexion sur les stratégies mondiales. Ainsi, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté en août 2021 un cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite pour la période 2021-2030 qui est pleinement aligné sur les projets de stratégies mondiales du secteur de la santé.

L'OMS a convoqué une réunion du Groupe consultatif stratégique et technique sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles en septembre 2021 en vue d'un examen du premier projet complet de stratégies. Celui-ci a également été communiqué en octobre 2021 au moyen d'un outil de collaboration aux États Membres qui ont eu quatre semaines pour formuler des observations. Un deuxième projet a ensuite été mis en ligne le 20 décembre 2021 et des références ont été fournies lors de l'examen du Conseil exécutif, à sa cent cinquantième session.

Les États Membres ont appuyé le projet de stratégies à la cent cinquantième session du Conseil exécutif et plusieurs d'entre eux ont proposé que certains termes utilisés dans le premier projet complet soient réexaminés. De nouvelles consultations informelles ont été organisées avant la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé et un projet complet révisé a été communiqué aux États Membres en amont de celle-ci.

²⁴ Il s'agit notamment : de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : développement de la petite enfance : rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276425>, consulté le 31 décembre 2021) ; du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous : renforcer la collaboration entre les organisations multilatérales pour accélérer les progrès des pays en vue d'atteindre les objectifs de développement durables liés à la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331204>, consulté le 31 décembre 2021) ; du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-fr.pdf, annexe 4, consulté le 31 décembre 2021) ; du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249548>, consulté le 31 décembre 2021) ; du Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254650>, consulté le 31 décembre 2021) ; de la Stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328401>, consulté le 31 décembre 2021) ; et de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>, consulté le 31 décembre 2021).

1.5 Comment utiliser le présent document

Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sont présentées dans un même document qui comprend des parties consacrées aux enjeux communs et d'autres portant plus spécifiquement sur chaque ensemble de maladies (Figure 1.1). À la suite du présent chapitre, le document est organisé comme suit :

Le chapitre 2

présente la vision, les objectifs, l'orientation stratégique et les principales cibles d'impact des trois stratégies.

Le chapitre 3

définit les mesures communes à prendre par les pays contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles afin d'obtenir des résultats dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires.

Les chapitres 4, 5 et 6

présentent des mesures supplémentaires se rapportant respectivement au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. Chacun de ces trois chapitres doit être rapproché du chapitre 3, les mesures visées dans celui-ci étant à considérer comme des éléments essentiels de chacune des stratégies.

Le chapitre 7

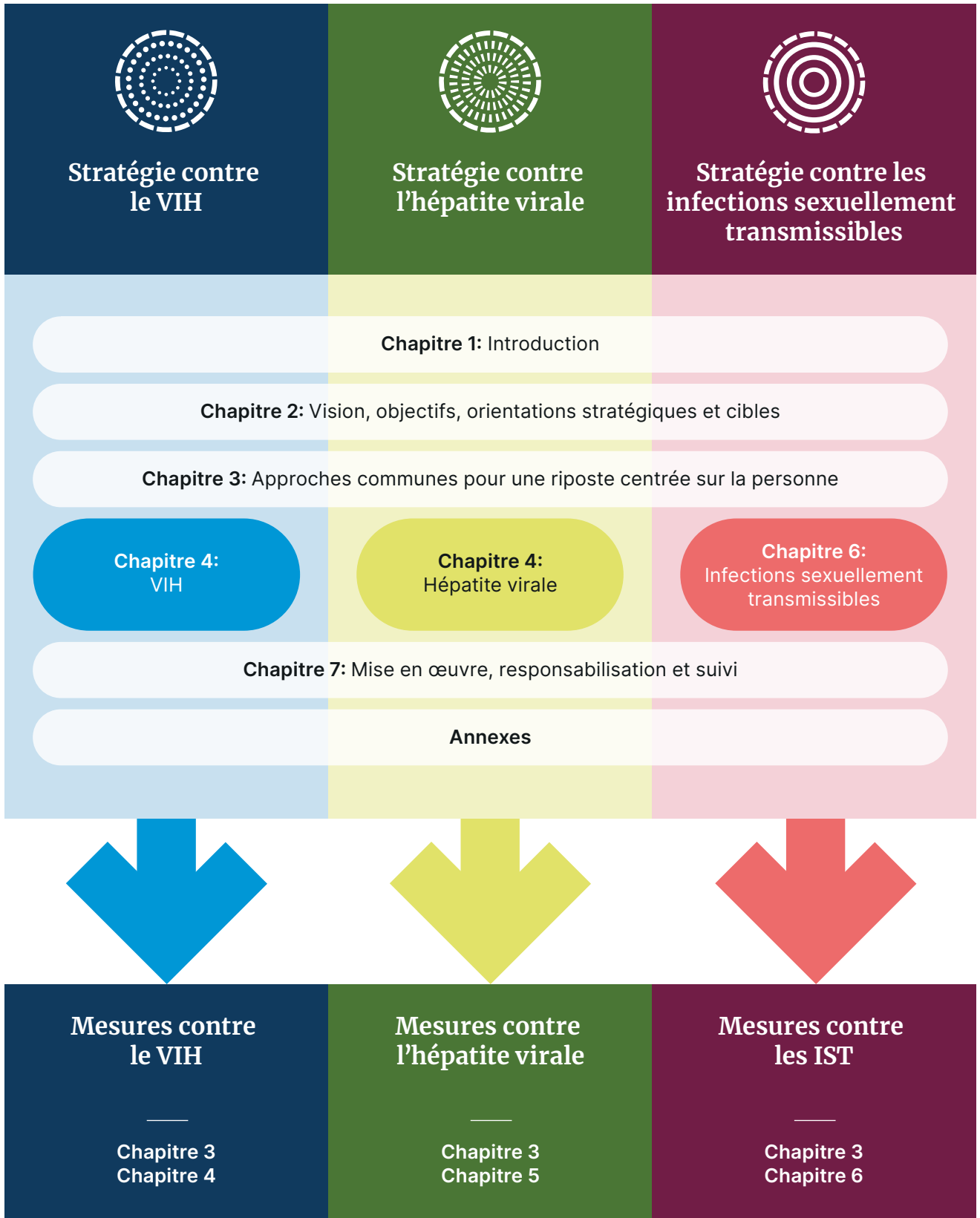
traite de la mise en œuvre, de la responsabilisation, du suivi et des coûts des trois stratégies et présente les mesures à prendre par l'OMS.

Les annexes

fournissent une liste récapitulative des mesures et le cadre de mesure.

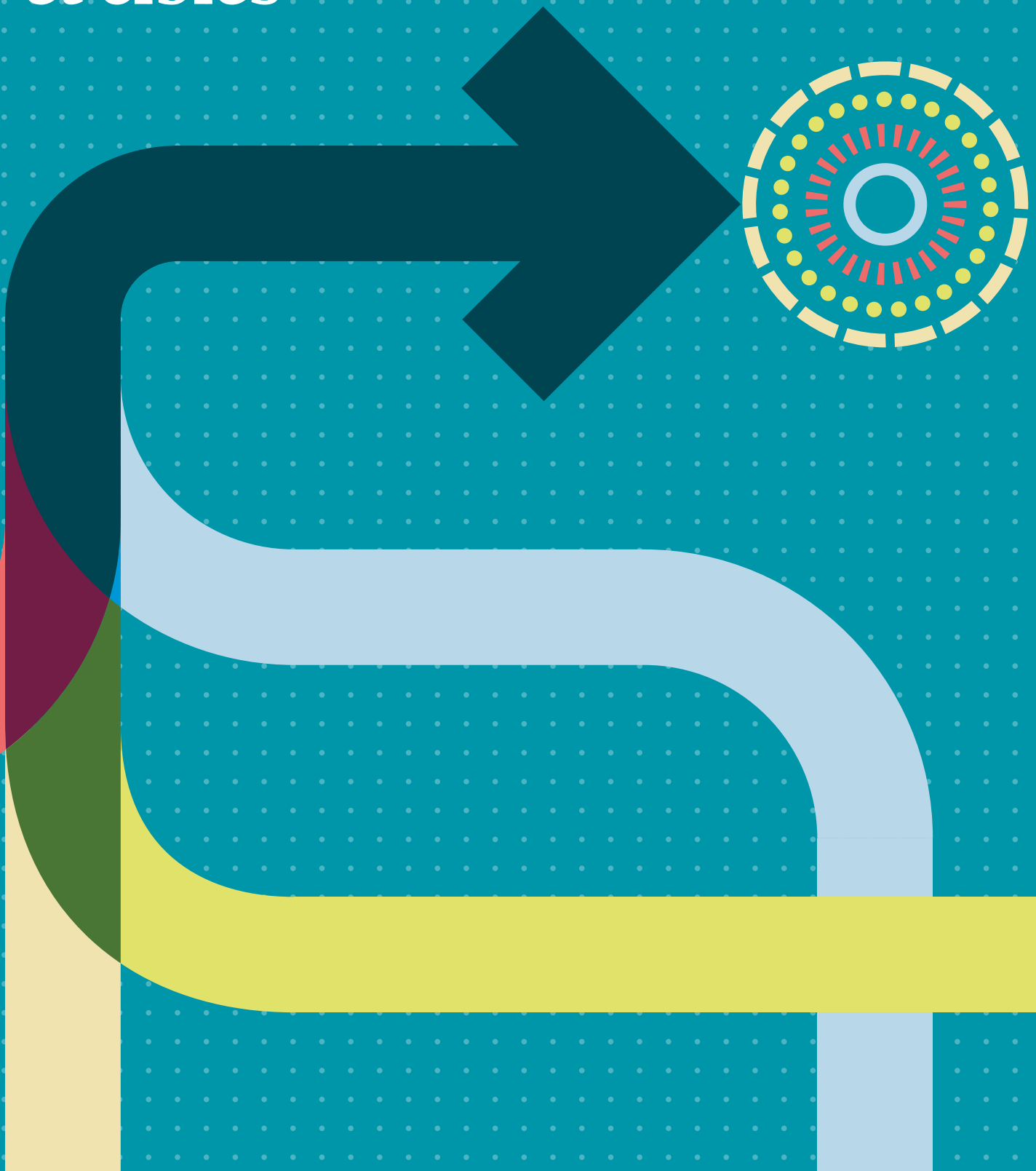


Figure 1.1 Structure du projet de stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030



2

Vision, objectifs, orientations stratégiques et cibles



On trouvera dans ce chapitre un exposé de la vision d'ensemble, des objectifs et des orientations stratégiques des stratégies ainsi que des principales cibles d'impact.

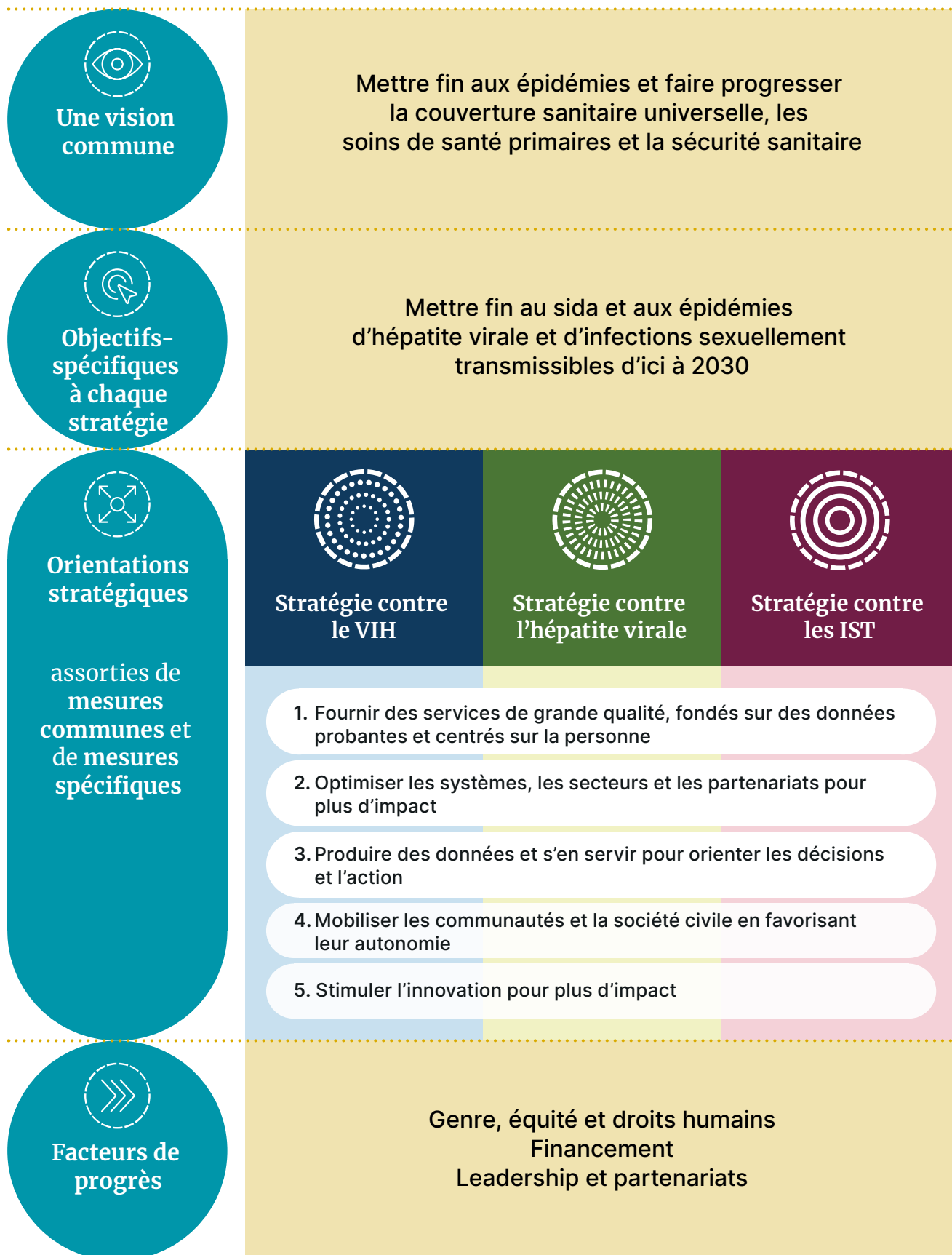


2.1 Vision, objectifs et orientations stratégiques

Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles partagent une vision commune pour mettre fin aux épidémies et faire progresser la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire. Les mesures présentées dans les trois stratégies se rattachent à cinq orientations stratégiques, reflétant les synergies relatives aux interventions contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (Figure 2.1).



Figure 2.1 Vision, objectifs et orientations stratégiques du projet de stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030





Vision :

Les stratégies aspirent à une vision commune qui consiste à mettre fin aux épidémies, à promouvoir la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires et à renforcer la sécurité sanitaire dans un monde où chacun doit avoir accès à des services de grande qualité centrés sur la personne et pouvoir mener une vie saine et productive.



Objectifs :

Les stratégies visent à mettre fin au sida et aux épidémies d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030, par des mesures communes dans les domaines de convergence tout en respectant les spécificités de chaque ensemble de maladies. Ces objectifs sont alignés sur ceux du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et du programme général de travail de l'OMS.



Orientations stratégiques :

Cinq orientations stratégiques sous-tendent le cadre général d'orientation concernant les mesures à prendre par les pays pour mettre en œuvre les stratégies :

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 :

Fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. Utiliser des orientations fondées sur des données probantes ainsi que des innovations dans la prestation de services afin d'accélérer l'accès et le recours effectif à toute une chaîne de services essentiels de grande qualité contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ainsi qu'à d'autres services de santé connexes, ciblés de façon à répondre aux besoins de personnes appartenant à différents groupes et milieux, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de laissés-pour-compte.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 :

Optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact. Adopter une approche centrée sur les systèmes qui favorise les synergies avec les soins de santé primaires, la gouvernance de la santé, le financement, les ressources humaines, les produits et la prestation de services, tout en favorisant des actions multisectorielles sur les déterminants sociaux et structurels de la santé. Agir de façon concertée avec les partenaires – y compris les bailleurs de fonds, les établissements universitaires et de recherche, les associations professionnelles et les entités du secteur privé – et collaborer avec eux, pour avoir un maximum d'impact.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 :

Produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action. Recueillir, analyser et utiliser les bases factuelles et les données en les ventilant selon le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques pertinentes de la population, en vue de suivre et d'évaluer les progrès et afin d'orienter l'action, l'innovation et la recherche-développement et de promouvoir la transparence et la responsabilisation en matière de données.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 :

Mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie. Mobiliser les communautés et la société civile, y compris les groupes clés et ceux qui sont touchés, favoriser leur autonomie et leur confier un rôle central dans l'action de sensibilisation, la prestation de services et l'élaboration des politiques, notamment pour veiller à ce que les services soient culturellement appropriés et adaptés aux besoins des communautés, pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et pour lever les freins sociaux et structurels.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5 :

Stimuler l'innovation pour plus d'impact. En collaboration avec les partenaires, contribuer à la définition et à la mise en œuvre de programmes de recherche et d'innovation nationaux, régionaux et mondiaux donnant la priorité à la mise au point de nouvelles technologies, de modèles de prestation de services et de pratiques du système de santé propres à surmonter les principaux obstacles entravant les progrès contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.



Facteurs de progrès :

Une bonne mise en œuvre des stratégies repose sur les facteurs de progrès communs dans les domaines suivants :

- **Genre, équité et droits humains.** La vision et les objectifs des stratégies ne seront pas atteints sans une réduction des inégalités qui favorisent les épidémies et empêchent les gens d'accéder aux services de santé et de jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur propre santé. Le droit au plus haut niveau de santé physique et mentale possible s'applique à chacun et à chaque communauté. Il conviendrait toutefois que ce droit ne soit pas affecté par la discrimination, notamment fondée sur l'âge, le genre, l'orientation sexuelle et d'autres caractéristiques de la population. La promotion de l'équité et de l'égalité des genres, ainsi que le respect, la protection et la réalisation des droits humains et de la dignité pour tous, sont des facteurs essentiels au succès au niveau national et se situent au cœur de l'action de l'OMS visant à assurer l'intégration progressive et le suivi du genre, de l'équité et des droits humains dans l'ensemble de l'Organisation conformément à sa mission de servir les personnes vulnérables et de ne laisser personne de côté.
- **Financement.** Pour avoir un effet durable, les stratégies mondiales du secteur de la santé doivent être entièrement financées dans le cadre d'efforts plus larges visant à accroître l'ensemble des investissements en faveur de la santé. L'action contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles doit relever différents défis financiers auxquels les systèmes de financement nationaux doivent faire face. L'OMS aide les pays à assurer un financement continu et prévisible, la réduction des dépenses catastrophiques de santé et un accès aux produits de santé à un prix abordable.
- **Leadership et partenariats.** Une mise en œuvre efficace suppose un leadership et des partenariats politiques et communautaires solides, avec une action multisectorielle fondée sur une approche « pangouvernementale » et « pansociétale » de la santé dans toutes les politiques. L'OMS joue un rôle important en favorisant les partenariats, notamment avec d'autres entités des Nations Unies, des partenaires financiers et le secteur privé, et en engageant un dialogue politique avec d'autres membres de l'équipe de pays des Nations Unies et les autorités nationales afin de renforcer

l'action intersectorielle dans l'élaboration d'analyses communes par pays, de plans-cadres de coopération des Nations Unies pour le développement et d'un soutien bilatéral par des plans d'appui aux pays. Il est essentiel d'investir en faveur de la prochaine génération de dirigeants pour assurer le succès à long terme.

2.2 Cibles et impact

Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles visent à mettre fin au sida et aux épidémies d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030.

Les progrès accomplis à cet égard sont mesurés par une série de cibles et de jalons mondiaux pour 2025 et 2030 qui sont communs aux trois ensembles de maladies et qui envisagent chacun séparément. Les Figures 2.2 à 2.5 montrent l'impact prévu des stratégies sur la réduction de l'incidence du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles ainsi que de la mortalité qu'ils provoquent. Si les cibles de 2030 sont atteintes, les gains pour la santé publique seront énormes, avec l'impact sanitaire suivant entre 2020 et la fin de la période en 2030 :

- nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH et d'hépatite virale ramené de 4,5 millions à moins de 500 000 ;
- nombre annuel de nouveaux cas de quatre infections sexuellement transmissibles curables chez l'adulte ramené de 374 millions à moins de 150 millions ;
- nombre de pays où l'élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis a été validée passant de 15 à 100 ;
- nombre annuel des décès dus au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles ramené de 2,3 millions à moins de 1 million ; et
- nombre annuel de nouveaux cas de cancer dus au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles ramené de 1,2 million à moins de 700 000.

On trouvera aux chapitres 3 à 6 ci-dessous la série complète des indicateurs, des cibles et des jalons se rapportant aux enjeux communs aux trois ensembles de maladies puis à chacun d'entre eux séparément. L'annexe 2 présente le cadre de mesure consolidé.



Figure 2.2 VIH : comparaison entre l'incidence et la mortalité jusqu'en 2030 avec et sans les nouvelles mesures prévues par les stratégies

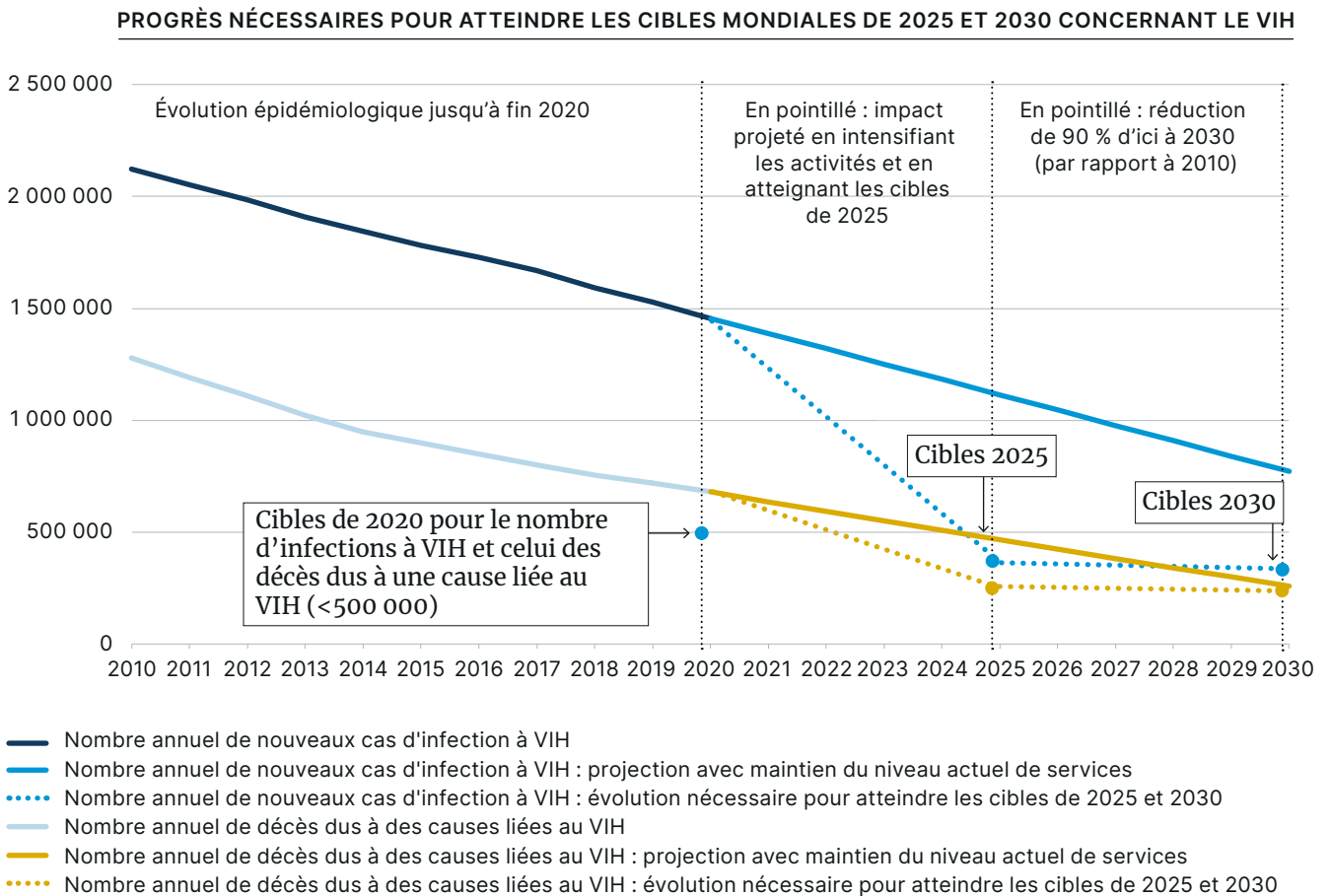


Figure 2.3 Hépatite B : comparaison entre les tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2030 avec et sans les nouvelles mesures prévues par les stratégies

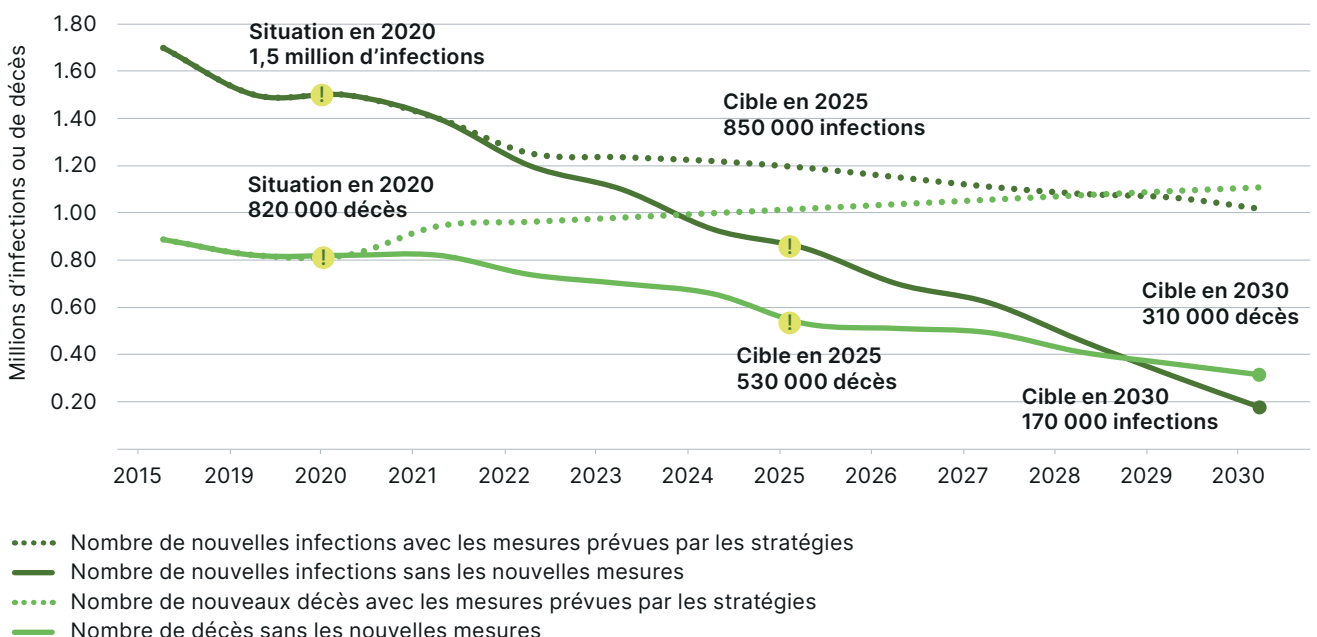


Figure 2.4 Hépatite C : évolution entre 2020 et 2030 de l'incidence et de la mortalité avec et sans les nouvelles mesures prévues par les stratégies

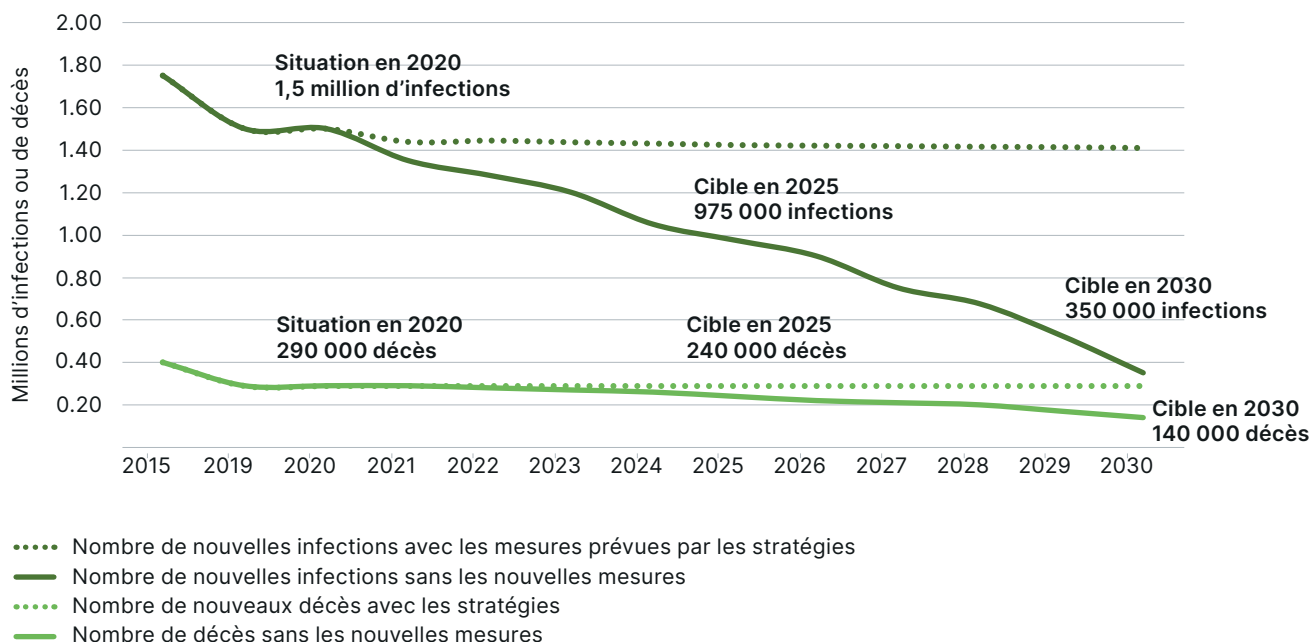
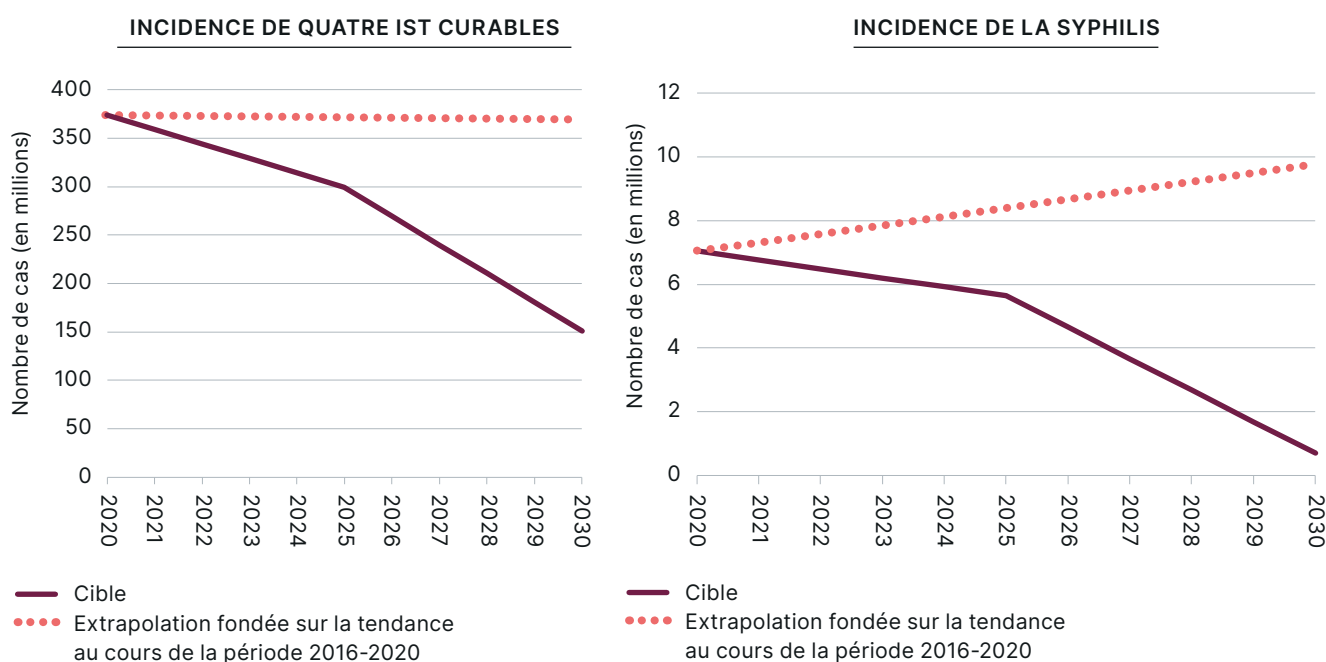


Figure 2.5 Incidence entre 2020 et 2030 de quatre infections sexuellement transmissibles curables et de la syphilis avec et sans les nouvelles mesures prévues par les stratégies



Les stratégies maintiennent au plus haut niveau l'ambition de mettre fin à ces épidémies d'ici à 2030, même si le rythme des progrès pourra varier d'une Région et d'un pays à l'autre. Les cibles mondiales permettent d'orienter les cibles nationales et devront être adaptées au contexte de chaque pays. Des progrès équitables en vue des cibles sont nécessaires pour l'ensemble de la population et les stratégies favorisent des analyses des données ventilées selon le sexe, l'âge et les autres caractéristiques pertinentes afin de suivre les inégalités et de veiller à ce que la plupart des groupes touchés et à risque ne soient pas laissés de côté.

2.3 Théorie du changement

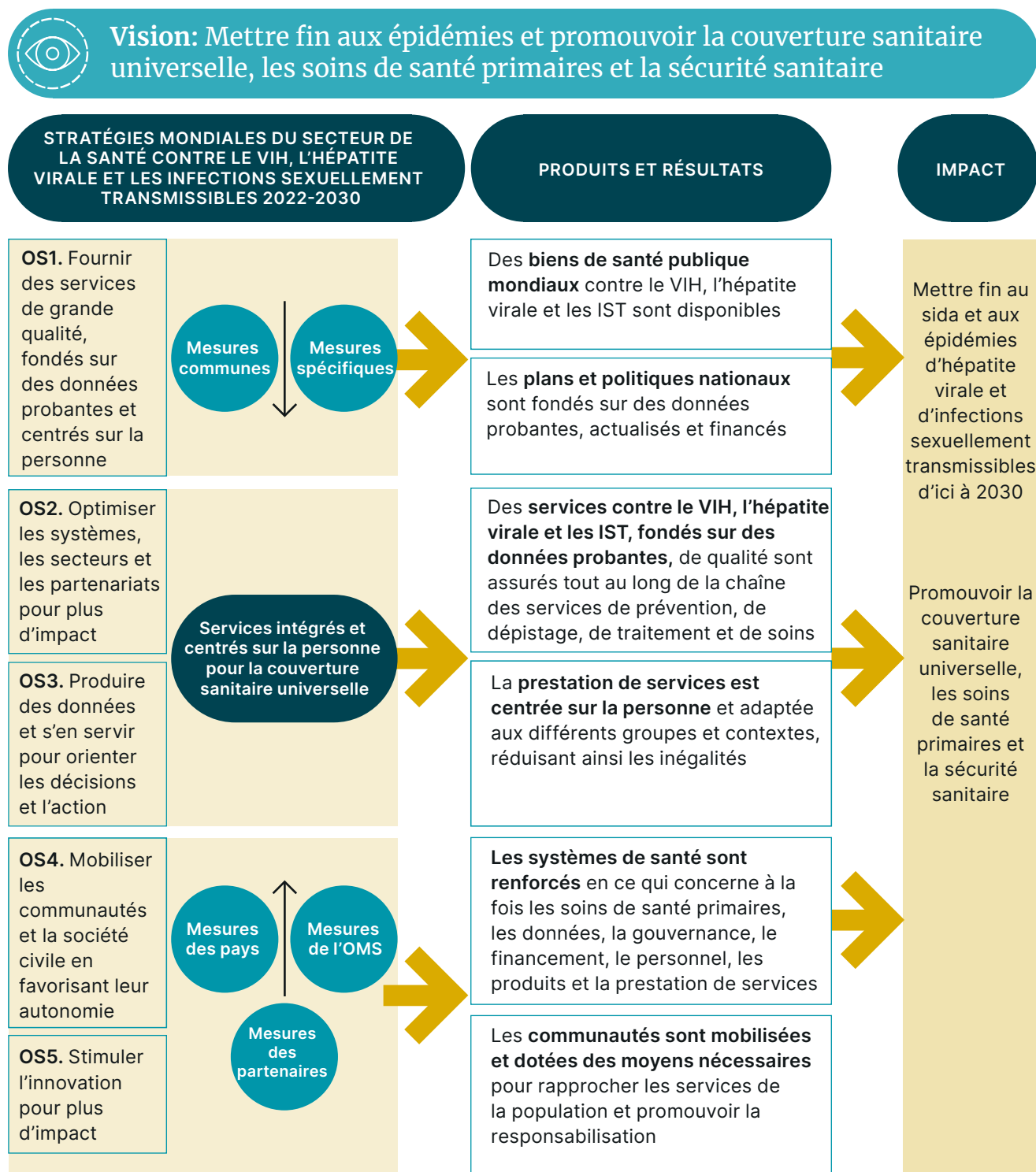
La vision et les objectifs des stratégies, les orientations stratégiques et les mesures à prendre se rejoignent dans une théorie du changement qui montre comment leur mise en œuvre conduira aux résultats souhaités (Figure 2.6). La mise en œuvre des cinq orientations stratégiques par des mesures nationales communes et spécifiques à chaque ensemble de maladies (Encadré 2.1) au moyen d'une action centrée sur la personne permettra à la communauté mondiale de contribuer conjointement à mettre fin aux épidémies et à faire progresser la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire.

Encadré 2.1 FIXER LES PRIORITÉS DE L'ACTION EN FONCTION DU CONTEXTE RÉGIONAL ET NATIONAL

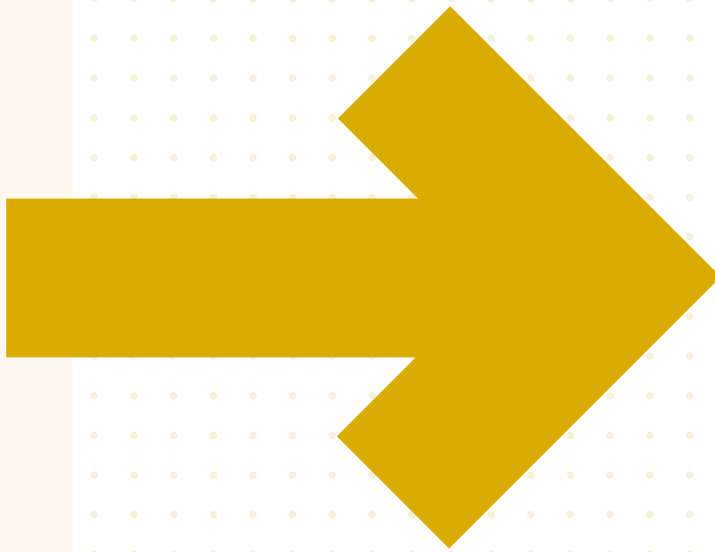
Les stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles offrent un cadre mondial complet de mesures communes et spécifiques à chaque ensemble de maladies pour guider les pays et les partenaires dans leurs efforts visant à mettre fin aux épidémies. Il n'y a pas de solution uniforme applicable aux trois ensembles de maladies ; les Régions et les pays sont encouragés à choisir et adapter les mesures et à fixer des priorités en fonction du contexte épidémiologique local et de leur système de santé, tout en respectant les droits humains fondamentaux, et notamment le principe de l'égalité et de la non-discrimination en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des services, produits, approches et interventions de santé. La sélection optimale des mesures et des modèles de prestation de services devra être alignée sur les stratégies nationales plus larges dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et répondre aux besoins individuels et communautaires.



Figure 2.6. Théorie du changement

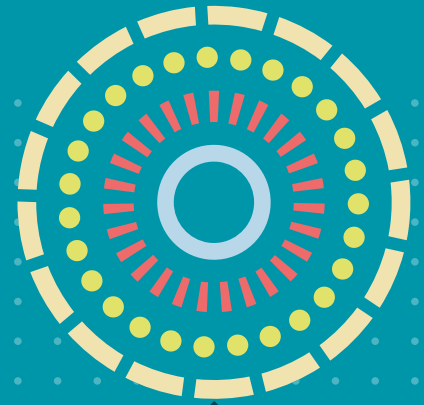


Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 se fondent sur les progrès accomplis lors de la précédente période des Stratégies 2016-2021, en bénéficiant de l'engagement des États Membres et des partenaires, de la participation de la communauté et de la société civile et de l'orientation normative et de l'appui aux pays apportés par l'OMS.



3

Approches communes pour une riposte centrée sur la personne



Le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ont des modes de transmission et des déterminants communs et peuvent toucher les mêmes groupes (Encadré 3.1). Des approches centrées sur la personne et axées sur les besoins individuels permettent d'améliorer la prestation des soins de santé, d'avancer vers la couverture sanitaire universelle, d'améliorer la qualité des services, de les rendre plus durables et de tirer le maximum des ressources sanitaires disponibles.

On trouvera dans le présent chapitre un exposé des interventions et des modèles de prestation de services communs pour le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires, ainsi que les mesures à prendre par les pays concernant les enjeux communs aux trois stratégies qui sont liées à d'autres fonctions du système de santé telles que la gouvernance inclusive, l'information sur la santé, le financement de la santé, les produits de base, les besoins en personnel de santé et les efforts visant à promouvoir la sécurité sanitaire. Toutes les mesures présentées dans ce chapitre sont à rapprocher des mesures à prendre par les pays spécifiques à chaque ensemble de maladies, successivement aux chapitres 4 (VIH), 5 (hépatite virale) et 6 (infections sexuellement transmissibles). Mises en œuvre conjointement, ces mesures sont essentielles pour assurer le succès de ces stratégies.

Les systèmes de santé englobent le secteur de la santé publique ainsi que les principaux acteurs non étatiques tels que les prestataires de soins du secteur privé, la société civile et les organisations communautaires qui conçoivent et fournissent les services de santé. L'accès à des interventions efficaces dépend également du contexte social, culturel, politique et juridique dans lequel les gens vivent et accèdent à ces services. Les décisions du secteur de la santé concernant l'intégration des services relatifs à toute une série de maladies devraient être examinées dans leur contexte propre compte tenu de la situation des épidémies nationales, des priorités de chaque système de santé et de la consultation des prestataires de services, des usagers et des communautés. Les parties prenantes doivent éviter que les efforts d'intégration aient des effets indésirables imprévus et veiller au maintien des progrès réalisés grâce aux mesures de lutte prises contre des maladies spécifiques, notamment celles visant les groupes les plus touchés et les plus à risque.

Encadré 3.1**GROUPES TOUCHÉS EN PRIORITÉ PAR LE VIH, L'HÉPATITE VIRALE ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

Bien souvent les groupes aussi bien les plus touchés par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles que les plus exposés à ces infections sont les mêmes. Les mêmes groupes sont également vulnérables ou à risque du fait de déterminants sociaux et structurels de la santé et notamment de multiples formes de discrimination et de situations de marginalisation et d'exclusion auxquels ils se trouvent confrontés. Les groupes concernés en priorité par les mesures nationales contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles peuvent notamment comprendre :

- les personnes exposées par transmission sexuelle, jeunes et adolescents compris ; les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les travailleurs du sexe et leurs clients ; les transgenres ; les personnes détenues en prison et dans des milieux fermés ; et les personnes dont le comportement sexuel est affecté par la consommation de drogue ou d'alcool ;
- les personnes exposées au sang contaminé ou à des injections et actes médicaux effectués dans de mauvaises conditions d'hygiène ;
- les consommateurs de drogue par injection et autres consommateurs de drogue ;
- les enfants exposés par transmission verticale (mère-enfant) ou infectés au cours de la petite enfance ;

- les femmes enceintes ou allaitantes ;
- les femmes et les filles, y compris les adolescentes et les jeunes femmes, exposées aux risques associés aux inégalités de genre et à des actes de violence, en conjonction avec des risques biologiques accrus en raison de leur sexe ;
- les jeunes, y compris les groupes clés de jeunes ;
- les personnes de tout âge, notamment les hommes qui ont moins tendance à faire appel aux services de santé ;
- les migrants et les populations mobiles, ainsi que les personnes touchées par les conflits et les troubles civils ;
- les populations autochtones ; et
- les personnes handicapées.

Il appartient à chaque pays de définir les groupes spécifiques les plus touchés par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et les plus exposés au risque d'infection dans le contexte local et de répondre à leurs besoins en tenant compte des formes de risque et de vulnérabilité qui se chevauchent. Les pays sont encouragés à sélectionner les mesures nationales qu'ils se proposent de prendre, à établir des priorités et à adapter les mesures en fonction du contexte épidémiologique et du système de santé locaux, tout en respectant les droits humains fondamentaux, l'accès équitable à la santé et les pratiques fondées sur des données probantes. Les chapitres 4 à 6 contiennent davantage de précisions sur les groupes les plus touchés respectivement par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.





3.1 Cibles essentielles concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

Le Tableau 3.1 ci-dessous présente les indicateurs d'impact et les cibles concernant les enjeux communs et ceux spécifiques au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. On trouvera d'autres indicateurs et cibles spécifiques aux chapitres 4, 5 et 6.

Tableau 3.1 Indicateurs d'impact et cibles pour la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, d'ici à 2030^a

Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030
VIH, hépatite virale et infections sexuellement transmissibles	Réduction de l'incidence <ul style="list-style-type: none"> • Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH et d'hépatite virale • Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis, de gonorrhée, de chlamydie et de trichomonose^c chez les personnes âgées de 15 à 49 ans 	4,5 millions	1,5 million	<500 000
		374 millions	<300 millions	<150 millions ^d
	Vivre en bonne santé : réduction de la mortalité et des cancers <ul style="list-style-type: none"> • Nombre annuel de décès dus au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles^e • Nombre annuel de nouveaux cas de cancer dus au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles 	2,3 millions	<1,7 million	<1 million
		1,2 million	<900 000	<700 000
VIH	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH	1,5 million	370 000	335 000
	Nombre annuel de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes non infectées	0,19	0,05	0,025
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH d'enfants de 0 à 14 ans	150 000	20 000	15 000
	Nombre annuel de décès dus à des causes liées au VIH	680 000	250 000	<240 000
	Nombre de décès par tuberculose, hépatite B et hépatite C de personnes vivant avec le VIH	210 000	110 000	55 000

Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030
Hépatite virale	Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez les enfants de 0 à 4 ans ^f	0,94 %	0,5 %	0,1 %
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B	1,5 million de nouveaux cas 20 pour 100 000	850 000 nouveaux cas 11 pour 100 000	170 000 nouveaux cas 2 pour 100 000
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C	1,575 million de nouveaux cas 20 pour 100 000	1 million de nouveaux cas 13 pour 100 000	350 000 nouveaux cas 5 pour 100 000
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection	8 pour 100	3 pour 100	2 pour 100
Hépatite virale (suite)	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite B	820 000 décès 10 pour 100 000	530 000 décès 7 pour 100 000	310 000 décès 4 pour 100 000
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite C	290 000 décès 5 pour 100 000	240 000 décès 3 pour 100 000	140 000 décès 2 pour 100 000
Infections sexuellement transmissibles	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	7,1 millions	5,7 millions	0,71 million
	Nombre annuel de nouveaux cas de gonorrhée chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	82,3 millions	65,8 millions	8,23 millions
	Nombre annuel de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes	425	<200	<50
	Pourcentage de filles complètement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans	14 %	50 %	90 %

^a Les indicateurs d'impact et cibles proposés sont conformes à la cible 3.3 et aux indicateurs 3.3.1 et 3.3.4 des objectifs de développement durable.

^b Certaines cibles se fondent sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions de service dues à la COVID-19. Toutes les données seront ventilées par âge, par sexe et, le cas échéant, par groupe clé et groupe cible pour le domaine visé.

^c Infections sexuellement transmissibles curables.

^d Inclut la cible d'une réduction de 90 % du nombre de nouveaux cas de syphilis et de gonorrhée et d'une réduction de 50 % du nombre de nouveaux cas de chlamydie et de trichomonose d'ici à 2030.

^e Les données sur la mortalité seront ventilées de façon plus détaillée afin d'évaluer l'urgence des mesures à prendre contre les facteurs et les causes de mortalité. Pour le VIH, il s'agit notamment de la méningite à cryptocoque, de la tuberculose et des infections bactériennes graves ; pour l'hépatite virale, d'autres types de cancer et de l'usage nocif de l'alcool.

^f Les cibles figurant dans ce tableau sont mondiales ; les États Membres devraient les adapter en fonction du contexte national pour fixer des cibles nationales. Par exemple, dans certains pays, la cible pour la prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez les enfants de moins de cinq ans peut être fixée à moins de 0,1 % ou de 0,2 %, même si la cible mondiale est de 0,1 %.

3.2 Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne

On trouvera dans cette section une description des mesures communes à prendre par les pays contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et relatives à d'autres domaines sanitaires connexes, qui peuvent être intégrées ou reproduites en ce qui concerne plusieurs maladies pour améliorer la riposte centrée sur la personne. Les pays devraient mettre en œuvre les mesures décrites ici conjointement avec les mesures nationales spécifiques au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles (respectivement aux chapitres 4, 5 et 6), sous l'orientation stratégique 1.

3.2.1 Mesures communes contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

Mesure 1 : Prévention primaire.

Renouveler les investissements en faveur des interventions de prévention primaire et en accroître la couverture, notamment pour ce qui est : de l'éducation et de la sensibilisation complètes concernant la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH²⁵ en prenant note des orientations techniques de l'OMS²⁶ de l'utilisation correcte et systématique du préservatif ; de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool et des drogues lié aux comportements sexuels ; et de l'utilisation de stratégies de prévention spécifiques fondées sur des données probantes, comme la vaccination, en vouant une attention particulière aux groupes clés et affectés et tout en faisant globalement la promotion de la santé et du bien-être sexuels et reproductifs. Parmi les interventions essentielles visant à réduire, conformément aux cibles mondiales, le nombre de nouveaux cas d'infections, figurent notamment celles qui visent à assurer : un meilleur accès à une éducation scientifiquement exacte, complète et adaptée à l'âge et au contexte culturel, qui offre aux adolescentes, aux adolescents, aux jeunes femmes et aux jeunes hommes, selon l'évolution de leurs capacités, des informations sur la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH, les dote de compétences en matière de communication et de réduction des risques et les renforce pour développer des relations empreintes de respect, en associant pleinement les jeunes, les parents, les tuteurs légaux, les aidants, les éducateurs et les prestataires de soins de santé, de manière à leur permettre de se protéger contre le VIH en tenant compte des éléments probants et des normes techniques internationales scientifiquement exacts et conformément aux législations nationales ; la prestation de services de planification familiale ; la promotion, grâce à une programmation innovante, de l'utilisation correcte et systématique de préservatifs et de lubrifiants masculins et féminins ; et la promotion de l'accès à des vaccins tels que ceux contre le papillomavirus humain et l'hépatite B. Toutes ces interventions sont essentielles pour réduire les nouveaux cas d'infection selon les cibles mondiales. Le VIH est une infection sexuellement transmissible majeure, dont les déterminants comportementaux, sociaux et structurels sont les

²⁵ Résolution 75/284 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/31/PDF/N2114531.pdf>, consulté le 20 avril 2022).

²⁶ Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle, édition révisée : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Secrétariat de l'ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, ONU-Femmes et Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/266214fre.pdf>, consulté le 25 mars 2022).

mêmes que pour d'autres infections sexuellement transmissibles. Si la transmission sexuelle de l'hépatite B et C joue un rôle relativement mineur dans la plupart des épidémies d'hépatite, il faudrait accorder une attention spécifique à certains groupes tels que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des campagnes ciblées auprès de ces groupes s'imposent d'urgence pour les sensibiliser aux risques de transmission de maladie, y compris le rôle que peut jouer l'usage nocif de l'alcool et des drogues dans ce contexte. Pour être efficace, la prévention doit être adaptée aux besoins particuliers des groupes affectés dans différents contextes.

Mesure 2 : Interventions de réduction des effets nocifs et de traitement pour les consommateurs de drogue par injection.

Mettre en œuvre un ensemble complet de services accessibles de réduction des effets nocifs et de traitement, selon qu'il conviendra, dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions pour la prévention, le traitement et les soins concernant le VIH chez les consommateurs de drogue par injection^{27,28} et de stimulants,²⁹ en tenant compte de la législation, des responsabilités juridictionnelles et du contexte nationaux. Ces services visant à réduire les effets nocifs pour les consommateurs de drogue par injection comprennent la fourniture d'un équipement stérile pour l'injection grâce à des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, un traitement par agoniste opioïde en cas de dépendance aux opioïdes, et la distribution dans la communauté de médicaments agonistes pour la prise en charge des surdoses d'opioïdes, ainsi que des informations et une communication ciblées, et le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des infections à VIH et de l'hépatite B et C, des infections sexuellement transmissibles et des infections qui leur sont liées. Sont également importantes les interventions adaptées aux besoins des personnes qui consomment ou s'injectent des drogues telles que des stimulants comme les amphétamines, afin de répondre aux problèmes associés à d'autres formes de consommation de drogues liées aux comportements sexuels dans des groupes clés, ainsi que la disponibilité de moyens de traitement appropriés, y compris des interventions psychosociales qui ont fait leurs preuves et qui permettent de réduire efficacement

la consommation de drogue, de promouvoir l'abstinence et d'éviter les récurrences. La réduction des effets nocifs est la plus marquée lorsque les interventions sont déployées dans le cadre de mesures de prévention et de traitement plus larges et il faudra associer plusieurs interventions avec un niveau de couverture élevé pour obtenir un maximum d'impact. La réduction des effets nocifs devrait être assurée dans le cadre d'une approche complète de prévention, de traitement et de soins concernant les consommateurs de drogues, qui comprend différentes formes de sevrage, notamment en ciblant ceux qui cherchent à mettre un terme à leur consommation.

Mesure 3 : Transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B.

Favoriser la triple élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B en offrant des services complets et accessibles de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi pour la femme, l'enfant et la famille au moyen d'une approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant et en favorisant l'égalité des genres et les droits humains. Du fait des points communs entre les interventions nécessaires pour prévenir la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, l'élimination des nouvelles infections chez l'enfant est parfaitement réalisable au moyen d'une approche intégrée. Les services essentiels sont notamment les suivants : planification familiale intégrant les spécificités liées au genre et fondées sur les droits ; dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B dans le cadre des soins prénatals ; interventions promptes et efficaces pour le traitement des femmes enceintes qui se sont révélées positives et prévention de la transmission verticale ; conseils destinés aux femmes enceintes et à leur partenaire ; accouchement médicalisé ; suivi des nourrissons exposés, y compris administration d'une dose du vaccin contre l'hépatite B à la naissance suivie des deux autres doses par la suite ; alimentation optimale du nourrisson ; et traitement et soins de suivi pour la mère, l'enfant et la famille. L'accès aux services de toutes les femmes en âge de procréer, avant la grossesse ou entre deux grossesses, est également essentiel pour réduire la transmission pendant la grossesse. L'OMS peut valider l'élimination de la transmission verticale de ces infections au moyen de procédures standardisées et en accordant une attention ciblée en continu aux besoins des femmes vivant avec le VIH.

²⁷ Résolution WHA67.6 Hépatite, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-fr.pdf consulté le 23 février 2022)

²⁸ Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. WHO, UNODC, UNAIDS (2021 révision) (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf, consulté le 23 février 2022).

²⁹ HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs. Technical Guide. ONUDC, OMS et ONUSIDA, 2019. (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf, consulté le 23 février 2022).

Mesure 4 : Prévention, traitement et soins de l'enfant et de l'adolescent.

Prévenir toute nouvelle infection par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles chez l'enfant et tenir compte des besoins à plus long terme en matière de suivi, de traitement et de soins pour les enfants et adolescents affectés dans le cadre d'une approche centrée sur la famille. Une attention particulière doit être vouée aux besoins de l'enfant en matière de prévention, de soins et de traitement contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. La moitié environ des enfants vivant avec le VIH ne font pas l'objet d'un diagnostic et ne sont pas mis sous traitement antirétroviral ; l'accès à un traitement antirétroviral efficace doit d'urgence être amélioré. Des progrès considérables ont été réalisés contre l'hépatite B dans le monde, et la cible des objectifs de développement durable visant à ramener la prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B à moins de 1 % chez l'enfant de moins de cinq ans d'ici à 2020 a été atteinte. L'augmentation de la couverture du nourrisson par le très efficace vaccin contre l'hépatite B a également contribué à ce résultat. Malgré ces progrès, pour atteindre les objectifs de l'élimination de l'hépatite B d'ici à 2030, il sera essentiel d'étendre la vaccination à la naissance, qui consiste à administrer une dose dans les 24 heures suivant la naissance, et d'améliorer la vaccination systématique de l'enfant. Les enfants non vaccinés plus âgés peuvent également être exposés à une infection chronique par le virus de l'hépatite B et un effort particulier de prévention et de soins s'impose dans leur cas ; un risque horizontal d'infection de l'enfant par le virus de l'hépatite A ou B existe aussi au sein de la famille ou du foyer. Il faut répondre aux besoins de l'enfant en suivant des approches centrées sur la famille qui soutiennent la santé et le développement du cerveau et sont alignées sur les programmes généraux de santé de la mère et de l'enfant, notamment au moyen d'interventions favorisant l'autonomisation de tous les garçons, les filles et les jeunes en vue d'une sexualité fondée sur l'égalité des genres et le respect. L'appui à l'enfant vivant avec le VIH est également déterminant pour permettre une saine transition vers l'adolescence et offrir des soins à plus long terme, notamment au moyen d'un suivi régulier par des services de santé à l'écoute de l'adolescent et d'un examen des obstacles politiques liés à l'âge légal du consentement concernant l'utilisation des services.

Mesure 5 : Lutte anti-infectieuse.

Prévenir la transmission des maladies dans les structures de soins formelles et informelles et dans d'autres cadres de prestation de services. Les systèmes de santé doivent être capables de garantir la sécurité des injections et de l'approvisionnement en produits sanguins et suivre systématiquement les précautions normales, notamment en matière d'hygiène des mains, de dépistage sanguin, d'équipement de protection individuelle et d'élimination des déchets. Il faudrait envisager des mesures de lutte contre les infections des voies aériennes pour prévenir les maladies comme la tuberculose et la COVID-19. Les injections superflues devraient être éliminées, notamment dans les structures où elles sont fréquentes et souvent effectuées par des agents non professionnels, principalement des femmes, qui peuvent avoir besoin d'un soutien et d'une formation ciblés. Des seringues sécurisées devraient être utilisées pour toutes les injections. Les dispositifs médicaux doivent être décontaminés en respectant strictement les protocoles en vigueur et les établissements de soins disposer de l'infrastructure et du matériel nécessaires pour les appliquer. Un dépistage complet des produits sanguins devrait être en place, les sources de produits potentiellement non sécurisés étant éliminées. Des interventions s'imposent en dehors des établissements de soins pour empêcher les injections non sécurisées et prévenir la transmission par contact avec des liquides corporels dans le secteur de santé informel et lors d'activités comme le tatouage, le perçage et les soins de beauté.

Mesure 6 : Dépistage intégré.

Intégrer le dépistage du VIH, de l'hépatite B et C, des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et d'autres maladies. Le dépistage intégré de plusieurs maladies, suivi d'une orientation vers les soins appropriés, est un élément essentiel des services de santé centrés sur la personne. En offrant plusieurs tests de dépistage lors de la même consultation, il est possible d'augmenter le recours aux tests et de permettre aux systèmes de santé de réaliser des économies sur les programmes d'information, sur l'infrastructure et sur les ressources humaines. Les protocoles de dépistage intégré doivent répondre aux besoins des usagers et être fiables et applicables par les prestataires de services. Certains modèles de dépistage intégré peuvent utiliser des outils de diagnostic multiplex

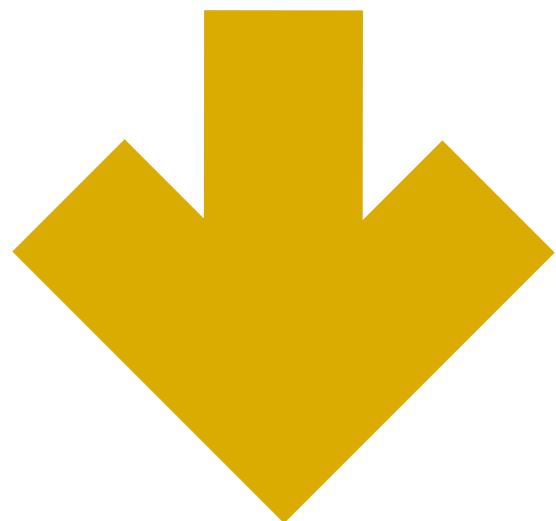
pour rationaliser la collecte et le dépistage des échantillons biologiques. Ainsi, le même échantillon sanguin peut servir au dépistage de la syphilis et du VIH. Des tests multiplex rapides sur le lieu des soins pour dépister le VIH et le virus de l'hépatite C, ou pour le VIH et les virus de l'hépatite B et C, permettent à la communauté et aux intéressés eux-mêmes d'effectuer des tests intégrés pour ces maladies et facilitent la mise sous traitement immédiate. D'autres modèles de dépistage intégré peuvent nécessiter plusieurs échantillons, mais la prestation de services est organisée de façon à augmenter le nombre de tests effectués lors de la même consultation. Les services de dépistage intégré donnent aussi la possibilité d'examiner le statut vaccinal. L'utilisation de systèmes et de réseaux de laboratoires communs, en plus du recours à des plateformes de diagnostic intégrées, peut aussi favoriser la souplesse concernant le personnel de laboratoire et l'appui qui lui est apporté, ainsi que le transport des échantillons et les systèmes d'information des laboratoires.

Mesure 7 : Notification volontaire des partenaires sexuels, autres services pour les partenaires et approches liées aux réseaux sociaux.

Élaborer et mettre en œuvre des stratégies fondées sur les droits humains et soucieuses des questions de genre pour la notification volontaire des partenaires et d'autres services pour les partenaires sexuels de personnes testées positives pour le VIH, le virus de l'hépatite B ou C ou des infections sexuellement transmissibles. Les approches visant à informer les partenaires des consommateurs de drogue par injection, et notamment ceux qui appartiennent à des groupes clés, ainsi qu'à leur offrir un test de dépistage, des conseils et un traitement varient selon les circonstances et devraient tenir compte des inégalités de genre et d'autres formes de stigmatisation et de discrimination propres à chaque contexte. L'offre de tests de dépistage aux contacts au sein d'un réseau social peut constituer un bon moyen d'améliorer l'accès aux services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.

Mesure 8 : Stigmatisation et discrimination dans les structures de soins.

Éliminer la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins et renforcer la responsabilisation en faveur de soins de santé non discriminatoires. Les interventions contre le VIH, l'hépatite virale et/ou les infections sexuellement transmissibles sont affectées par la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec ou touchées par ces maladies, et notamment celles qui appartiennent aux groupes clés, ou par la discrimination fondée sur le genre ou sur d'autres facteurs. Le secteur de la santé est chargé de veiller à ce que chacun ait accès aux services contre l'ensemble de ces infections dans un environnement inclusif, non discriminatoire et convivial.³⁰ Les interventions essentielles du secteur de la santé visent notamment à assurer : la formation régulière de tous les agents de santé pour qu'ils connaissent mieux ces maladies, corrigent les conceptions erronées ou dissipent les craintes profondes les concernant et soient rendus attentifs aux effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination, y compris le recours tardif aux services de santé et les inégalités en santé ; et la mise en place et le suivi de normes pour le personnel de santé afin que tous les patients soient traités avec respect, dignité et compassion. Les agents de santé doivent connaître les droits des patients de même que leurs propres droits et être en mesure de soigner tous les patients avec la sensibilité voulue, notamment ceux des groupes clés et des groupes les plus touchés. Il faudra également lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont peuvent être victimes les agents de santé eux-mêmes, qui parfois vivent eux aussi avec le VIH, l'hépatite virale ou des infections sexuellement transmissibles.



³⁰ Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259622>, consulté le 31 décembre 2021).

3.2.2 Interventions communes pour améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines sanitaires

Mesure 9 : Maladies transmissibles et non transmissibles.

Renforcer l'intégration et les liens avec les services de prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles. Les maladies transmissibles et non transmissibles qui frappent les personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles devraient être prises en charge d'une manière coordonnée et centrée sur la personne. En fonction du contexte dans lequel s'insère le système de santé et des besoins des groupes affectés, les services pourront être intégrés et des liens créés pour faciliter des soins complets. La prise en charge intégrée du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles devrait comprendre le diagnostic précoce et le traitement des co-infections conformément aux lignes directrices. En plus d'un dépistage de la tuberculose (*voir ci-dessous la mesure 10*), il faudrait offrir aux personnes vivant avec le VIH un test de dépistage et un traitement contre l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et d'autres comorbidités comme la méningite à cryptocoque et les infections bactériennes graves. Ceux qui demandent des soins contre une infection sexuellement transmissible devraient subir un test de dépistage du VIH ; dans les cas où une prophylaxie préexposition contre le VIH ou la circoncision masculine médicale volontaire pourraient être indiquées, les intéressés devraient être rendus attentifs à l'existence de services vers lesquels on pourrait les orienter. Il faudrait encourager les personnes vivant avec le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles à se faire vacciner contre l'hépatite B et le papillomavirus humain. En fonction de la dynamique épidémiologique, le paludisme et la COVID-19 peuvent également constituer des maladies infectieuses préoccupantes dans le contexte de la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale ou des infections sexuellement transmissibles. Il faut aussi renforcer les liens avec les services contre les maladies non transmissibles : ainsi, l'hépatite virale est à l'origine d'une forte charge de morbidité – cancer et hépatopathie chronique – et il serait judicieux de renforcer la coordination entre les programmes contre l'hépatite virale et contre le cancer ou les regrouper, ainsi que la surveillance de ces maladies. Chez les femmes vivant avec le VIH, la charge de morbidité croissante du cancer du col de l'utérus associée à une infection par le papillomavirus humain doit particulièrement retenir l'attention, en raison surtout de la

disponibilité d'un vaccin efficace contre ce virus et de stratégies de dépistage et de traitement pour prévenir ce type de cancer. Les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite virale ont aussi besoin de soins contre d'autres maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques, l'hypertension et d'autres affections qui peuvent survenir au cours de la vie. Des données et des bases factuelles fiables sont nécessaires pour orienter les décisions prises et faire en sorte que les services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles puissent aussi combattre les maladies transmissibles et non transmissibles. Des liens étroits avec les services de soins de santé primaires sont importants pour répondre aux divers besoins en suivant une approche complète centrée sur la personne et soucieuse des spécificités liées au genre et à la culture.

Mesure 10 : Tuberculose.

Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose grâce à la prévention, ainsi qu'à un diagnostic et un traitement précoce chez les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite virale. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Il est essentiel que la tuberculose soit diagnostiquée et traitée en temps utile, notamment chez l'enfant, et qu'un traitement préventif soit offert aux personnes exposées à un risque de tuberculose particulièrement élevé. En outre, le VIH et la tuberculose frappent souvent les communautés où l'hépatite B est endémique, et les co-infections avec le VIH et la tuberculose surviennent chez les personnes exposées à l'infection par le virus de l'hépatite C, notamment les consommateurs de drogue par injection. Les groupes exposés à un risque accru d'infection par le virus de l'hépatite C, comme les détenus et les consommateurs de drogue par injection, sont aussi exposés au risque de tuberculose, et notamment de tuberculose pharmacorésistante, ce qui peut constituer un sérieux défi pour la prise en charge clinique et appelle une vigilance accrue. La prise en charge conjointe de l'hépatite C et de la tuberculose doit tenir compte des effets secondaires et des interactions des médicaments contre les deux maladies. Le traitement antituberculeux peut souvent aggraver une atteinte sous-jacente du foie en cas d'hépatite B chronique. Il faut privilégier le partage des responsabilités entre les gouvernements, les communautés et les partenaires, avec une planification et une prestation conjointe des services intégrés contre le VIH, l'hépatite virale et la tuberculose, notamment dans les pays confrontés à une forte charge de morbidité.

Mesure 11 : Santé sexuelle et reproductive.

Renforcer les liens programmatiques et les services intégrés pour permettre aux usagers des services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles d'accéder facilement aux services de santé sexuelle et reproductive fondés sur les droits humains en fonction du contexte et des législations du pays. Les mesures prioritaires pour mener des interventions contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles dans le cadre de services de santé sexuelle et reproductive complets sont notamment les suivantes : création de liens programmatiques ; mise en place de services intégrés dans des structures susceptibles de profiter de modèles intégrés ; utilisation des progrès technologiques en matière de santé numérique et de soins autoadministrés pour aider les groupes mal desservis à jouir de leur droit à la santé ; renforcement des partenariats multisectoriels pour contribuer davantage à l'instauration de la couverture sanitaire universelle ; et réalisation de recherches interdisciplinaires sur la mise en œuvre qui appuient l'extension de modèles de prestation de services fondés sur des données probantes concernant le VIH, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

Mesure 12 : Santé mentale.

Veiller à satisfaire les besoins en santé mentale des personnes touchées par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles en créant les liens adéquats avec des services sûrs et non discriminatoires destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'usage de substances psychoactives. Le lien entre la santé mentale et le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles va dans les deux sens. De nombreux groupes sérieusement touchés par ces infections présentent également des taux élevés de troubles mentaux, neurologiques et d'abus de substances – dépression, anxiété, troubles post-traumatiques et dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues ; inversement les troubles mentaux peuvent affecter l'efficacité des traitements contre les infections. Le dépistage des troubles mentaux et les soins intégrés devraient être reliés aux services de prévention et de traitement du VIH,

de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles, le système de soins de santé primaires servant de mécanisme de liaison le cas échéant.

Mesure 13 : Handicap.

Promouvoir une programmation inclusive concernant les handicaps et veiller à ce que les services de prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles soient accessibles aux personnes handicapées. Les complications et les séquelles du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles sont parfois associées à un niveau élevé de handicap ; en outre les personnes handicapées peuvent être exposées à un risque accru de ces infections du fait d'obstacles matériels, du manque d'information ou de normes et d'attitudes sociétales. Leur participation à la planification et à la prise de décisions est essentielle pour que les services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles répondent à leurs besoins.

Mesure 14 : Violence fondée sur le genre.

Prévenir et combattre la violence fondée sur le genre, y compris la violence sexiste, notamment : en appliquant des politiques visant à orienter la prévention et la riposte ; en offrant des services de santé complets aux survivants ; en cherchant à prévenir ce type de violence ; et en recueillant les bases factuelles et les données nécessaires, par exemple par des systèmes d'information sanitaire. Ces quatre piliers sont énoncés dans le plan d'action mondial de l'OMS pour la riposte des systèmes de santé à la violence, et notamment à la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé dans ses résolutions et reconnaissant le rôle critique que joue le secteur de la santé dans la riposte à la violence fondée sur le genre.^{31,32} Les services de santé complets dont doivent bénéficier les survivants seront fondés sur les lignes directrices et outils de l'OMS pour une riposte clinique et politique à la violence fondée sur le genre.³³ Les inégalités entre les genres sont la cause profonde de ce type de violence ; la prévention et la riposte passent donc par des interventions fondées sur des données probantes pour promouvoir l'égalité.

³¹ Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Résolution WHA69.5 (2016). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf#page=43, consulté le 31 décembre 2021).

³² Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Résolution WHA67.15 (2014). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-fr.pdf, consulté le 31 décembre 2021).

³³ *Caring for women subjected to violence: a WHO training curriculum for health providers and managers, revised edition, 2021.* OMS, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349539>.



La mise en œuvre de ces interventions fondées sur des données probantes doit suivre les orientations du document de l'OMS et de l'ONU-Femmes intitulé « Respect des femmes : prévenir la violence contre les femmes », destiné aux décideurs politiques et entériné par 12 autres organismes du système des Nations Unies, bilatéraux et multilatéraux.³⁴ Les adolescentes et les jeunes femmes subissent particulièrement les conséquences néfastes de la violence et il est démontré que les femmes vivant avec le VIH, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres y sont également plus exposés, notamment par un manque de respect et des abus de la part du secteur de la santé. L'OMS demande que soient adoptées des politiques et des mesures de responsabilisation visant à prévenir le manque de respect et les abus à l'égard des patients/clients.³⁵ Les agents de santé, et en particulier les femmes qui représentent la majeure partie des agents en première ligne, font également l'objet de violence et de harcèlement sur leur lieu de travail. L'OMS a publié des orientations pour la sécurité et la santé professionnelles des agents de santé qui traitent de la prévention du harcèlement sexuel auquel ils sont confrontés.³⁶

Mesure 15 : Égalité des genres.

Promouvoir l'égalité des genres en intégrant cette promotion dans toutes les mesures et en vouant une attention particulière au problème. Des approches ciblées doivent être suivies afin de répondre aux besoins des femmes, et notamment à ceux qui se situent au-delà des risques de transmission verticale (mère-enfant). Les stratégies d'intervention ne devront pas seulement chercher à répondre aux besoins pratiques immédiats des femmes en intégrant les questions de genre, mais combattre aussi les inégalités sous-jacentes qui sont à l'origine de risques d'infection comme les mutilations sexuelles féminines, le mariage des enfants et le manque d'autonomie dans la prise de décisions sur les questions sexuelles et reproductives. Il s'agit d'associer aux décisions le partenaire masculin et d'appliquer des stratégies visant à promouvoir des relations fondées sur l'égalité des genres et à combattre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et/ou les infections sexuellement transmissibles ou touchées par ces infections, notamment celles qui appartiennent à des groupes clés. Les risques spécifiques aux

soignantes doivent être traités en favorisant l'accès des femmes aux postes de responsabilité et la prise de décisions par les femmes dans le système de santé. La prestation de soins non rémunérés dans la communauté, principalement assurée par des femmes, mérite une reconnaissance et un soutien officiels.

3.3 Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des approches communes pour renforcer la prestation des services de santé et optimiser d'autres fonctions du système de santé en collaboration avec les partenaires dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures spécifiques à chacun des trois ensembles de maladies visés aux chapitres 4 (VIH), 5 (hépatite virale) et 6 (infections sexuellement transmissibles), sous l'orientation stratégique 2.

3.3.1 Couverture sanitaire universelle et soins de santé primaires

Mesure 16 : Couverture sanitaire universelle.

Tirer profit stratégiquement des systèmes de santé pour la prestation de services essentiels contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, en harmonisant les efforts du système de santé contre chacun des trois ensembles de maladies aux niveaux politique, programmatique et pratique. La couverture sanitaire universelle prévoit que chacun doit avoir accès aux services de santé dont il a besoin, quand et là où il en a besoin, sans être confronté à des difficultés financières. Pour mettre fin aux épidémies, les services essentiels contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles doivent être intégrés aux programmes nationaux de

³⁴ Respect des femmes : prévenir la violence contre les femmes. OMS, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332890>).

³⁵ La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : déclaration de l'OMS. OMS, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134589>).

³⁶ ILO and WHO, *Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers*. OMS et OIT, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352034>).

prestations de santé prioritaires, appuyés par un financement adéquat. Les mesures coordonnées en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle consistent notamment à assurer : l'alignement entre les politiques et la planification ; la coordination des éléments concernant le financement de la santé, les données, les produits et le personnel ; l'exécution d'interventions communes grâce à des approches intégrées ; l'autonomisation des communautés ; et des mesures concernant les déterminants sociaux de la santé courants.

Mesure 17 : Soins de santé primaires.

Promouvoir l'intégration des services contre le VIH, l'hépatite, les infections sexuellement transmissibles et les principales co-infections et comorbidités aux plateformes de soins de santé primaires, dans la mesure du possible et s'il y a lieu, notamment au moyen de services décentralisés et communautaires, et contribuer à renforcer conjointement ces plateformes pour réaliser des progrès durables en vue de la couverture sanitaire universelle. Les soins de santé primaires couvrent l'ensemble des services – de la prévention et de la promotion au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs nécessaires à toutes les étapes de l'existence dispensés aussi près que possible du lieu où se déroule la vie de tous les jours. Ils sont à la base même de la couverture sanitaire universelle et essentiels au progrès de l'équité en santé. Les soins de santé primaires peuvent offrir une plateforme permettant la prise en charge de multiples maladies, dans la mesure du possible et s'il y a lieu, et donner à ceux qui sont touchés, aux familles et aux communautés les moyens d'agir pour optimiser leur santé. Une bonne intégration des services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles aux soins de santé primaires suppose des investissements visant à renforcer l'infrastructure des soins de santé primaires et le personnel de santé. Il est reconnu dans le cadre de ces soins que la santé et le bien-être des populations dépendent de l'interaction de facteurs sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux ; et le secteur de la santé doit collaborer étroitement avec les autres secteurs pour répondre systématiquement aux déterminants plus larges de la santé au moyen de politiques et de mesures multisectorielles fondées sur des données probantes. Le secteur de la santé doit également relever les défis liés à ces déterminants en son sein, notamment en se souciant davantage de l'environnement, en favorisant l'utilisation des énergies renouvelables et en réduisant son empreinte carbone.

3.3.2 Modèles communs de prestation de services

Mesure 18 : Prestation de services différenciés.

Définir et exploiter au mieux les occasions d'utiliser des modèles de prestation de services différenciés contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sur la base d'informations stratégiques pour comprendre les préférences et les besoins différents des bénéficiaires dans divers contextes, comme moyen d'étendre l'accès à des services complets centrés sur la personne. En adaptant la prestation de services aux préférences et besoins distincts des communautés affectées, les approches différenciées peuvent accroître l'utilisation des services, en améliorer la qualité et optimiser l'utilisation des ressources du système de santé. La prestation de services différenciés a été le plus souvent utilisée pour dispenser les traitements antirétroviraux contre le VIH, au moyen d'approches comme le partage des tâches, la modification des heures d'ouverture et l'adaptation de la fréquence des consultations et du renouvellement des médicaments. Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreux pays ont encore accéléré l'adoption de modèles différenciés pour assurer la prestation ininterrompue des services essentiels en période de confinement, de distanciation physique et d'interruptions des chaînes d'approvisionnement. L'utilisation élargie de ce genre de solutions peut offrir des occasions à long terme pour rapprocher de l'utilisateur de manière intégrée les services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Les prestataires de soins doivent être en mesure de fournir des services différenciés, notamment en exploitant les approches communautaires et fondées sur la technologie, et d'offrir des services de grande qualité centrés sur la personne qui ne soient ni stigmatisants ni discriminatoires.



Mesure 19 : Décentralisation.

Définir et exploiter au mieux les occasions de décentraliser la prestation de services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles selon qu'il conviendra, en diversifiant les moyens utilisés pour les offrir, notamment en ayant recours à des niveaux administratifs inférieurs et à du personnel non spécialisé et en simplifiant au besoin les protocoles, afin d'améliorer l'accès à des services complets centrés sur la personne. La décentralisation et la prestation de services différenciés offrent ensemble des occasions d'élargir le champ des services au-delà des établissements spécialisés ou du secteur tertiaire, grâce au partage des tâches avec le personnel non spécialisé, à des services communautaires, à la télémédecine et à d'autres approches visant à étendre leur portée géographique. La décentralisation des soins peut également impliquer une collaboration plus active avec le secteur privé. Les pays doivent déterminer les éléments d'une riposte nécessitant des approches centralisées ou décentralisées ou susceptibles d'en tirer profit, afin d'offrir des soins de santé primaires et d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Les services de laboratoire peuvent être optimisés en repérant les occasions d'élargir le champ des laboratoires spécialisés ou du secteur tertiaire au moyen de structures de soins non spécialisés ou de plateformes de soins de santé primaires pour élargir la couverture géographique. La décentralisation de la prestation de services doit être décidée en fonction du contexte local, appuyée par les politiques et la législation, et accompagnée d'investissements visant à renforcer l'infrastructure au niveau des soins primaires et à apporter aux agents de santé communautaires du secteur formel ou informel qui les dispensent le soutien et le renforcement des capacités adéquats, afin de maintenir la qualité des services et la confiance des usagers.

Mesure 20 : Contextes particuliers.

Offrir un accès équitable à des services dans des contextes particuliers, notamment les prisons et autres milieux fermés, et dans les situations de crise humanitaire. L'accès aux services de santé de base peut être sérieusement limité dans certains contextes, notamment en prison et dans d'autres milieux fermés, ainsi qu'en situation de crise humanitaire. Les groupes mobiles et les personnes déplacées sont souvent séparés de leur communauté et leur accès aux services locaux peut être inadéquat parce qu'ils n'ont pas les papiers nécessaires ou à cause de l'obstacle de la langue ou des coûts élevés. La vulnérabilité peut être accrue en situation d'urgence ou de crise humanitaire lorsque la prestation des services de santé est perturbée. Des flambées d'hépatite A et E peuvent même survenir en cas d'assainissement et d'hygiène insuffisants. En vertu de l'ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela),³⁷ les services de santé dans les prisons et autres milieux fermés, comme les centres de détention, devraient être équivalents à ceux dont bénéficie le reste de la population, et la continuité des services être assurée à l'entrée ou à la sortie.

Mesure 21 : Innovations numériques.

Exploiter les avantages croissants des technologies numériques pour améliorer la couverture et la qualité des interventions sanitaires. Les technologies sanitaires numériques sont susceptibles d'améliorer la communication ciblée avec les usagers, notamment les jeunes ou ceux soucieux d'éviter les contacts directs par crainte d'être stigmatisés ou victimes de comportements discriminatoires. L'écoute sociale sous la forme d'une cartographie virtuelle ou d'enquêtes en ligne peut aider à mieux comprendre les besoins et les préférences des groupes cibles. Des technologies de santé numérique peuvent améliorer l'autonomie et la capacité de prise de décision des patients au moyen d'appareils et de logiciels mobiles pour le suivi de la santé individuelle. Les outils d'appui numérique pour les agents de santé peuvent améliorer la qualité de la prise en charge et du suivi des patients, et les systèmes numériques d'information sanitaire améliorer celle des données. Les interventions de santé numérique doivent être conçues et appliquées dans le cadre

³⁷ Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Vienne, ONUDC, 2015 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf, consulté le 31 décembre 2021).

plus large de l'architecture sanitaire numérique d'un système de santé national. Au cours de leur déploiement, il faudra tenir compte des risques et obstacles liés à leur utilisation, par exemple les risques liés aux données confidentielles et privées. L'utilisation des technologies numériques ne devrait ni remplacer les services traditionnels ni léser les personnes qui n'ont pas accès à ces technologies.

3.3.3 Gouvernance

Mesure 22 : Gouvernance effective et inclusive.

Renforcer les structures de gouvernance et les plans stratégiques chiffrés nationaux pour orienter la riposte nationale au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles, avec une vraie participation de la communauté, et promouvoir des synergies avec les structures et plans de gouvernance plus larges, conformes aux normes et principes internationaux des droits humains. Les structures de gouvernance nationales pour la santé doivent répondre à l'intégralité des problèmes liés à chacun des trois ensembles de maladies et assurer une vraie participation des communautés vivant avec le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ou affectées par ces infections. De même, les structures de gouvernance spécifiques à l'un des ensembles de maladies doivent, si elles existent, être bien alignées sur les structures et plans nationaux de développement et de santé plus larges auxquels elles seront reliées. Une gouvernance effective est inclusive et participative : elle cherche à promouvoir un leadership représentatif au sein du système de santé, y compris pour les femmes et les personnes issues des communautés affectées, ainsi que la collaboration entre secteurs et parties prenantes, à savoir les gouvernements, les différentes organisations de la société civile, le secteur privé et les communautés, dans une approche pangouvernementale et pansociétale.

3.3.4 Financement

Mesure 23 : Financement

Veiller au financement de la riposte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles grâce aux systèmes nationaux de financement de la santé, en évitant une fragmentation des crédits, ainsi qu'à l'utilisation la plus efficace des ressources ; et réduire dans la mesure du possible les dépenses de santé catastrophiques pour les ménages. Pour continuer à faire progresser la lutte contre les trois ensembles de maladies, il faudra des réorientations stratégiques dans les systèmes de financement de la santé pour atteindre les objectifs suivants : lever suffisamment de fonds provenant de sources internes, complétés de fonds extérieurs ; établir des mécanismes équitables pour regrouper les fonds en vue d'une protection contre les risques financiers ; optimiser l'utilisation des ressources en intégrant les services, en réduisant les coûts, en limitant l'éparpillement des fonds et en améliorant les gains d'efficacité ; et poursuivre des stratégies de réduction des coûts. Il est important de veiller à ce que les services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles fassent partie des prestations de santé essentielles et de préciser et combler les déficits de financement concernant les services et interventions essentiels. L'allocation des ressources doit refléter la prestation de services et les besoins, notamment ceux des groupes clés et à risque au plan national et dans des contextes particuliers. Il faut aider les pays à augmenter le financement d'origine interne en faveur de la prévention, notamment pour des interventions atteignant les groupes les plus exposés au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et les plus touchés. Le secteur privé, surtout en tant que prestataire de services de santé, doit être associé aux efforts par l'intermédiaire de mécanismes d'achat stratégiques. Le financement du secteur de la santé doit également tenir compte des besoins croissants de l'infrastructure de technologie de l'information nécessaire pour appuyer les fonctions du système de santé.

3.3.5 Produits de santé

Mesure 24 : Produits de santé essentiels.

Veiller à un accès équitable et fiable à des médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé de qualité garantie et d'un prix abordable contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, en accélérant leur mise au point, l'assurance de leur qualité et leur homologation dans les pays ; en réduisant les coûts ; en renforçant la capacité locale de mise au point, de production et de distribution ; et en alignant les efforts consentis sur les plans et budgets concernant les produits sanitaires plus largement. Un approvisionnement sûr à long terme de produits accessibles, abordables et acceptables est un élément crucial de l'approche de santé publique visant à mettre fin à ces épidémies. La recherche-développement consacrée aux produits et aux technologies doit être appuyée et orientée vers les besoins de santé publique. La capacité réglementaire nationale doit être renforcée pour assurer l'homologation rapide des nouveaux produits ainsi que l'innocuité, la qualité et l'efficacité de tous les produits de santé sur le marché. Les stratégies de réduction des coûts comme celle qui consiste à encourager la concurrence accrue de produits génériques au moyen de l'octroi de licences volontaires dans des conditions privilégiant la santé publique constituent un mécanisme déterminant pour améliorer l'accès aux traitements existants contre le VIH et l'hépatite virale ; elles peuvent aussi servir à étendre l'accès à de nouveaux produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, à promouvoir l'échange volontaire de technologies selon des modalités mutuellement convenues, à surmonter les obstacles relatifs à la propriété intellectuelle en exploitant les flexibilités liées aux Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, à favoriser la tarification différenciée et à participer directement aux négociations sur les prix avec les producteurs en partageant les coûts. Il faut renforcer les systèmes d'information sur la gestion de la logistique afin de garantir des données récentes et précises concernant les besoins et la demande de produits pour la prise de décisions et la responsabilisation, et consentir des efforts visant à promouvoir le respect de l'environnement en matière d'achats et d'élimination des déchets.

3.3.6 Personnel de santé

Mesure 25 : Renforcement du personnel de santé.

Répondre aux besoins immédiats et futurs du personnel de santé en rapport avec le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles de manière à se prévaloir des synergies liées aux efforts de renforcement du personnel de santé en général. Les efforts à consentir pour mettre fin aux épidémies de sida, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030 représenteront une lourde tâche supplémentaire pour des agents de santé déjà surchargés dans de nombreux cas. De plus en plus, ils sont censés s'occuper de tout un éventail de problèmes de santé et de groupes d'utilisateurs. Les besoins concernant différentes maladies devraient être quantifiés et envisagés dans le cadre de la prise de décisions plus larges concernant le personnel de santé et les effectifs dans les établissements. Les plans nationaux complets pour le personnel de santé devraient optimiser l'utilisation du personnel existant, y compris les agents de santé communautaire, et favoriser les soins pluridisciplinaires dispensés par des équipes tout au long de la chaîne des services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, en donnant des rôles distincts aux différentes catégories d'agents. Leur rémunération devrait être fixée en fonction du niveau de formation, des tâches à accomplir et des conditions générales du marché du travail. Les incitations financières créant des inégalités entre les agents de santé ou nuisant à la prestation de services dans d'autres domaines devraient être évitées. Les compétences nécessaires concernant les différentes maladies devraient être intégrées à la formation préalable. Les politiques du personnel devraient combattre les normes néfastes concernant le genre et régir les critères de recrutement, la formation, le déploiement et les stratégies de gestion.

Les systèmes de santé devraient investir en faveur du renforcement des capacités, de la formation continue et de l'encadrement de soutien des agents de santé, y compris la formation initiale et postuniversitaire des agents affectés aux établissements et des agents de santé communautaire à tous les niveaux concernant la santé sexuelle et les besoins des personnes affectées par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Ils doivent également veiller à ce que les agents de santé bénéficient de l'équipement de protection adéquat et des moyens d'appliquer les mesures de précaution universelles et d'assurer la sécurité et le bien-être sur le lieu de travail de manière

générale. Des stratégies sont nécessaires pour augmenter les effectifs du personnel infirmier et obstétrical dans de nombreux contextes. Il faudrait encourager les jeunes à choisir une carrière dans la santé et dans les domaines du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles. Le personnel de santé doit être associé aux efforts systématiques visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées à ces ensembles de maladies dans les structures de soins, comme on l'a indiqué ci-dessus dans le cadre de la mesure 8.

3.3.7 Déterminants sociaux et structurels de la santé

Mesure 26 : Réforme législative, réglementaire et politique.

Créer un environnement législatif favorable en évaluant et en réformant, selon qu'il conviendra, les cadres juridiques et politiques restrictifs afin de permettre un accès équitable aux services de santé, notamment pour les groupes les plus affectés et exposés, et créer notamment dans les structures de soins des environnements institutionnels et communautaires permettant d'accéder à ces services en toute sécurité. Le secteur de la santé est tenu de promouvoir un milieu sûr et non discriminatoire dans les structures de soins, ainsi qu'un environnement favorable dans d'autres secteurs afin de rendre la population moins vulnérable et de faciliter l'accès de chacun aux services de santé. Il faudrait aider les pays à examiner et à modifier selon qu'il conviendra les cadres juridiques et politiques restrictifs, notamment les lois et pratiques discriminatoires qui créent des obstacles ou renforcent la stigmatisation et la discrimination, comme les lois liées à la non-divulgaration de l'infection à VIH ou à l'exposition au virus et à sa transmission, les lois qui imposent des restrictions de voyage et un dépistage obligatoire du VIH, ou les lois faisant de la consommation de drogues, de la prostitution ou des relations homosexuelles des infractions pénales, qui affectent la santé et la sécurité des personnes les plus vulnérables et leur accès aux services. Les lois et politiques liées à la majorité sexuelle devraient également être révisées afin de permettre aux adolescents et aux jeunes de s'adresser aux services de dépistage et de traitement du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles et de se faire soigner. Il est également important de prévoir une législation qui soutienne la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes, assure la promotion et la protection des droits humains et de l'égalité de genre et

réduise la stigmatisation et la discrimination et d'apporter une assistance juridique à ceux qui en ont besoin. Les mesures visant à améliorer la santé en offrant un environnement juridique favorable doivent tenir compte du contexte, de la législation et des responsabilités juridictionnelles des différents pays.

Mesure 27 : Partenariats multisectoriels contre la stigmatisation, la discrimination et les autres obstacles sociaux et structurels.

Établir, encourager et coordonner des partenariats multisectoriels et communautaires visant à éliminer les obstacles sociaux et structurels qui entravent une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. La stigmatisation et la discrimination persistantes constituent un obstacle majeur à une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. Les personnes vivant avec le VIH et les groupes les plus touchés par le virus continuent d'être confrontés à la stigmatisation, à la discrimination et à la pénalisation qui accentuent les risques auxquels ils sont exposés et portent atteinte à leur droit d'accéder aux services dont ils ont besoin. Dans de nombreux cas, les personnes vivant avec l'hépatite virale sont exclues, victimes de discrimination sur le lieu de travail ou confrontées à des obstacles lorsqu'elles veulent accéder aux soins. Une infection sexuellement transmissible est encore souvent considérée comme une maladie honteuse qu'on se doit de cacher. Bon nombre de ces obstacles sont influencés par des politiques et activités de toute une série de secteurs, qu'il s'agisse de l'éducation, de la nutrition, de la justice, du travail, de la protection sociale, du logement ou de l'environnement. Une riposte complète au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles suppose une collaboration intersectorielle permettant d'agir dans le sens voulu sur des facteurs essentiels afin d'améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et la qualité des interventions pour tous. Elle s'étend à la collaboration renforcée avec les organismes des Nations Unies disposant d'une expertise technique spécialisée au niveau régional, et surtout au niveau national, y compris l'ONUSIDA, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. La participation et l'autonomisation effectives des gens et des communautés, et notamment des représentants des groupes clés et d'autres bénéficiaires, jouent un rôle essentiel dans la réduction de ces obstacles.



3.3.8 Sécurité sanitaire

Mesure 28 : Protéger la population en cas de pandémie ou d'autres situations d'urgence sanitaire.

Protéger les progrès réalisés dans la riposte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et veiller à la continuité des services de santé essentiels dans le contexte de pandémies et d'autres menaces émergentes pour la santé en renforçant la résilience des systèmes de santé et des communautés. La pandémie de COVID 19 a perturbé partout dans le monde l'accès aux services contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, avec la menace d'un arrêt des progrès réalisés dans la riposte ou même d'un retour en arrière. Parallèlement, la pandémie a également démontré la capacité des systèmes de santé et des communautés à s'adapter et à évoluer pour continuer à venir en aide aux groupes qui en ont besoin malgré les difficultés liées aux mesures de confinement et la désorganisation des services et des chaînes d'approvisionnement ; en outre, les technologies numériques ont offert la possibilité de dispenser des soins à distance aux groupes difficiles à atteindre. Il importe de préserver ces innovations afin d'assurer une prestation continue de services essentiels en cas de pandémie ou de menace émergente pour la santé, avec des efforts conjoints pour améliorer la résilience des systèmes de santé et des communautés, renforcer les liens avec les soins de santé primaires, garantir l'accès aux mesures de prévention et de vaccination et offrir une protection sociale aux groupes les plus vulnérables au cours d'une pandémie et en situation d'urgence sanitaire.

Mesure 29 : Gérer les futures flambées de maladies.

Exploiter les enseignements tirés de la riposte à la COVID-19 pour prévenir et gérer les futures flambées de maladies. Les approches innovantes mises en pratique lors de la pandémie de COVID-19 afin de différencier, de décentraliser et de simplifier la prestation de services de santé essentiels en temps de crise ont offert une occasion sans précédent de renforcer la riposte aux maladies infectieuses de manière générale. Alors que les pays s'approchent de la dernière phase de l'élimination du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles, il faut exploiter les enseignements tirés de la riposte à la COVID-19 pour améliorer

la préparation et la réactivité des systèmes de santé et des communautés et détecter et gérer les futures flambées de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles, ainsi que les autres menaces pour la santé à mesure qu'elles apparaissent.

3.4 Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action

On trouvera dans cette section une description des approches communes pour renforcer les systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des données ainsi que la responsabilisation en rapport avec leur usage. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures spécifiques à chacun des trois ensembles de maladies visés aux chapitres 4 (VIH), 5 (hépatite virale) et 6 (infections sexuellement transmissibles), sous l'orientation stratégique 3.

Mesure 30 : Disponibilité, analyse et utilisation des données.

Produire des données de grande qualité et utiliser l'analyse des données pour orienter l'action, notamment aux niveaux décentralisés. Il est essentiel de disposer de données fiables, récentes et détaillées pour la planification stratégique, l'allocation des ressources, la prestation de services de santé, la sensibilisation et la responsabilisation. Des efforts conjoints pour renforcer les systèmes d'information sanitaire, notamment des estimations de la charge de morbidité dans la population et une ventilation appropriée des données selon le sexe, l'âge ou les autres caractéristiques pertinentes de la population sont importants pour orienter la mise en œuvre des programmes et améliorer la qualité. Les investissements visant à améliorer les capacités pour renforcer la collecte, la notification, l'analyse et l'utilisation des données sont importants, y compris en ce qui concerne les comorbidités. Les données doivent orienter la prise de décision et l'amélioration des programmes, notamment aux niveaux infranationaux, et il faut pouvoir compter sur une capacité analytique adéquate au niveau

des pays, des districts et des établissements. La notification systématique sur la mise en œuvre, le financement, les résultats et l'impact des programmes ainsi que la transparence des données sont importantes aux fins de la responsabilisation.

Mesure 31 : Suivi des données centrées sur la personne.

Étendre le suivi des données centrées sur la personne pour appuyer les services centrés sur la personne en plaçant celle-ci au centre des systèmes d'information sanitaire et en augmentant la granularité des données ventilées de manière appropriée selon le sexe, le handicap, l'âge ou les autres caractéristiques nécessaires de la population, en les complétant par des informations issues du suivi communautaire. Le suivi centré sur la personne permet d'assurer un soutien individuel tout au long de la chaîne des services et contribue à offrir des services différenciés répondant aux besoins de chacun, à appuyer la continuité des soins à long terme et à améliorer les résultats des programmes. Le suivi dirigé par la communauté – avec une participation directe de celle-ci à la collecte et à l'analyse des informations et à leur utilisation pour suivre et améliorer la qualité des services, supprimer les goulets d'étranglement, responsabiliser les prestataires de services et les décideurs et donner aux usagers, aux familles et aux communautés les moyens d'agir pour optimiser leur santé – peut représenter un élément important d'un système d'information sanitaire. Il faut donner aux agents de santé les moyens d'analyser et d'utiliser les données afin d'améliorer la qualité des services dispensés. La stricte application des normes lors de la collecte et de l'utilisation de données centrées sur la personne est essentielle pour protéger les informations individuelles et communautaires confidentielles, renforcer l'interopérabilité des systèmes de données et assurer que les efforts de collecte de données ne provoquent aucun préjudice.

Mesure 32 : Systèmes d'information sanitaire.

Aligner les systèmes d'information sanitaire consacrés à des maladies ou infections particulières sur les systèmes plus larges d'information sanitaire afin de renforcer la couverture sanitaire universelle et appuyer leur numérisation en veillant à la gouvernance, à la sécurité et à l'interopérabilité des données. Des approches harmonisées visant à renforcer les systèmes d'information, telles que des investissements communs pour améliorer les données d'état civil et le suivi systématique des services, la surveillance intégrée des maladies, les approches communes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, et le cas échéant les enquêtes associées, donnent la possibilité d'améliorer l'harmonisation, l'efficacité et la qualité des données concernant l'ensemble des maladies et le suivi des patients dans l'ensemble du système de santé. Les données au niveau communautaire devraient être intégrées ou liées aux plateformes de gestion des données cliniques. À mesure que davantage de pays numérisent leurs systèmes d'information sanitaire, il importe de veiller à la confidentialité et à la sécurité des données dans tous les systèmes, d'élaborer conjointement des normes sur les données et de promouvoir l'interopérabilité entre les plateformes de données utilisées par les différents domaines programmatiques et leurs fonctions associées – pour la gestion de la logistique et les systèmes de laboratoires par exemple. Le renforcement des partenariats public-privé est également essentiel pour étendre l'accès aux services à travers le secteur privé, assurer des normes harmonisées de qualité des services et promouvoir l'échange de données conformément aux normes de sécurité et de protection des données.



3.5 Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie

On trouvera dans cette section une description des approches communes pour mobiliser les communautés, les organisations de la société civile et les groupes touchés, en favorisant leur autonomie en matière de sensibilisation, de prestation de services, de prise de décisions et d'initiatives visant à améliorer la prestation de services et à briser les obstacles sociaux et structurels. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures spécifiques à chacun des trois ensembles de maladies visés aux chapitres 4 (VIH), 5 (hépatite virale) et 6 (infections sexuellement transmissibles), sous l'orientation stratégique 4.



Mesure 33 : Mobilisation communautaire et de la société civile.

Mobiliser et aider les communautés et la société civile à améliorer leur contribution capitale à la sensibilisation, à la prestation de services, à la prise de décisions politiques, au suivi et à l'évaluation, et contribuer aux initiatives visant à surmonter les obstacles sociaux et structurels. Les communautés et diverses organisations de la société civile apportent un complément essentiel aux services en établissement et font partie intégrante de soins de santé efficaces, surtout pour les groupes confrontés à des obstacles pour accéder aux services ou dans les situations où les établissements de soins ne sont pas accessibles. Une vraie participation des communautés et de la société civile aux processus nationaux de planification sanitaire et à la prestation de services permet de rapprocher ceux-ci des usagers ; d'améliorer l'acceptabilité, l'utilisation et le maintien des services ; d'assurer une plus grande autonomie individuelle et de meilleures possibilités de soins autoadministrés ; et de favoriser l'équité. Les communautés et les organisations de la société civile appuient les efforts de sensibilisation, renforcent la conception et la mise en pratique des programmes et favorisent la responsabilisation, notamment au moyen d'un suivi mené par la communauté. Pour qu'elles soient efficaces, les organisations communautaires et de la société civile doivent pouvoir compter sur un financement prévisible et être reconnues par les autres parties prenantes en tant que partenaires clés pour les efforts visant à mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles. as epidemias de VIH, hepatitis víricas e ITS.



Mesure 34 : Agents de santé communautaires.

Prévoir une réglementation, une formation, un encadrement et un appui suffisants pour les agents de santé basés dans la communauté. Afin de combler les principales lacunes dans la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles, il est nécessaire d'améliorer la capacité de la communauté à offrir des services et des produits aux groupes qui ne sont pas bien desservis par les approches traditionnelles des soins en établissement. Il faut répondre aux besoins des agents de santé communautaire au même titre qu'à ceux du personnel officiel en matière de réglementation, de formation et d'encadrement. Les liens entre les services de santé communautaires et les services de santé officiels doivent être renforcés et les agents de santé communautaires être

correctement rémunérés. Comme les autres soignants, ils doivent avoir accès à l'équipement de protection nécessaire et bénéficier de l'application des protocoles de lutte anti-infectieuse.

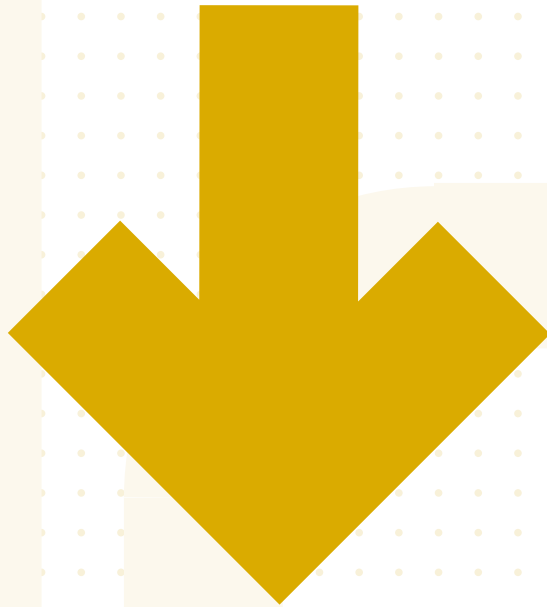
3.6 Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des approches communes pour stimuler et diffuser les innovations en vue d'accélérer l'impact. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures spécifiques à chacun des trois ensembles de maladies visés aux chapitres 4 (VIH), 5 (hépatite virale) et 6 (infections sexuellement transmissibles), sous l'orientation stratégique 5.

Mesure 35 : Partenariats pour l'innovation.

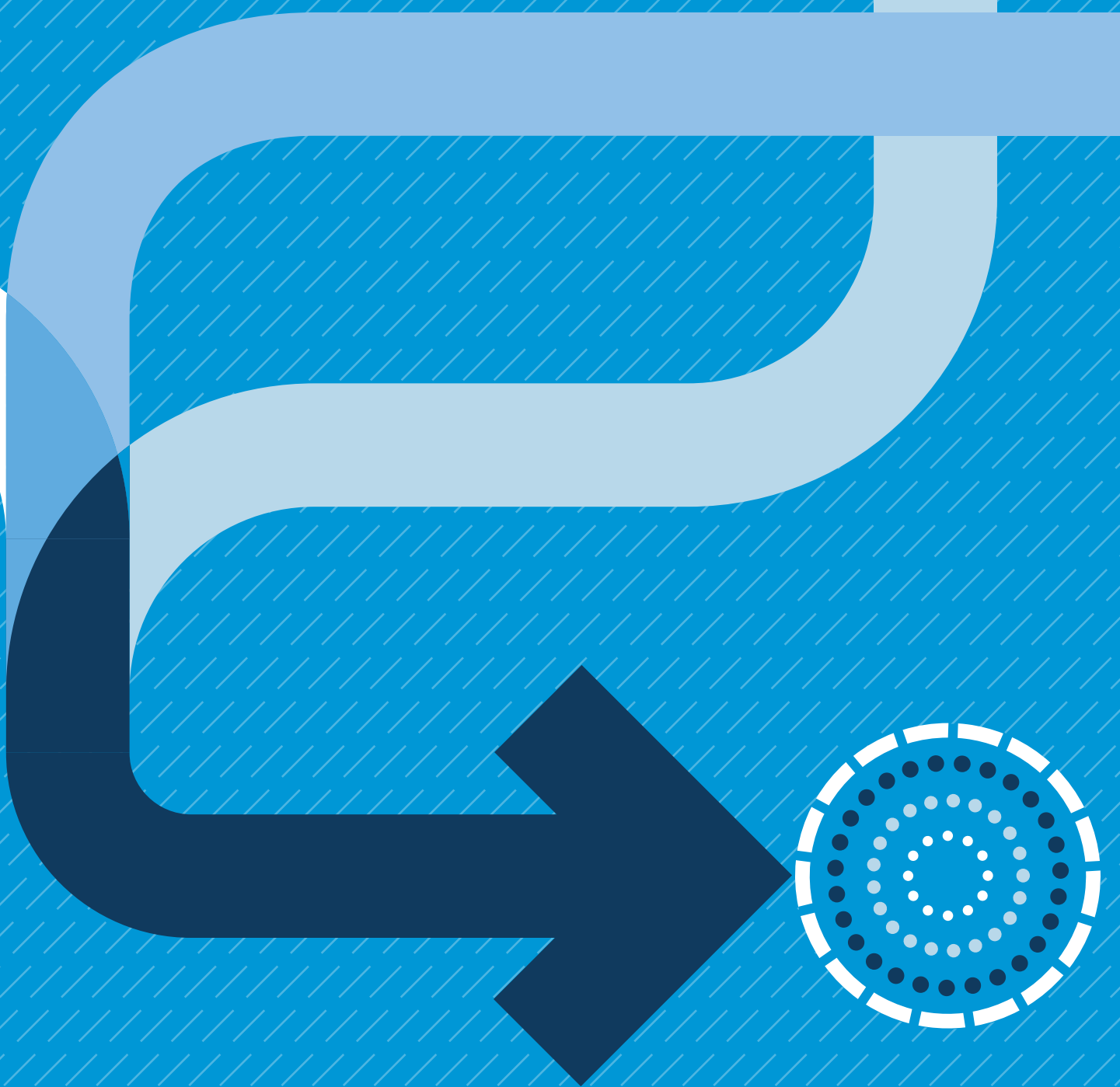
Optimiser le potentiel d'innovation par l'analyse du marché et le renforcement des partenariats de recherche-développement, notamment avec le secteur privé et les communautés. Pour atteindre les cibles mondiales, les pays doivent non seulement exploiter les nouvelles connaissances, technologies et approches de la prestation de services, mais utiliser aussi les outils existants de manière plus efficace en les adaptant aux différents groupes, contextes et objectifs. L'OMS et les pays collaborent avec de nombreux partenaires pour stimuler et catalyser des mesures de riposte innovantes face au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et concernant la santé en général afin que les produits, méthodes et outils innovants développés dans les pays à haut revenu deviennent disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à un prix abordable en représentant une charge moins lourde pour le système de santé. Il s'agit notamment d'exploiter pour la santé les technologies numériques qui offrent de nouvelles possibilités d'améliorer la qualité des services et les options de soins autoadministrés et d'analyser et d'utiliser les données. La participation des communautés à la recherche, et notamment la recherche dirigée par la communauté, est importante pour assurer que les innovations proposées soient bien pertinentes et pour encourager leur adoption ultérieure.





4

VIH



On trouvera dans le présent chapitre la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, et notamment les principaux changements stratégiques et opérationnels nécessaires pour mettre fin d'ici à 2030 à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique (Encadré 4.1), assortis de cibles, d'interventions et d'innovations prioritaires. La stratégie contre le VIH est parfaitement alignée sur la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose (Encadré 4.2) et les autres stratégies mondiales pertinentes.

Un examen à mi-parcours en 2026 portant sur la réalisation des cibles communes pour 2025 facilitera l'harmonisation avec une stratégie mondiale ultérieure de lutte contre le sida. Les mesures à prendre par les pays décrits dans ce chapitre sont à mettre en œuvre conjointement avec les mesures communes aux trois ensembles de maladies visées au chapitre 3.

Encadré 4.1

PRINCIPALES RÉORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELLES NÉCESSAIRES POUR METTRE FIN, D'ICI À 2030, À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA EN TANT QUE MENACE DE SANTÉ PUBLIQUE :

- remettre l'accent sur la prévention primaire
- combattre les principales causes de mortalité liée au VIH, notamment la tuberculose, la méningite à cryptocoque et les infections bactériennes graves
- combler les lacunes en matière d'accès aux services de l'enfant et de l'adolescent
- veiller à associer constamment les personnes vivant avec le VIH aux services de traitement et de soins, en répondant aux besoins de soins pour les affections afin d'améliorer la qualité de vie d'une cohorte vieillissante de ces personnes
- lutter contre les obstacles auxquels font face les groupes clés
- appliquer des approches différenciées pour la prestation de services afin de répondre aux besoins concernant des groupes et des contextes particuliers
- exploiter les innovations, y compris les nouveaux schémas thérapeutiques, les nouvelles approches préventives, les vaccins et les remèdes efficaces, appuyées par des recherches qui tiennent compte des besoins lorsque les ressources sont limitées.

Encadré 4.2

RUNE ACTION COMMUNE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Si le nombre de ces décès a diminué entre 2010 et 2019, moins de la moitié du nombre estimé des cas de co-infection par le VIH et la tuberculose étaient sous traitement contre les deux infections en 2019.³⁸ La Stratégie mondiale pour mettre fin à la tuberculose³⁹ privilégie la collaboration ciblant à la fois la tuberculose et le VIH, au moyen de soins intégrés centrés sur la personne comprenant : le dépistage systématique des symptômes de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; un traitement préventif contre la tuberculose ; un test de dépistage du VIH dans tous les cas de tuberculose diagnostiqués ou présumés ; la mise sous traitement antirétroviral sans retard de tous les cas de tuberculose ; une chimioprophylaxie approuvée par l'OMS ; et le traitement des cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante. Dans l'optique de la lutte contre la tuberculose associée au VIH, il est également important de se prévaloir des occasions de collaboration interprogrammatique, notamment pour la planification, la surveillance et le financement, et de suivre des approches communes pour répondre aux inégalités qui aggravent les épidémies de VIH et de tuberculose.

³⁸ *Global tuberculosis report 2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336069>, consulté le 31 décembre 2021).

³⁹ *The end TB strategy*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331326>, consulté le 31 décembre 2021).



4.1 Cibles concernant le VIH

Le Tableau 4.1 ci-dessous indique les indicateurs et cibles d'impact et de couverture programmatique, ainsi que les jalons concernant le VIH.

Tableau 4.1 Indicateurs d'impact et de couverture, cibles et jalons concernant le VIH, d'ici à 2030

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Impact	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH	1,5 million	370 000	335 000
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH pour 1000 personnes non infectées (objectif de développement durable 3.3.1)	0,19	0,05	0,025
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans	150 000	20 000	15 000
	Nombre annuel de décès dus au VIH ou à une cause associée ^b (y compris ventilation selon la méningite à cryptocoque, la tuberculose et les infections bactériennes graves)	680 000	250 000	<240 000
	Nombre annuel de décès de personnes vivant avec le VIH dus à la tuberculose, à l'hépatite B ou à l'hépatite C ^c	210 000	110 000	55 000
	Nombre de pays où l'élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis a été validée	15	50	100
Couverture	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique ^d	84 %	95 %	95 %
	Pourcentage de personnes se sachant séropositives qui ont accès à un traitement antirétroviral ^d	87 %	95 %	95 %
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement chez qui la charge virale a été supprimée ^d	90 %	95 %	95 %
	Pourcentage de personnes exposées au risque d'infection par le VIH ayant recours à une association préventive par un ensemble déterminé de services	8 %	95 %	95 %
	Utilisation d'un préservatif/lubrifiant lors du dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire occasionnel		90 %	90 %
	Nombre d'aiguilles ou de seringues distribuées par personne s'injectant des drogues (dans le cadre d'un programme complet de réduction des effets nocifs)	200	200	300

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Couverture (suite)	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement préventif contre la tuberculose	50 %	90 %	95 %
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de personnes à risque rattachées à des services de santé intégrés, y compris contre les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite virale		95 %	95 %
Jalons	Stigmatisation et discrimination – pourcentage de personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et de membres de groupes prioritaires victimes de stigmatisation et de discrimination		Moins de 10 %	Moins de 10 %
	Lois et politiques – pourcentage de pays disposant de lois et de politiques punitives	Variable selon le groupe visé ^e	Moins de 10 %	Moins de 10 %
	Égalité de genre – prévalence d'actes de violence récents (au cours des 12 derniers mois) commis par le partenaire intime chez les femmes et les filles de 15 à 49 ans ^f	13 %	11 %	Moins de 10 %
	Intégration – pourcentage de personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles rattachés à d'autres services de santé intégrés		95 %	95 %
	Stade avancé de l'infection – pourcentage de personnes commençant un traitement antirétroviral dont la numération de CD4 est inférieure à 200 cellules/mm ³ (ou stade III ou IV) ^g	30 %	20 %	10 %
	Prestation de services différenciés – pourcentage de pays disposant de 6 mois de stocks de renouvellement de médicaments	19 pays	50 %	80 %
	Innovation – nombre de maladies/infections supplémentaires (VIH, hépatite virale et infections sexuellement transmissibles) évitables par un vaccin ou curables		1	2

^a Dernières données à fin 2020. Certaines cibles sont fondées sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions de services dues à la COVID-19. Les cibles pour 2025 ne devraient pas être affectées par la COVID-19. Toutes les données seront ventilées selon l'âge, le sexe et, le cas échéant, les groupes clés pour l'infection.

^b Les données sur la mortalité seront ventilées davantage afin d'évaluer s'il est urgent de cibler les facteurs et causes des décès, notamment concernant la méningite à cryptocoque pour réduire les décès de 50 % en 2025 et de 90 % en 2030, et concernant la tuberculose et les infections bactériennes graves.

^c Les données seront ventilées et communiquées par cause, y compris la cascade d'interventions des services de lutte contre la tuberculose nécessaires pour réduire la mortalité, le dépistage systématique des symptômes, le diagnostic rapide et le traitement préventif de la tuberculose, ainsi que le traitement de la tuberculose pharmacorésistante.

^d Niveau atteint pour tous les âges, sexes et groupes cibles.

^e Transmission du VIH 61 %, transgenres 24 %, travailleurs du sexe 87 %, personnes qui consomment ou possèdent des drogues 83 %, relations homosexuelles 36 %.

^f Indicateur 5.2.1 des ODD : Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=5&Target=>, consulté le 28 avril 2022).

^g La proportion des personnes vivant avec le VIH devant recevoir un résultat de test CD4 est d'au moins 90 % d'ici à 2025 et de 95 % d'ici à 2030.

4.2 Orientation stratégique 1 : fournir des données de haute qualité, fondées sur des données probantes et centrées sur la personne

On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires spécifiques au VIH à prendre par les pays dans le cadre de la chaîne de services de prévention, de diagnostic, de soins et de traitement. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 1. Elles seront adaptées aux besoins des différents groupes affectés, selon les différents contextes épidémiologiques (Encadré 4.3).

Encadré 4.3

GROUPES PRIORITAIRES CONCERNANT LE VIH

La riposte est axée sur les personnes vivant avec le VIH qui doivent être considérées comme un groupe prioritaire à cet égard au sein d'un pays, quel que soit le contexte. Certains groupes sont touchés par des épidémies de manière disproportionnée à cause de facteurs biologiques, comportementaux et structurels qui accentuent les risques et leur vulnérabilité au VIH. Les données mondiales montrent que cinq groupes clés – les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogue par injection, les travailleurs du sexe, les transgenres et les personnes en prison ou dans d'autres milieux fermés – sont affectés de manière disproportionnée par le VIH comparativement à l'ensemble de la population, tous contextes confondus. En 2020, on retrouvait parmi les groupes clés et leurs partenaires sexuels 65 % des nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde : 93 % des nouveaux cas d'infections se situaient en dehors de l'Afrique subsaharienne et 39 % en Afrique subsaharienne. Ces groupes sont déterminants pour la dynamique de transmission du VIH et il est essentiel de les associer aux efforts pour que la riposte soit efficace.

Les femmes, notamment les femmes enceintes et allaitantes et les adolescentes, ainsi que les enfants, les adolescents et les jeunes en

général, y compris les groupes clés de jeunes, sont également exposés à l'infection dans des contextes spécifiques. Les hommes et les garçons qui s'adressent plus rarement aux services de santé ont des résultats sanitaires moins favorables dans certains contextes. Parmi les autres groupes prioritaires figurent les personnes handicapées, les autochtones, les migrants et les groupes mobiles ainsi que les populations en situation de crise humanitaire – conflits et troubles civils notamment.

Il est tout aussi important de cibler les interventions du point de vue géographique là où la charge de VIH peut être élevée et là où les services peuvent être les plus lacunaires. Les adolescentes et les femmes en Afrique subsaharienne sont par exemple plus exposées et des approches intégrées contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles et concernant la santé sexuelle et reproductive peuvent être particulièrement indiquées dans leur cas. Des approches ciblées sont également nécessaires pour les groupes clés et marginalisés parfois difficiles à atteindre, cachés ou non reconnus (par eux-mêmes ou par autrui) ou qui ne souhaitent pas indiquer leur statut. Une collaboration constructive avec les groupes les plus touchés et les plus exposés n'a jamais revêtu autant d'importance face aux problèmes d'accès aux services provoqués par des situations d'urgence sanitaire comme la COVID-19 et les crises et l'insécurité liées au climat auxquelles les pays sont confrontés.

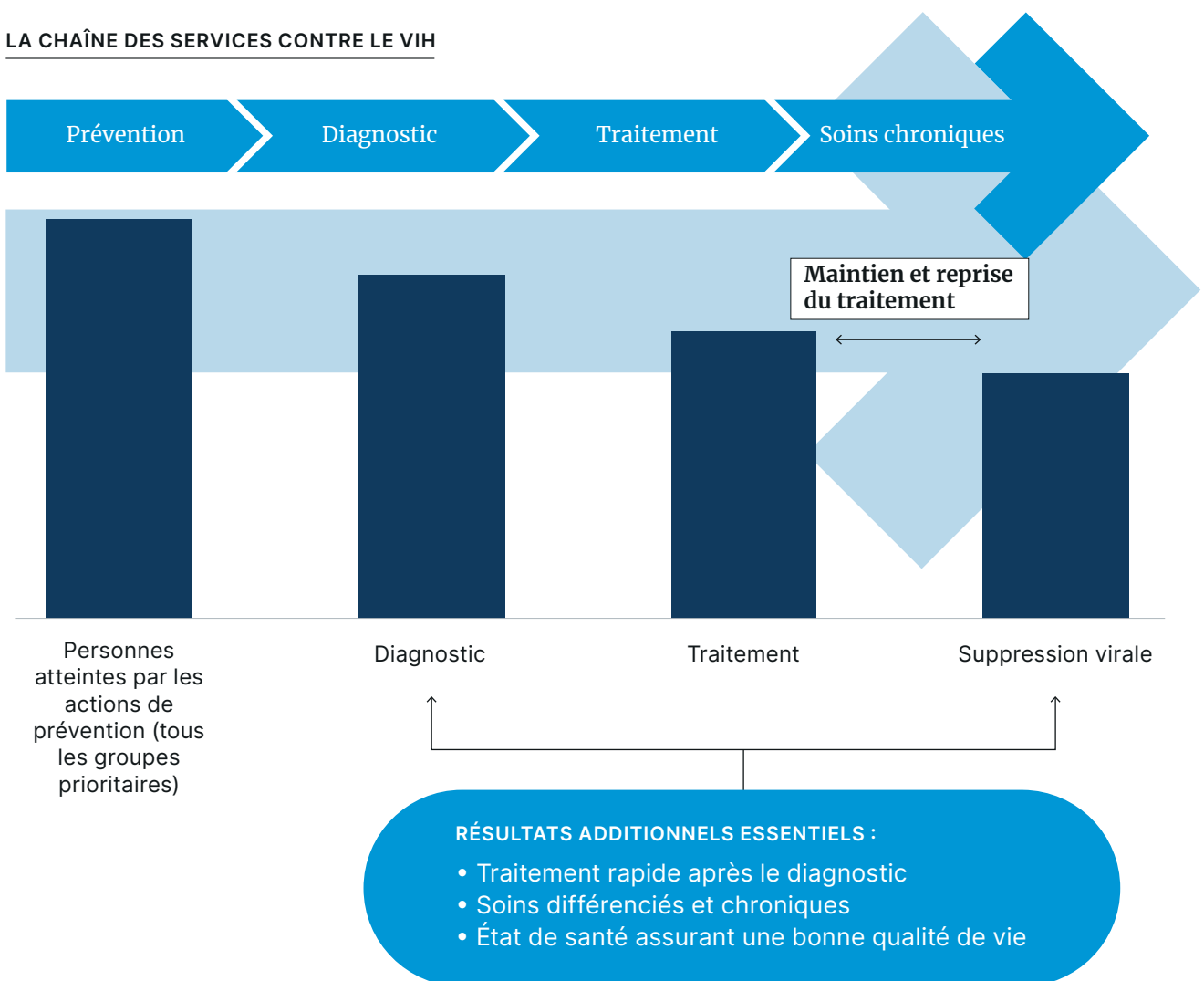
4.2.1 Prestation de services contre le VIH

▶ Mesure 36 : Chaîne des services de prise en charge du VIH.

Structurer la prestation de services de santé pour répondre aux besoins de la population tout au long de la chaîne de services contre le VIH en offrant des services de prévention complets, en veillant à un accès aux soins et une mise sous traitement rapides, en assurant la continuité et la reprise des traitements et le suivi de la cascade de services pour améliorer les programmes. La chaîne de services contre le VIH offre un cadre structurant pour la mise en œuvre d'interventions essentielles

qui répondent à l'ensemble des besoins de la population en matière de prévention, de dépistage, de traitement du VIH et de soins chroniques. À chaque étape de la chaîne, l'utilisateur peut voir son accès aux services être interrompu. Les services de santé doivent être organisés de façon à ce qu'il puisse toujours bénéficier de soins, y compris par des points d'accès dans la communauté s'il y a lieu, afin d'optimiser les résultats aux niveaux individuel et général, notamment en prévoyant des liens appropriés entre les services pour garantir la continuité des soins aux différentes étapes de la vie. Un suivi s'impose en matière de cascade des soins pour faire ressortir les aspects programmatiques à améliorer (Figure 4.1).

Figure. 4.1 La cascade des services de prise en charge du VIH



Mesure 37 : Ensembles d'interventions contre le VIH.

Définir un ensemble essentiel d'interventions fondées sur des données probantes adaptées au contexte de chaque pays et aux besoins qui varient selon les groupes concernés et les situations. Chaque pays doit définir un ensemble essentiel d'interventions contre le VIH, tout au long de la chaîne de services, sur la base de l'information disponible, des données scientifiques, des bonnes pratiques et de l'apport des communautés en tenant compte de la charge de morbidité, de l'équité, de l'efficacité, des coûts, de l'acceptabilité, de la faisabilité et de l'impact. Les interventions devraient être alignées sur les prestations de la couverture sanitaire universelle et liées si possible et s'il y a lieu aux soins de santé primaires.

Mesure 38 : Prévention du VIH.

Déterminer et mettre en œuvre le meilleur éventail d'interventions préventives contre le VIH pour un groupe ou un territoire déterminé. On peut avoir besoin de différentes options pour la prévention du VIH en fonction de l'âge, du sexe et des circonstances, et les risques et besoins individuels peuvent varier au cours de la vie. Il faut pouvoir choisir entre les différentes options de services et approches de prestation pour tenir compte des besoins et préférences individuels, y compris les approches innovantes comme celles qui font appel aux technologies numériques. Les données devraient servir à déterminer le meilleur éventail d'interventions préventives pour différents groupes et endroits, qui sera associé à un suivi centré sur la personne pour adapter les services aux besoins individuels et généraux. Il faudrait envisager des ensembles complets de mesures préventives, comprenant des interventions biomédicales, comportementales et structurelles.

Mesure 39 : Antirétroviraux pour la prévention du VIH.

Tirer profit au maximum des effets préventifs des antirétroviraux en offrant un traitement antirétroviral à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH et en appliquant une stratégie associant la prophylaxie préexposition et la prophylaxie postexposition à d'autres interventions préventives. Une thérapie antirétrovirale doit être offerte à chaque personne vivant avec le VIH, en privilégiant les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS, le suivi de la charge virale et la continuité des soins afin d'aboutir à des niveaux de charge virale en dessous du seuil de détection et de prévenir la

transmission sexuelle ultérieure. La prophylaxie préexposition, ou un traitement antirétroviral dans le cas des sujets non infectés par le VIH, devrait être offerte en plus des options de prévention à toute personne qui la demande et celles qui sont particulièrement exposées au risque d'infection devraient y avoir accès. La prophylaxie postexposition devrait être accessible aux personnes qui ont été fortement exposées au VIH sans avoir bénéficié de la prophylaxie préexposition. Un anneau vaginal libérant un médicament antirétroviral offre un autre type de protection aux femmes qui ne peuvent ou ne souhaitent pas une prophylaxie préexposition orale journalière. Un seul modèle d'anneau vaginal était disponible sur le marché en 2022, mais d'autres formulations de prophylaxie préexposition injectables ou implantables devraient faire leur apparition au cours de la période de mise en œuvre de la stratégie 2022-2030.

Mesure 40 : Circoncision masculine médicale volontaire.

Maximiser l'impact de la prévention du VIH associé à la circoncision masculine médicale volontaire dans le cadre de services complets visant à améliorer la santé et le bien-être des adolescents et des hommes. La circoncision masculine médicale volontaire sans risque doit être offerte comme option préventive supplémentaire aux adolescents à partir de 15 ans et aux hommes adultes, pour réduire le risque d'infection par le VIH lors de rapports hétérosexuels dans le contexte d'épidémies généralisées en Afrique orientale et australe.

Mesure 41 : Dépistage du VIH centré sur la personne.

Étendre le dépistage du VIH centré sur la personne au moyen de la prestation de services décentralisés et différenciés associés en temps opportun au traitement et aux soins. Le dépistage est un outil essentiel autant pour la prévention que pour le traitement du VIH. La meilleure association d'approches de dépistage du VIH, notamment de tests effectués en milieu clinique, dans la communauté ou d'autotests, dépend des dynamiques de l'épidémie, des besoins de la population et du système sanitaire local. L'extension de la couverture du dépistage, aux partenaires sexuels notamment, suppose de vouer une attention particulière à la qualité du diagnostic et des services afin de réduire dans la mesure du possible le risque d'un diagnostic erroné. Les pays devraient veiller à ce que l'âge légal pour le consentement au dépistage du VIH soit le même que pour le consentement au traitement.

La couverture du diagnostic d'une infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant reste inadéquate et, dans le cas des enfants vivant avec le VIH, une recherche de cas plus ciblée intégrée à l'ensemble du système de santé est souvent nécessaire pour avoir un maximum d'efficacité.

Mesure 42 : Traitement du VIH.

Mettre rapidement sous traitement toute personne vivant avec le VIH en suivant les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS au moyen de modèles de prestation de services différenciés qui offrent des soins, un suivi et un soutien centrés sur la personne pour l'observance et pour la continuité et la reprise des soins. La mise en route sans retard du traitement antirétroviral – dans les sept jours suivant un diagnostic positif selon la définition – devrait être offerte à toute personne vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique selon l'OMS et indépendamment de la numération des CD4. La collaboration étroite avec les communautés et le suivi des personnes sous traitement antirétroviral, avec notamment des tests de la charge virale sur le lieu des soins, sont importants pour assurer le succès du traitement et bénéficier de ses effets préventifs. Un appui adapté pour encourager l'observance du traitement doit être proposé à chacun afin d'améliorer la continuité des soins, ainsi que des interventions pour retrouver les cas d'abandons de traitement et pour appuyer sa reprise.

Mesure 43 : Pharmacorésistance du VIH

Prévenir, suivre et combattre la pharmacorésistance du VIH en menant une action coordonnée visant notamment à appuyer la poursuite de la recherche-développement et la transition vers des thérapies moins exposées à l'apparition d'une résistance, en veillant à un approvisionnement ininterrompu de médicaments et en renforçant le suivi et la surveillance. Le risque d'une inactivation partielle ou totale à cause de l'émergence de souches virales pharmacorésistantes existe pour tous les antirétroviraux, y compris les nouvelles classes de produits. Les stratégies visant à prévenir et combattre le problème de la pharmacorésistance du VIH sont notamment les suivantes : appui de la transition vers des schémas thérapeutiques de première intention préférés par l'OMS, y compris les inhibiteurs de l'intégrase, moins exposés à la pharmacorésistance ; accès aux tests de la charge virale ; suivi de la prestation de services de prise en charge du VIH ; et mesures destinées à assurer un approvisionnement ininterrompu de médicaments. Il faut aussi disposer de données de

grande qualité sur la pharmacorésistance du VIH, notamment en ayant recours à de nouveaux outils de surveillance, en élargissant la capacité des laboratoires à suivre la pharmacorésistance du VIH et en veillant à la recherche et à l'innovation pour trouver les approches qui auront le meilleur impact sur la santé publique en réduisant le plus possible la pharmacorésistance.

Mesure 44 : Toxicité des antirétroviraux.

Suivre la toxicité des antirétroviraux et promouvoir la sécurité des patients. Les services de prise en charge du VIH doivent associer différentes approches pour suivre la toxicité des antirétroviraux et promouvoir la sécurité des patients, en veillant notamment à surveiller l'innocuité des antirétroviraux pendant la grossesse et à suivre activement et systématiquement la toxicité en général, et notamment chez l'adulte, l'adolescent, la femme enceinte et l'enfant.

Mesure 45 : Infection à VIH à un stade avancé.

Assurer la prise en charge des enfants, adolescents et adultes à un stade avancé de l'infection à VIH. De nombreuses personnes vivant avec le VIH s'adressent à un service de soins à un stade avancé de l'infection à VIH, qui est associé à un risque accru de décès, d'infections opportunistes et d'autres comorbidités liées ou non au sida. En plus des soins contre la tuberculose, la prise en charge d'une infection à VIH à un stade avancé devrait comprendre le dépistage, le diagnostic, le traitement et/ou la prophylaxie en rapport avec les autres principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, comme les infections bactériennes graves et les autres maladies opportunistes – méningite à cryptocoque, histoplasmosse, toxoplasmose et pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* notamment. Le sarcome de Kaposi reste un type de cancer négligé associé au VIH concernant lequel l'accès aux options de traitement est insuffisant. Les personnes se présentant pour la prise en charge du VIH, y compris celles qui n'ont jamais suivi de traitement ou qui ont fait l'objet d'un diagnostic antérieur et reviennent se faire soigner après une interruption de traitement, doivent être évaluées pour déterminer si l'infection est à un stade avancé et bénéficier d'interventions appropriées selon leurs besoins. On considère que toute infection chez un enfant de moins de cinq ans est à un stade avancé, car le risque de mortalité et de progression de la maladie est alors plus grand.

**Mesure 46 : Soins chroniques pour les personnes vivant avec le VIH et qualité de vie (complète la mesure commune 9).**

Répondre aux besoins des enfants, adolescents et adultes vivant avec le VIH en matière de soins chroniques et de qualité de vie. Les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à toute une série d'autres problèmes de santé et de bien-être à long terme, y compris des problèmes liés à la physiopathologie de la maladie ; aux effets secondaires du traitement ; à des co-infections et comorbidités non liées au VIH ; à la gestion des interactions médicamenteuses, par exemple dans le cas des épileptiques infectés par le VIH ; à la santé mentale ; et au vieillissement – des soins et une prise en charge complets étant alors nécessaires. La qualité de vie des adultes et des enfants vivant avec le VIH devrait être suivie et leurs besoins en matière de santé et de bien-être satisfaits de manière globale tout au long de la vie. Les soins palliatifs, par exemple contre la douleur et d'autres symptômes physiques liés à une infection à VIH ou au traitement et d'autres formes de souffrance liées à un problème de santé, constituent une composante essentielle d'une prise en charge clinique complète des personnes vivant avec le VIH.

**Mesure 47 : Élimination de la transmission verticale et prévention, traitement et prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent (complète les mesures communes 3 et 4).**

Éliminer la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, combler les lacunes en matière d'accès du nourrisson et de l'enfant aux services de dépistage et de traitement et apporter un soutien à l'enfant pour l'aider à rester en bonne santé jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte. Pour éliminer la transmission verticale du VIH, il faudra promouvoir des approches intégrées aux programmes de santé sexuelle et reproductive en vue de la prévention du VIH et de la planification familiale ; assurer la continuité des traitements entre les lieux où les services sont dispensés pour la prévention de la transmission mère-enfant et le traitement antirétroviral ; et offrir un ensemble complet de soins aux nourrissons exposés au VIH, y compris le dépistage et une prophylaxie. Il est capital aussi de combler les lacunes en matière de traitement des nourrissons vivant avec le VIH, pour que tous les enfants vivant avec le virus soient testés et bénéficient d'un traitement approprié et d'un soutien à l'observance, ainsi

que des soins à long terme dont ils ont besoin jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte. On devrait aussi dépister chez l'enfant et l'adolescent les comorbidités et handicaps chroniques, y compris les retards de développement et les déficiences neurocognitives, les troubles mentaux et les morbidités liées aux différents systèmes d'organes, et fournir les soins de soutien nécessaires à leur développement progressif. Les besoins particuliers des adolescents vivant avec le VIH doivent également être satisfaits, au moyen de services de santé conviviaux et assurés par des pairs ; il faudra les associer pour qu'ils se soignent eux-mêmes en ayant des liens avec des interventions psychosociales et de soutien par les pairs. Il faudra aussi surmonter les obstacles politiques liés à l'âge légal du consentement pour assurer l'accès aux services de dépistage et de traitement.

4.2.2 Interventions contre le VIH pour améliorer l'intégration aux autres domaines de santé et les liens avec eux**Mesure 48 : Maladies transmissibles et non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque accru d'infection (complète la mesure commune 9).**

Renforcer les liens des services de prise en charge du VIH avec les services concernant des maladies transmissibles et non transmissibles associées et leur intégration à ces services en suivant une approche globale de soins fondée sur la qualité de vie. La prise en charge intégrée de l'infection à VIH et de l'hépatite virale devrait comprendre le diagnostic et le traitement précoces des deux infections. Les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque accru d'infection devraient subir des tests de dépistage et être traitées contre les infections sexuellement transmissibles. Les personnes vivant avec le VIH sont également exposées à un risque accru de toute une série de maladies non transmissibles – maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, troubles neurocognitifs, affections respiratoires chroniques, ostéoporose et divers types de cancer notamment. La charge accrue du cancer du col de l'utérus chez la femme vivant avec le VIH, associée à une co-infection par le papillomavirus humain, mérite tout particulièrement de retenir l'attention, d'autant plus qu'on dispose d'un vaccin et de moyens de dépistage et de traitement efficaces.



Mesure 49 : VIH et tuberculose (complète la mesure commune 10).

Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose au moyen d'un diagnostic et d'un traitement précoces des cas de comorbidité, avec une étroite collaboration entre les services contre le VIH et les services contre la tuberculose. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Les interventions communes au moyen de soins intégrés centrés sur la personne comprennent un dépistage systématique des symptômes de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, un traitement de prévention de la tuberculose (notamment au moyen de schémas thérapeutiques de brève durée), le dépistage du VIH chez toute personne atteinte ou présumée atteinte de tuberculose, la mise en route sans retard d'un traitement antirétroviral et d'une chimioprophylaxie recommandée par l'OMS en cas de co-infection par la tuberculose, ainsi que le traitement des formes pharmacosensibles et pharmacorésistantes de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Le succès des interventions communes suppose des approches harmonisées en matière de planification, de surveillance et de suivi, de financement et de liens avec d'autres domaines du système de santé, ainsi que des approches communes pour combattre les inégalités qui aggravent les épidémies de VIH et de tuberculose.

Mesure 50 : Réadaptation en cas de handicap lié au VIH (complète la mesure commune 13).


Offrir des services de réadaptation dans le cadre de services complets contre le VIH en cas d'incapacité chez des personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH peuvent être confrontées à toute une série d'incapacités qui affectent leur fonctionnement au quotidien – difficultés de déplacement, troubles cognitifs, problèmes de vue et d'ouïe, difficultés à communiquer ou à se nourrir correctement. Avec l'âge, elles peuvent connaître prématurément des maladies cardiovasculaires, des troubles neurologiques ou des problèmes ostéoarticulaires. Des services de réadaptation et de soins palliatifs, y compris des dispositifs d'aide pour améliorer et maintenir un fonctionnement autonome, doivent être disponibles dans le cadre des services de prise en charge complets du VIH pour répondre à l'évolution de leurs besoins. La réadaptation devrait être intégrée aux lignes directrices et protocoles cliniques pour des soins contre le VIH centrés sur la personne, afin de définir rapidement les besoins concernant la réadaptation, l'orientation et l'application des interventions voulues au moyen d'équipes pluridisciplinaires.

4.3 Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires spécifiques au VIH pour renforcer la prestation de services de santé et d'autres fonctions du système de santé, y compris la collaboration multisectorielle. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 2.

Mesure 51 : Prestation de services différenciés contre le VIH (complète la mesure commune 18).

Définir et optimiser les occasions d'utiliser des modèles différenciés pour la prestation de services contre le VIH. Toute personne sous antirétroviraux, à titre préventif ou thérapeutique, devrait bénéficier de modèles différenciés de prestation de services, institutionnalisés dans l'infrastructure du système de santé et assurant la prestation de services contre le VIH à long terme. On pourra par exemple offrir aux intéressés le renouvellement des médicaments couvrant des périodes plus longues avec des consultations plus espacées, ou un traitement qui commencerait hors établissement avec un suivi par des prestataires non spécialisés. Des modèles de groupes et des locaux communautaires peuvent aussi être utilisés pour les renouvellements. Les enfants, adolescents, membres de groupes clés et femmes enceintes accèdent encore bien souvent aux traitements par l'application de modèles de prestation ordinaires et il faudrait veiller à ce qu'ils puissent également se prévaloir de services différenciés. De tels modèles peuvent aussi servir à étendre l'utilisation d'autres interventions contre le VIH et à améliorer leurs résultats. Les prestataires de soins doivent être équipés pour offrir des services différenciés de grande qualité centrés sur la personne.

 **Mesure 52 : Produits de santé essentiels contre le VIH (complète la mesure commune 24).**


Veiller à un accès équitable et fiable à des médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé de qualité garantie et d'un prix abordable contre le VIH. La rapide extension de la couverture du dépistage, de la prévention et du traitement du VIH doit reposer sur une disponibilité et un approvisionnement sûrs de produits de grande qualité et d'un prix abordable pour la prévention (préservatifs masculins et féminins, lubrifiants, produits nécessaires pour la circoncision masculine médicale volontaire et aiguilles et seringues pour réduire les effets indésirables, par exemple), de tests de dépistage du VIH, de médicaments contre le VIH et d'autres produits optimisés pour prendre en charge les cas d'infection à VIH à un stade avancé. Les obstacles à l'achat et à l'approvisionnement de schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention recommandés par l'OMS doivent être surmontés pour garantir un accès à des schémas qui soient efficaces, bien tolérés et d'un prix abordable pour tous. Il faut que les nouveaux produits tels que les tests rapides pour le dépistage du VIH sur le lieu des soins, les autotests pour le VIH et les nouveaux antirétroviraux soient largement disponibles pour tous. Des difficultés restent à surmonter pour garantir l'accès aux produits de santé pour des groupes spécifiques comme les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH et celles atteintes de comorbidités. Davantage d'efforts doivent également être consentis pour élaborer et déployer des schémas pédiatriques optimisés d'un prix abordable et des plateformes de diagnostic précoce chez le nourrisson sur le lieu des soins.

4.4 Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques au VIH visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des données ainsi que la responsabilisation qui s'y rapporte. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 3.

 **Mesure 53 : Suivi des données centrées sur la personne concernant le VIH (complète les mesures communes 30 et 31).**

Élargir le suivi et la surveillance des cas centrés sur la personne concernant le VIH pour appuyer les services contre le virus centrés sur la personne. Les systèmes d'information sur le VIH devraient chercher à permettre un suivi centré sur la personne au moyen de systèmes de surveillance systématique, en utilisant des identifiants uniques pour suivre et notifier l'accès et les résultats sanitaires des patients tout au long de la chaîne de services de prévention, de soins et de traitement. Ils devraient produire des données détaillées selon le lieu (par niveau administratif infranational par exemple), les caractéristiques de la population (âge, sexe et présence de comorbidités et de co-infections, par exemple) et les groupes prioritaires (comme les groupes clés), avec des estimations de la taille de la population, dans le but de mener une action ciblée et d'assurer une mobilisation et une allocation efficaces des ressources. Les données centrées sur la personne doivent être accessibles sur le lieu des soins pour faciliter la prise de décision rapide par les prestataires de santé pour chaque patient. Des données récentes issues de la surveillance des infections peuvent aider les programmes à renforcer la détection précoce d'une flambée et à maîtriser les épidémies.

 **Mesure 54 : Systèmes d'information sanitaire concernant le VIH (complète la mesure commune 32).**

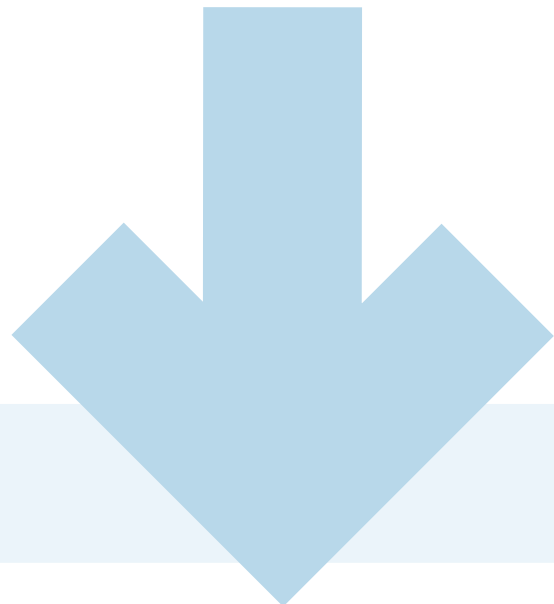
Intégrer les systèmes d'information sanitaire sur le VIH aux systèmes d'information sanitaire plus larges. Les systèmes d'information concernant le VIH devraient être alignés sur les autres systèmes d'information sanitaire, y compris les systèmes basés dans les établissements et la communauté, permettant ainsi l'intégration à d'autres services tels que la lutte contre la tuberculose et les maladies non transmissibles, et les soins de santé primaires de manière générale. Une bonne gouvernance des données est nécessaire pour l'interopérabilité effective entre systèmes et pour veiller à la sécurité, au caractère privé et à la confidentialité des données.

4.5 Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques au VIH pour mobiliser les communautés, les organisations de la société civile et les groupes affectés concernant la sensibilisation, la prestation de services, l'élaboration des politiques et les initiatives visant à améliorer la prestation de services et à combattre les obstacles sociaux et structurels. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 4.

 **Mesure 55 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre le VIH (complète les mesures communes 33 et 34).**

Mobiliser les groupes clés, les personnes vivant avec le VIH, notamment les femmes, et la société civile en favorisant leur autonomie, pour les amener à jouer un rôle accru dans la sensibilisation, la prestation de services, l'élaboration des politiques, le suivi, l'évaluation, et les initiatives visant à combattre les obstacles sociaux et structurels afin d'améliorer la portée, la qualité et l'efficacité des services de santé. Une participation constructive de la communauté, des personnes vivant avec le VIH, notamment des femmes, ainsi que des cinq groupes clés concernés est indispensable pour pouvoir offrir des services efficaces contre le VIH. Les interventions communautaires ciblées accélèrent les efforts visant à atteindre les cas non diagnostiqués et combler les lacunes en matière d'accès aux services. Les communautés vraiment autonomes sont également en mesure de se mobiliser et de participer à l'action collective contre les obstacles sociaux et structurels qui affectent les risques et les vulnérabilités des communautés et leur accès à la santé. Les agents basés dans la communauté, y compris les pairs et les prestataires non spécialisés, jouent un rôle important dans la riposte au VIH, grâce à leur proximité et en assurant la prévention, le dépistage, la distribution de médicaments et un appui général pour l'observance et l'orientation dans le système de santé. Les organisations communautaires produisent également des informations stratégiques qui ne sont pas toujours disponibles par l'intermédiaire des systèmes d'information nationaux sur le VIH, et favorisent et défendent les droits humains.



4.6 Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques au VIH visant à stimuler et diffuser les innovations pour plus d'impact. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 5.

Mesure 56 : Nouvelles technologies de diagnostic et méthodes de dépistage du VIH.

Continuer à améliorer les technologies de diagnostic et les approches de dépistage du VIH afin d'obtenir un diagnostic plus rapide et plus précis et un suivi renforcé des patients. Les autotests et les tests rapides constituent une solution acceptable donnant à un grand nombre de personnes les moyens de se tester elles-mêmes et favorisent un accès plus équitable au dépistage. Afin d'exploiter pleinement les avantages que présentent les autotests, il faudra veiller à garantir leur qualité et offrir des liens avec des tests de confirmation et avec les services contre le VIH de manière générale. La multiplication de technologies simples, fiables et d'un prix abordable sur le lieu des soins, ainsi que des innovations propres à favoriser une décentralisation plus poussée du dépistage et du suivi peuvent offrir un moyen d'accès au dépistage et au suivi des patients pour le VIH dans la communauté et les zones plus reculées. Des plateformes de diagnostic polyvalentes ou intégrées pour le diagnostic combiné du VIH et de comorbidités, comme la tuberculose, l'hépatite virale et la syphilis, permettront d'augmenter l'efficacité des services et d'améliorer la qualité des soins. De même, les approches génomiques modernes applicables à toute une série d'autres agents pathogènes devraient être encouragées. Alors que de nombreuses initiatives sont en cours pour favoriser les innovations dans ce domaine, le renforcement de la collaboration et de la recherche, appuyé par l'OMS et ses partenaires, permettra d'accélérer les choses et d'offrir des solutions nouvelles à de nouveaux groupes, notamment les enfants, le plus rapidement possible.

Mesure 57 : Nouvelles options pour la prévention antirétrovirale.

Étendre de manière appropriée à l'ensemble des personnes affectées et exposées à l'infection par le VIH et des groupes à risque des options de prévention efficaces fondées sur les antirétroviraux au moyen d'une collaboration renforcée avec les partenariats de recherche-développement, les communautés et le secteur privé. Si les avantages d'un traitement préventif sont compris depuis longtemps, les options utilisant cette technologie qui sont offertes aux femmes restent limitées. Un anneau vaginal libérant un antirétroviral, que l'OMS a recommandé sous certaines conditions en 2021 offre une solution supplémentaire dans le cadre d'un ensemble complet de services aux adolescentes et aux femmes qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas suivre une prophylaxie préexposition orale. Des recherches en cours visent à déterminer l'innocuité et les cas d'utilisation de substances biologiques (anticorps neutralisants à large spectre), de formulations orales et injectables à action prolongée, d'implants sous-cutanés et de dispositifs transdermiques à micro-aiguille et, à terme, d'outils préventifs à usages multiples. La recherche doit inclure tous les groupes – notamment les femmes enceintes et allaitantes, les adolescents, les enfants et les personnes atteintes de co-infections – et évaluer les cas d'utilisation de la prophylaxie postnatale. Des produits prophylactiques préexposition à action prolongée peuvent offrir des choix aux personnes qui ne veulent pas suivre un schéma de prophylaxie préexposition par voie orale ou ont du mal à le faire, et la recherche doit tenir compte des problèmes et des possibilités associés à l'utilisation des mêmes nouvelles technologies et nouvelles classes de médicaments pour le traitement et la prévention.

Mesure 58 : Utilisation optimisée des antirétroviraux.

Appuyer la recherche sur les doses et formulations optimales d'antirétroviraux qui réduisent le plus possible la toxicité et les interactions médicamenteuses et diminuent les coûts. D'importants progrès ont été réalisés dans la mise au point de formulations et de schémas antirétroviraux de première intention, mais des innovations sont nécessaires pour mettre au point des schémas thérapeutiques de deuxième et de troisième intention simples et robustes. La recherche sur les doses et formulations optimales de nouveaux médicaments qu'ils soient antirétroviraux ou non devrait viser à déterminer les schémas efficaces tout en réduisant le plus possible la toxicité, les interactions médicamenteuses et les coûts. Il faut appuyer la recherche sur les formulations pédiatriques optimales et mettre au point des médicaments et schémas thérapeutiques plus efficaces pour la prévention et la prise en charge des principales co-infections et autres comorbidités. Pour ce domaine d'innovation, il faudra tenir compte de ce qu'implique la convergence des recherches à but préventif et thérapeutique, offrant de multiples possibilités d'exploiter les deux pour évaluer le dosage, la toxicité, l'innocuité, les résultats chez l'enfant et chez la femme enceinte ou allaitante, le suivi de la pharmacorésistance du VIH et la structuration des marchés.

Mesure 59 : Vaccins contre le VIH.

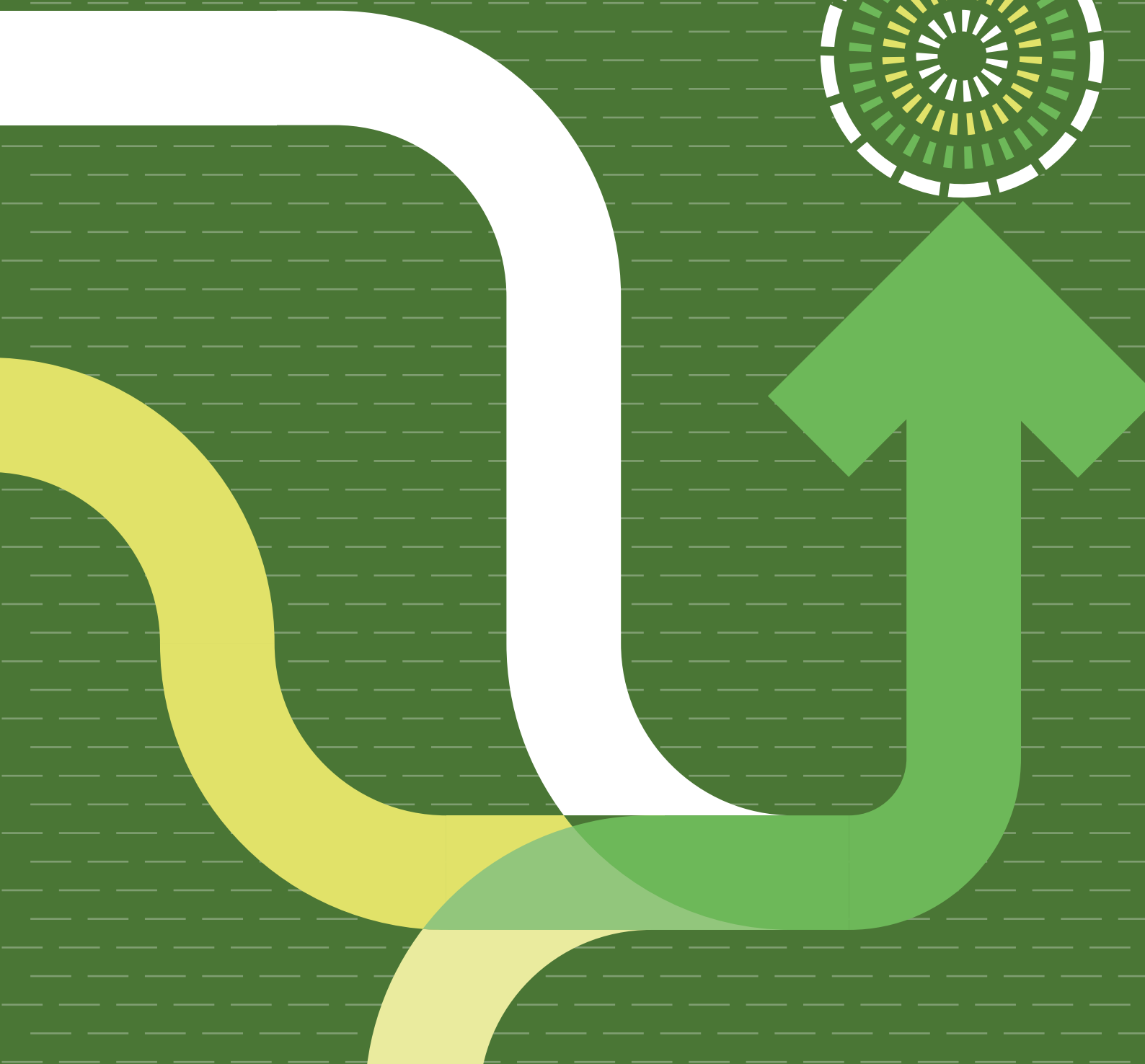
Promouvoir la mise au point d'un vaccin contre le VIH en encourageant les investissements en faveur des efforts en vue d'un vaccin viable, ainsi que leur visibilité, notamment en renforçant la collaboration avec les partenariats de recherche-développement, le secteur privé et les communautés. La recherche sur un vaccin préventif et thérapeutique et les efforts visant à trouver un remède fonctionnel pour les personnes vivant avec le VIH restera une composante clé du programme de recherche sur le VIH, tenant compte notamment des enseignements tirés de l'utilisation efficace de la technologie à ARN messenger dans les vaccins contre la COVID-19.

Mesure 60 : Guérison du VIH.

Encourager la visibilité des efforts visant à déboucher sur un remède viable contre le VIH et les investissements en leur faveur en renforçant la collaboration avec les partenariats de recherche-développement, les communautés et le secteur privé. Avant l'apparition de la COVID-19, il était largement accepté par la communauté scientifique que la mise au point d'un remède efficace contre le VIH permettant la guérison prendrait encore des dizaines d'années – en allant bien au-delà de l'horizon 2030 de la stratégie. Avec la rapide accélération de la disponibilité de produits pendant la pandémie de COVID-19 (mise au point d'anticorps neutralisants à large spectre), les perspectives à plus brève échéance sont de nouveau d'actualité, notamment pour ce qui est d'un remède fonctionnel ou de la rémission à long terme. Il est donc primordial de renforcer les investissements en faveur de la recherche d'un remède fonctionnel contre le VIH et la visibilité de ce projet, en veillant aussi à ce que les essais cliniques sur les premiers schémas curatifs potentiels couvrent d'emblée les situations où les ressources sont limitées.

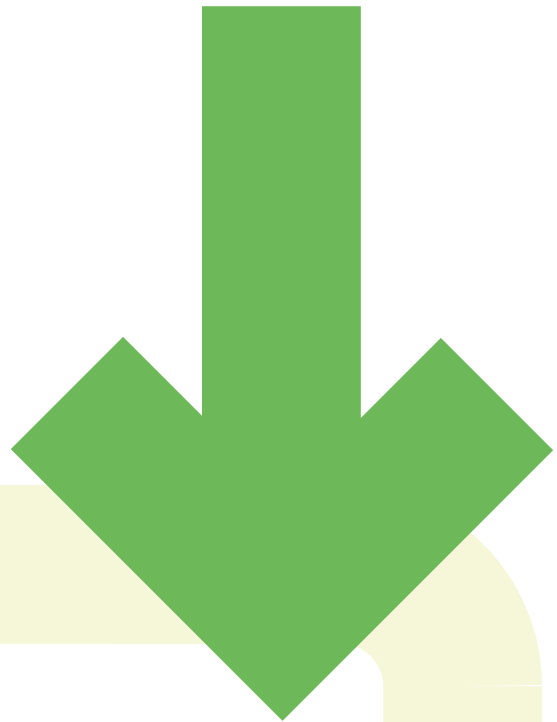
5

Hépatite virale



On trouvera dans le présent chapitre la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale. Tout en reconnaissant l'importance de l'hépatite A⁴⁰ et de l'hépatite E⁴¹, toutes deux à l'origine d'une maladie aiguë, la stratégie met principalement l'accent sur l'hépatite B et C chronique.

Ces deux infections, qui peuvent conduire à une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire, sont à l'origine de 96 % de tous les décès dus à l'hépatite virale. Une co-infection ou une surinfection à l'hépatite D accélère la progression de l'hépatopathie chronique, mais uniquement chez les personnes atteintes d'hépatite B. Ce chapitre expose les principaux changements stratégiques et opérationnels nécessaires pour éliminer l'hépatite B et C chronique comme menace pour la santé publique d'ici à 2030 (Encadré 5.1), assortis de cibles, d'interventions et d'innovations prioritaires. Les mesures spécifiques à l'hépatite présentées dans ce chapitre, à prendre par les pays, devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures des pays communes aux trois ensembles de maladies visées au chapitre 3.



⁴⁰ Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins contre l'hépatite A : juin 2012, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/241938/WER8728_29_261-276.PDF?sequence=1&isAllowed=y.

⁴¹ The Global Prevalence of Hepatitis E Virus Infection and Susceptibility: A Systematic Review. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70513/WHO_IVB_10.14_eng.pdf?sequence=1, consulté le 31 décembre 2021).

Encadré 5.1
PRINCIPALES RÉORIENTATIONS
STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELLES
NÉCESSAIRES POUR ÉLIMINER L'HÉPATITE
B ET C COMME MENACE POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE D'ICI À 2030 :

- sensibiliser davantage l'opinion et les responsables politiques à l'importance de la prévention, du dépistage et du traitement de l'hépatite B et C
- allouer à la lutte contre l'hépatite B et C davantage de ressources financières qui pourront prendre la forme de fonds incitatifs extérieurs et de fonds nationaux visant notamment à intégrer la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite B et C dans le cadre des prestations de santé essentielles des pays
- améliorer l'accès universel à la vaccination à la naissance contre l'hépatite B et les services de dépistage chez la femme enceinte afin de prévenir la transmission verticale (mère-enfant)
- veiller à un appui continu en faveur : de la prévention primaire, notamment en améliorant l'innocuité des injections et des actes médicaux ; de mesures de prévention complètes, propres à réduire en particulier les effets nocifs de l'usage de drogues injectables, et d'autres mesures fondées sur des données probantes ; et de la vaccination contre l'hépatite B du nourrisson et des groupes à risque
- améliorer sensiblement l'accès au dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C pour atteindre les personnes vivant avec une hépatite chronique due à l'infection par le virus de l'hépatite B ou C, plus de 80 % et 90 % des cas respectivement n'étant pas actuellement diagnostiqués
- améliorer sensiblement l'accès aux traitements en renforçant les services communautaires et en établissant actuellement disponibles
- promouvoir des modèles de prestation de services simplifiés prévoyant notamment : la décentralisation du dépistage et du traitement de l'hépatite B et C vers des établissements de santé à un niveau inférieur, y compris celui des soins primaires ; leur intégration à d'autres services tels que les services de réduction des effets nocifs et les services contre le VIH ; et la répartition des tâches en faisant dispenser les soins et les traitements par des non-spécialistes et par le personnel infirmier
- combattre les obstacles auxquels se heurtent les groupes les plus affectés et les plus exposés
- renforcer la participation de la communauté et de la société civile et les partenariats novateurs
- appliquer le programme de recherche en privilégiant la mise au point de stratégies de traitement curatif contre l'hépatite B et d'un vaccin préventif contre l'hépatite C.





5.1 Cibles concernant l'hépatite virale

Le Tableau 5.1 ci-dessous indique les indicateurs et cibles d'impact et de couverture programmatique, ainsi que les jalons concernant l'hépatite virale.

Tableau 5.1 Indicateurs d'impact et de couverture, cibles et jalons concernant l'hépatite virale d'ici à 2030

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Impact	Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans ^b	0,94 %	0,5 %	0,1 %
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B	1,5 million de nouveaux cas 20 pour 100 000	850 000 nouveaux cas 11 pour 100 000	170 000 nouveaux cas 2 pour 100 000
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C	1,575 million de nouveaux cas 20 pour 100 000	1 million de nouveaux cas 13 pour 100 000	350 000 nouveaux cas 5 pour 100 000
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection	8 pour 100	3 pour 100	2 pour 100
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite B	820 000 décès 10 pour 100 000	530 000 décès 7 pour 100 000	310 000 décès 4 pour 100 000
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite C	290 000 décès 5 pour 100 000	240 000 décès 3 pour 100 000	140 000 décès 2 pour 100 000
Couverture	Hépatite B – pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite B diagnostiquées/ diagnostiquées et traitées	30 %/30 %	60 %/50 %	90 %/80 %
	Hépatite C – pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite C diagnostiquées/ diagnostiquées et guéries	30 %/30 %	60 %/50 %	90 %/80 %

^a Dernières données à fin 2020. Certaines cibles se fondent sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions de services dues à la COVID-19. Les cibles pour 2025 ne devraient pas être affectées par la COVID-19. Toutes les données seront ventilées par âge, par sexe et, le cas échéant, par groupe clé et groupe cible pour l'infection.

^b Les cibles dans ce tableau sont des cibles mondiales ; les pays devront les adapter pour fixer leurs propres cibles en fonction du contexte national. Par exemple, dans certains pays, la cible pour la prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez l'enfant de moins de 5 ans peut être fixée à moins de 0,1 % ou de 0,2 %, même si la cible mondiale est de 0,1 %.

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Couverture	Pourcentage des nouveau-nés qui ont bénéficié d'une dose de vaccin contre l'hépatite à la naissance en temps opportun et d'autres interventions visant à prévenir la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant ^c	50 %	70 %	90 %
	Couverture de l'enfant par le vaccin contre l'hépatite B (troisième dose)	90 %	90 %	90 %
Couverture (suite)	Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par usager de drogues injectables ^d	200	200	300
	Sécurité transfusionnelle – proportion des dons de sang ayant fait l'objet de tests de dépistage des maladies transmises par le sang	95 %	100 %	100 %
	Sécurité des injections – proportion des injections médicales sécurisées	95 %	100 %	100 %
Jalons	Planification – nombre de pays disposant de plans chiffrés pour l'élimination de l'hépatite	À déterminer	30	50
	Surveillance – nombre de pays notifiant la charge de morbidité et la cascade d'interventions sur une base annuelle	130	150	170
	Accès aux médicaments contre l'hépatite C – réduction moyenne des prix en pourcentage (par rapport aux prix des génériques équivalents d'ici à 2025)	20 %	50 %	60 %
	Accès aux médicaments contre l'hépatite B – réduction moyenne de la moyenne des prix en pourcentage (alignée sur les prix des médicaments contre le VIH d'ici à 2025)	20 %	50 %	60 %
	Élimination de la transmission verticale (mère-enfant) – nombre de pays où l'élimination de la transmission verticale du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis a été validée	15	50	100
	Élimination – nombre de pays où l'élimination de l'hépatite C et/ou de l'hépatite B a été validée	0	5	20
	Intégration – pourcentage des personnes vivant avec le VIH ayant subi un test de dépistage/et guéries de l'hépatite C	À déterminer	60 %/50 %	90 %/80 %

^c En outre, la proportion des nourrissons de moins de 12 mois ayant reçu la troisième dose du vaccin contre l'hépatite B devrait aussi être mesurée, de même que d'autres indicateurs de la prévention de la transmission verticale comme la prophylaxie et les tests de dépistage maternels.

^d Dans le cadre d'une stratégie globale de réduction des effets nocifs et conformément aux priorités nationales.

5.2 Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne

On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires spécifiques à l'hépatite virale à prendre par les pays dans le cadre de la chaîne de services de prévention, de diagnostic, de soins et de traitement de la maladie. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 1. Leur prestation doit être adaptée aux besoins des différents groupes affectés et selon les différents contextes épidémiologiques (Encadré 5.2).

Encadré 5.2

GROUPE AFFECTÉS PAR L'HÉPATITE VIRALE CHRONIQUE

Les groupes affectés par l'hépatite virale varient considérablement selon les pays. Dans bien des régions, les épidémies d'hépatite B et C touchent la population dans son ensemble, mais aussi certains groupes à risque chez qui la prévalence est plus élevée ou qui présentent des antécédents d'exposition et/ou de comportements à haut risque d'infection. Il s'agit notamment de certains groupes mobiles et de migrants originaires de pays d'endémie forte ou moyenne, de groupes autochtones ou de groupes présentant des antécédents d'exposition ou de comportements à haut risque d'infection surtout par le virus de l'hépatite C, comme les consommateurs de drogue par injection, les personnes détenues en prison ou dans d'autres milieux fermés, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes vivant avec le VIH et les enfants dont la mère est atteinte d'hépatite B ou C chronique, surtout si elle vit avec le VIH.

Parmi les groupes qui doivent particulièrement retenir l'attention dans de nombreux pays

figurent les personnes exposées à des produits sanguins contaminés et à des injections ou à d'autres actes médicaux effectués dans des conditions d'hygiène laissant à désirer. Dans les contextes à forte prévalence d'hépatite B, la transmission verticale (mère-enfant) est le mode de transmission le plus fréquent, de même que l'infection pendant la petite enfance chez les non-vaccinés. Les consommateurs de drogue par injection sont très exposés à l'hépatite virale, et surtout à l'hépatite C. Dans des contextes particuliers, certains groupes, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, peuvent être particulièrement exposés à une transmission sexuelle de l'hépatite B ou C. Les personnes déplacées à la suite d'un conflit ou d'une crise humanitaire peuvent être exposées à l'hépatite A et E en raison de leurs conditions de vie et d'un accès insuffisant à l'eau potable et à des aliments salubres. Une attention particulière doit être vouée aux personnes atteintes d'hépatopathie avancée ou de diverses comorbidités – tuberculose, VIH, abus d'alcool ou de drogues et maladies non transmissibles par exemple – susceptibles d'accroître la morbidité et la mortalité.

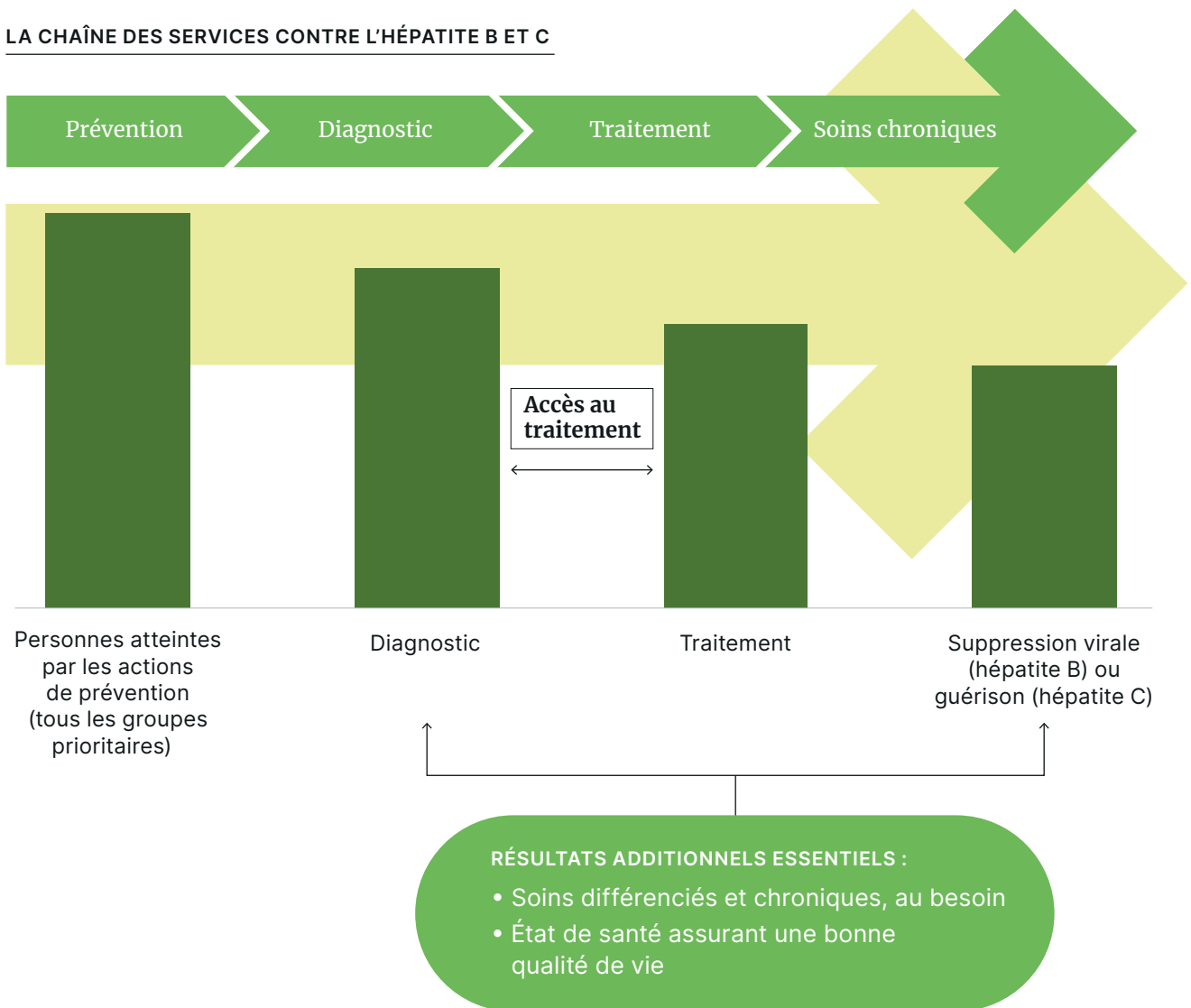


5.2.1 Prestation de services contre l'hépatite virale

Mesure 61 : Chaîne des services de prise en charge de l'hépatite virale.

Fournir une chaîne ininterrompue de services de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite virale. La chaîne de services contre l'hépatite virale offre un cadre structurant pour la mise en œuvre d'interventions essentielles répondant à l'ensemble des besoins de la population. Les services devraient être structurés de manière à assurer rapidement le début du traitement, ainsi qu'un maximum de continuité et d'observance thérapeutique. La cascade de continuité des soins devrait être suivie pour repérer les domaines appelant des améliorations programmatiques (Figure 5.1).

Figure 5.1 La cascade des services de prise en charge de l'hépatite B et C



Mesure 62 : Ensembles d'interventions contre l'hépatite virale.

Définir un ensemble d'interventions essentielles fondées sur des données probantes et sur le contexte de chaque pays et adaptées aux besoins des différents groupes et situations. Chaque pays doit définir un ensemble d'interventions essentielles contre l'hépatite virale tout au long de la chaîne de services, en vouant une attention particulière aux besoins spécifiques des services de santé contre l'hépatite B et C. Le choix des interventions doit être fondé sur des données, des bases scientifiques, les bonnes pratiques et les contributions de la communauté et tenir compte de la charge de morbidité, de l'équité, de l'efficacité, du coût, de l'acceptabilité et de la faisabilité. L'ensemble d'interventions devrait être aligné sur les prestations de la couverture sanitaire universelle et lié aux soins de santé primaires, si possible et selon qu'il conviendra.

Mesure 63 : Transmission verticale des virus de l'hépatite B et C (complète la mesure commune 3).

L'élimination de la transmission verticale (mère-enfant) de l'hépatite B appelle une approche complète comprenant l'adoption universelle de la vaccination contre l'hépatite B (dose à la naissance et vaccination du nourrisson), en plus du dépistage systématique de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez toutes les femmes enceintes et d'une prophylaxie antivirale offerte celles qui répondent aux critères. Les femmes enceintes exposées à l'hépatite C ou vivant dans des contextes où la maladie est endémique devraient subir un test de dépistage de l'hépatite C afin de pouvoir bénéficier des soins et du suivi appropriés pour elles-mêmes et leur enfant. Le traitement contre l'hépatite C n'est pas actuellement recommandé pendant la grossesse, mais le dépistage chez la femme enceinte dans les zones d'endémie ou chez les sujets à risque peut permettre de recenser les cas et d'assurer l'orientation en vue de soins et d'un traitement.

Mesure 64 : Vaccins contre l'hépatite virale (complète la mesure commune 3).

Mettre en œuvre un programme de vaccination universel du nourrisson contre l'hépatite B dans le cadre du programme national de vaccination afin de réduire les nouvelles infections par le virus de l'hépatite B. La vaccination du nourrisson contre l'hépatite B permet aussi de prévenir l'hépatite D et l'augmentation de la couverture vaccinale du nourrisson réduira la morbidité et la mortalité due à l'hépatopathie chronique. Une dose de rattrapage est également recommandée chez les adolescents et les groupes adultes cibles non vaccinés, y compris les contacts au sein d'un même foyer de personnes vivant avec l'hépatite B, les agents de santé et les transfusés qui reçoivent fréquemment des dons de sang ou d'autres produits sanguins. Des vaccins efficaces existent aussi pour prévenir des infections aiguës d'hépatite A en cas de flambée, en association avec d'autres mesures préventives en fonction du contexte national. Des données plus complètes sont nécessaires en ce qui concerne l'utilisation systématique du vaccin contre l'hépatite E lors de flambées.

Mesure 65 : Dépistage de l'hépatite virale.

Mieux faire prendre conscience de la nécessité du dépistage de l'hépatite B et C, étendre l'accès aux tests au moyen d'approches efficaces centrées sur la personne et orienter les personnes dépistées vers des traitements et des soins. Le diagnostic fragmentaire de l'hépatite virale reste un obstacle important à son élimination en tant que menace pour la santé publique. Des politiques et lignes directrices nationales sur l'hépatite virale devraient définir des stratégies de dépistage pour l'ensemble de la population et les groupes à haut risque, en fonction de l'épidémiologie de la maladie dans le pays et les services devraient être bien adaptés aux besoins des groupes affectés dans différents contextes. Les campagnes auprès du public devraient être nettement intensifiées pour sensibiliser les groupes d'endémie et les groupes à risque, ainsi que les agents de santé à l'importance du dépistage. En offrant le dépistage et la vaccination contre l'hépatite B aux contacts au sein d'un même foyer d'une personne testée positive lorsque cela se justifie, on peut prévenir les nouveaux cas d'infection et améliorer le diagnostic précoce d'infections non reconnues. Il faut aussi mieux faire prendre conscience des co-infections ou des surinfections d'hépatite D en cas d'infection chronique par le virus de l'hépatite B, surtout là où ces co-infections sont fréquentes. Les groupes fortement touchés par

l'hépatite C, comme les consommateurs de drogue par injection et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, devraient être testés en priorité, y compris au moyen d'autotests, et des efforts devraient être consentis pour repérer les cas de réinfection chez les sujets ayant des comportements à haut risque. Dans de nombreux pays, il faudra renforcer la capacité des systèmes de laboratoire et prendre les mesures voulues pour intégrer les plateformes de dépistage aux approches transpathologiques (y compris les plateformes moléculaires) et veiller à l'approvisionnement fiable de produits de diagnostic de qualité garantie (préqualifiés par l'OMS) ainsi qu'à la notification rapide des résultats des tests.

Mesure 66 : Traitement de l'hépatite virale.

Offrir un traitement contre l'hépatite B et C chronique à tous les adultes, adolescents et enfants qui en ont besoin, surtout au stade avancé de la maladie, en veillant à ce que les schémas thérapeutiques les plus efficaces soient accessibles à un prix abordable à tous les groupes. Des antiviraux efficaces contre l'hépatite B et C permettent de réduire considérablement la morbidité et la mortalité, y compris chez les personnes vivant avec le VIH. Si un traitement est recommandé pour l'ensemble des adultes, adolescents et enfants âgés de trois ans ou plus atteints d'une hépatite C chronique, une minorité seulement des cas d'hépatite B chronique auront besoin d'un traitement sur la base des critères actuels d'éligibilité au traitement à long terme. Les personnes vivant avec une hépatite virale chronique doivent être évaluées pour déterminer l'atteinte du foie avant la mise sous traitement afin d'assurer une prise en charge appropriée. Un suivi continu s'impose dans les cas d'hépatite B chronique qui ne sont pas encore sous traitement, afin de déterminer quand celui-ci devrait démarrer. On a obtenu des taux de guérison supérieurs à 95 % avec des schémas antiviraux pangénotypiques oraux à action directe contre l'hépatite C chronique. Un traitement oral efficace à base d'analogues nucléosidiques existe contre l'hépatite B chronique, même s'il doit en général être suivi à vie. Les lignes directrices de l'OMS pour le traitement de l'hépatite B et C chronique préconisent une approche de santé publique simplifiée.

Mesure 67 : Soins chroniques contre l'hépatite virale.

Répondre aux besoins en matière de soins chroniques et de qualité de vie associés à l'hépatite virale grâce à des approches centrées sur la personne et en utilisant des modèles de prestation de services qui tiennent compte des comorbidités de manière intégrée. L'hépatite virale chronique peut nécessiter la prise en charge de toute une série de problèmes sanitaires et psychosociaux. Outre la cirrhose du foie et le carcinome hépatocellulaire, on observe des manifestations extrahépatiques de l'infection, résistance à l'insuline et diabète notamment. La consommation d'alcool, l'hypertension et l'obésité peuvent compliquer l'hépatite B et C chronique et accélérer l'atteinte du foie. Il est recommandé de procéder à une évaluation de la consommation d'alcool dans tous les cas d'hépatite virale chronique en proposant des interventions comportementales visant à réduire ou stopper la consommation d'alcool.

Il arrive que l'hépatite B ou C chronique soit accompagnée de co-infections comme le VIH ou, dans le cas de l'hépatite B chronique, l'hépatite D. La plupart des personnes vivant avec le VIH et l'hépatite B suivent des schémas antirétroviraux agissant aussi contre l'hépatite B. La surinfection par l'hépatite D peut provoquer chez les cas d'hépatite B une hépatite chronique grave et accélérer l'atteinte du foie. Un meilleur accès au dépistage de l'hépatite D est donc important, surtout dans les pays où le virus est endémique, même si les options de traitement restent limitées et coûteuses.

Les personnes vivant avec l'hépatite B, notamment en cas de fibrose hépatique prononcée et de succès d'un traitement curatif contre l'hépatite C, ont souvent besoin d'une prise en charge prolongée d'une hépatopathie avancée, surtout une cirrhose décompensée, et d'un dépistage et d'une prise en charge du carcinome hépatocellulaire. Les options de traitement – thérapie endoscopique, résection chirurgicale, chimiothérapie et greffe du foie – étant limitées dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, il est d'autant plus important de prévenir la progression de la maladie et d'offrir des soins palliatifs et en fin de vie de bonne qualité.



► **Mesure 68 : Prévention, traitement et prise en charge de l'hépatite virale chez l'enfant et l'adolescent (complète les mesures communes 3 et 4).**

Prévenir toute nouvelle infection par le virus de l'hépatite B et C chez l'enfant et répondre aux besoins en matière de suivi à long terme, de traitement et de soins des enfants et adolescents touchés. Dans de nombreux contextes, notamment dans la Région africaine de l'OMS, la couverture vaccinale contre l'hépatite B à la naissance et chez le nourrisson laisse encore à désirer. Plus de 4,7 millions d'enfants de moins de cinq ans vivent avec le virus de l'hépatite B chronique et ont besoin d'un suivi continu pour détecter rapidement la progression de la maladie. On estime que 3,26 millions d'enfants et d'adolescents sont infectés par le virus de l'hépatite C et les programmes nationaux de dépistage et de traitement, ainsi que les stratégies d'élimination, devraient répondre à leurs besoins. L'OMS recommande désormais le traitement contre l'hépatite C des adolescents et des enfants de trois ans ou plus fondé sur les mêmes schémas antiviraux à action directe approuvés pour les adultes. Cette prise en charge devrait comprendre des services adaptés aux besoins des adolescents offrant aussi un soutien psychosocial et assurer la lutte contre la stigmatisation des enfants et adolescents vivant avec l'hépatite B ou C.

5.2.2 Interventions contre l'hépatite virale pour améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines sanitaires

► **Mesure 69 : Hépatite B et C chronique et cancer primitif du foie (complète la mesure commune 9).**

Renforcer l'intégration et les liens entre les mesures de prévention et de prise en charge de l'hépatite virale chronique et du cancer primitif du foie. En l'absence d'un traitement efficace contre l'hépatite B ou C chronique, on estime que dans 20 % à 30 % des cas l'infection évolue vers une cirrhose avec risque de cancer. Le cancer du foie reste une des principales causes de mortalité liée à l'hépatite B ou C et le dépistage systématique du cancer primitif du foie doit d'urgence être amélioré chez les personnes atteintes d'hépatite B et C chronique exposées à une évolution de la maladie. Des liens doivent également être établis entre les services contre l'hépatite virale et les efforts de lutte contre le cancer – prévention et traitement compris.


5.3 Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenaires pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires spécifiques à l'hépatite virale visant à renforcer la prestation des services de santé et d'autres fonctions du système de santé, y compris la collaboration multisectorielle. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 2.

► **Mesure 70 : Services décentralisés et différenciés contre l'hépatite virale (complète les mesures communes 18 et 19).**

Décentraliser les services de prise en charge de l'hépatite virale et offrir des soins différenciés pour apporter les services appropriés à des personnes dont les besoins sont différents. Les interventions contre l'hépatite B et C ont traditionnellement été assurées par des services relevant du secteur tertiaire au niveau hospitalier et par des spécialistes. Pour éliminer l'hépatite, il faudra : adopter une approche de santé publique en utilisant des protocoles de prestation de services simplifiés, y compris le dépistage et le traitement décentralisés vers les établissements de santé de niveau inférieur, notamment les soins primaires, les services de réduction des effets nocifs et les établissements de détention, en offrant si possible le dépistage et le traitement au même endroit pour faciliter les interconnexions ; intégrer les services de dépistage et de traitement de l'hépatite virale aux soins de santé primaires existants et aux soins contre le VIH, à la réduction des effets nocifs et aux soins en milieu carcéral ; et faire dispenser les soins et les traitements par des non-spécialistes, y compris des médecins et personnels infirmiers en soins primaires avec le soutien des pairs et des agents chargés de l'orientation des patients dans certaines structures. La prestation de services différenciés favorise les soins centrés sur la personne et optimise l'utilisation des ressources du système de santé en adaptant les services aux besoins


spécifiques. C'est ainsi que les patients non symptomatiques ou dont l'état est cliniquement stable pourront être pris en charge par les services de soins primaires et de proximité, alors que les cas d'hépatopathie avancée pourront avoir besoin d'un appui clinique plus intensif et d'un soutien psychosocial et de santé mentale supplémentaire.

 **Mesure 71 : Financement de la lutte contre l'hépatite virale (complète la mesure commune 23).**

Mettre en œuvre des stratégies visant à augmenter les investissements en faveur de la lutte contre l'hépatite virale, en faisant appel à la fois au financement intérieur et aux fonds actuels des donateurs et en redoublant d'efforts pour trouver des moyens de financement novateurs propres à promouvoir l'action. Si les principales interventions de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite B et C sont économiquement rentables dans la plupart des contextes et pour la majorité des groupes, la santé publique manque encore cruellement de fonds pour assurer la riposte à l'hépatite virale. À ce jour, l'aide publique au développement dont a bénéficié la lutte contre l'hépatite virale a été nettement insuffisante. Il est important de veiller à ce que les services de prise en charge fassent partie de l'ensemble des prestations nationales essentielles de santé bénéficiant d'un financement adéquat et reposant sur des mesures coordonnées en vue de la couverture sanitaire universelle et de l'établissement de plateformes de soins de santé primaires ; d'optimiser l'utilisation des ressources en intégrant les services, en réduisant les coûts et en améliorant l'efficacité ; et de poursuivre l'application de stratégies de réduction des coûts. Les pays doivent saisir les occasions d'élaborer des argumentaires d'investissement fondés sur des données probantes visant à intégrer des interventions contre l'hépatite virale dans les programmes de prestations de santé essentielles et les stratégies visant à accroître le financement de la lutte contre l'hépatite doivent être associées aux efforts plus larges visant à augmenter les investissements pour la santé de manière générale afin de pouvoir renforcer les services de santé prioritaires en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

 **Mesure 72 : Produits de santé essentiels contre l'hépatite virale (complète la mesure commune 24).**

Veiller à un accès équitable et fiable à des médicaments, produits de diagnostic et autres produits sanitaires abordables et de qualité garantie contre l'hépatite virale. Dans de nombreux contextes, le manque de produits de diagnostic peu coûteux pour le dépistage et la prise en charge clinique de l'hépatite B et C ainsi que les capacités de laboratoire insuffisantes contribuent aux faibles taux de dépistage et aux résultats cliniques insatisfaisants. Si le prix des tests de dépistage rapide de l'hépatite B et C est généralement peu élevé, les tests moléculaires d'ARN pour l'hépatite C et les tests d'ADN pour l'hépatite B restent coûteux comparativement aux coûts du traitement, ce qui constitue un obstacle majeur à l'extension du diagnostic et du traitement. Une formulation générique pour le traitement de l'hépatite B est largement disponible à un prix abordable dans de nombreux pays, même si des obstacles à l'homologation ont empêché son utilisation dans certains d'entre eux. Le traitement de l'hépatite C par des antiviraux à action directe est bien toléré et permet de guérir la maladie. Les principaux obstacles à un meilleur accès au traitement sont le financement intérieur insuffisant, les coûts élevés associés aux marges dans la chaîne d'approvisionnement, la fragmentation de la demande et les commandes de quantités limitées. Des stratégies complètes doivent être poursuivies pour améliorer la disponibilité du diagnostic et du traitement de l'hépatite virale à un prix plus abordable, notamment en encourageant la concurrence de produits génériques et la transparence du marché, en facilitant la prompte homologation des produits et en exploitant les options d'achat stratégiques.

 **Mesure 73 : Personnels de santé affectés à la lutte contre l'hépatite virale (complète la mesure commune 25).**


Augmenter les compétences générales des personnels de santé concernant le dépistage et le traitement de l'hépatite virale. De nombreuses interventions essentielles de prévention de l'hépatite virale sont intégrées aux services de santé généraux, y compris les programmes de vaccination de l'enfant, la sécurité des produits sanguins et des injections, la sécurité sanitaire des aliments, l'eau et l'assainissement et les interventions sanitaires et thérapeutiques, comme la réduction des effets nocifs de l'injection de drogues. De plus en plus, le dépistage et le traitement sont intégrés à la prise en charge clinique des maladies infectieuses et aux



soins chroniques dans le cas des maladies non transmissibles. Dans tous les contextes, y compris en soins de santé primaires, les agents de santé devraient avoir de bonnes connaissances concernant les facteurs de risque liés à l'hépatite virale, la prévention et la prise en charge de la maladie et l'ensemble des interventions essentielles, posséder les compétences nécessaires pour prendre en charge les cas adultes et pédiatriques d'hépatite chronique et les groupes à risque et avoir été formés aux comportements non stigmatisants et non discriminatoires. Face au risque de transmission de l'hépatite virale dans les structures de soins formelles et informelles, tous les agents de santé devraient bénéficier de programmes complets sur la sécurité et la santé au travail, y compris la vaccination systématique contre l'hépatite B, pour être protégés contre un risque élevé d'exposition à l'hépatite B ou C. Les systèmes de santé doivent consentir un effort d'investissement en faveur du renforcement des capacités, de la formation continue, du mentorat et de l'encadrement pour aider le personnel non spécialisé, y compris le personnel médical et infirmier en soins primaires, et pour dispenser les soins et les traitements contre l'hépatite B et C.


5.4 Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques à l'hépatite virale visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des données, ainsi que la responsabilisation en rapport avec leur usage. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 3.

 **Mesure 74 : Suivi des données centrées sur la personne concernant l'hépatite virale** (complète les mesures communes 30 et 31).

Étendre le suivi centré sur la personne concernant l'hépatite virale afin d'appuyer des services spécifiques à la maladie centrés sur la personne. Les systèmes existants de suivi centré sur la personne pour la prévention, le dépistage et le

traitement, y compris concernant le VIH, peuvent être exploités pour suivre les services contre l'hépatite tout au long de la chaîne. Si le suivi au niveau individuel est impossible, par exemple pendant les premières phases de l'expansion d'une riposte contre l'hépatite virale, on pourra utiliser des données non ventilées pour évaluer les cascades de soins. Les analyses de données ventilées, par exemple selon le lieu où la condition socioéconomique, sont importantes pour améliorer la qualité et l'équité.

 **Mesure 75 : Systèmes d'information sanitaire concernant l'hépatite virale** (complète la mesure commune 32).

Investir en faveur des systèmes d'information sur l'hépatite virale et mieux les intégrer aux systèmes généraux d'information sanitaire. Les systèmes d'information sur l'hépatite virale sont complexes, car ils doivent renseigner à la fois sur les infections nouvelles ou aiguës, les infections chroniques et les séquelles entraînant morbidité et mortalité. Il faut parfois compter 20 à 30 ans entre le moment où survient l'infection par le virus de l'hépatite B ou C et le décès consécutif à la maladie et par ailleurs les données sont captées par différentes parties du système de santé : les systèmes d'information sur l'hépatite virale devraient donc être intégrés et permettre la triangulation des données à des fins d'analyse. Le renforcement de la surveillance et du suivi de l'hépatopathie avancée et du carcinome hépatocellulaire est particulièrement important pour déterminer les progrès réalisés et permettre à l'OMS de valider l'élimination de l'hépatite virale. Des systèmes d'information sanitaire intégrés sont également nécessaires pour la triple élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B et en vue de l'amélioration des liens avec d'autres systèmes comme les données d'état civil, les registres du cancer, le statut vaccinal et la santé sexuelle et reproductive en vue de la validation de l'élimination de l'hépatite B et C en tant que menace de santé publique.

5.5 Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques à l'hépatite virale visant à mobiliser les communautés, les organisations de la société civile et les groupes affectés concernant la sensibilisation, la prestation de services, la prise de décisions politiques et les initiatives pour améliorer les services et surmonter les obstacles sociaux et structurels. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 4.


 **Mesure 76 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre l'hépatite virale** (complète la mesure commune 33).

Associer les personnes vivant avec l'hépatite virale et les communautés et leur apporter un soutien afin qu'elles jouent un rôle central dans les efforts visant à éliminer l'hépatite virale par la sensibilisation, l'élaboration des politiques, la recherche, la prestation de services, le suivi et l'évaluation. La participation constructive des personnes vivant avec l'hépatite virale, des communautés et de la société civile qui favorise la sensibilisation au problème de l'hépatite B et C, ainsi qu'une riposte équitable à l'hépatite virale sont essentiels pour combattre efficacement la stigmatisation, la discrimination, la marginalisation sociale et la violence liée au genre auxquelles sont exposées les personnes vivant avec la maladie et les personnes à risque. La stigmatisation et la discrimination prennent des formes différentes face à l'hépatite B et à l'hépatite C et doivent être traitées comme des problèmes distincts. Certains obstacles peuvent être surmontés en adaptant les modèles de prestation de services existants afin de répondre aux besoins des groupes touchés. D'autres appellent parfois une réévaluation et une modification de la législation, de la réglementation et des politiques qui limitent l'accès aux services de santé. La discrimination fondée sur un diagnostic d'hépatite peut limiter les possibilités

d'emploi et entraver l'accès aux services de santé ou l'amélioration de la qualité de vie. Les adolescents, les jeunes, les migrants issus de pays à forte charge de morbidité due à l'hépatite et d'autres groupes clés se heurtent souvent à des obstacles juridiques ou politiques qui entravent l'accès aux services contre l'hépatite virale.

5.6 Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques à l'hépatite virale visant à stimuler et à diffuser l'innovation pour plus d'impact. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 5.

 **Mesure 77 : Nouvelles technologies de diagnostic et méthodes de dépistage de l'hépatite virale.**

Continuer à améliorer les technologies de diagnostic et les approches de dépistage pour un diagnostic simplifié, rapide et précis de l'hépatite B et C et le renforcement du suivi des patients. De nombreux cas d'hépatite B et C ne sont toujours pas diagnostiqués ce qui constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs d'élimination. Il faut poursuivre la mise au point et étendre l'utilisation de technologies simples, abordables et fiables sur le lieu des soins pour confirmer la présence d'une virémie du virus de l'hépatite C et évaluer celle du virus de l'hépatite B afin de déterminer si le suivi ou le traitement s'imposent. La disponibilité d'un test pour le diagnostic rapide de l'antigène de la capsid du virus de l'hépatite C représente une autre option potentielle qui favoriserait l'accès au traitement et faciliterait la décentralisation des services. De nombreux projets de recherche en cours visent à établir des plateformes de diagnostic polyvalentes ou intégrées ainsi qu'à offrir des solutions sur le lieu des soins pour un diagnostic combiné du VIH, de l'hépatite virale, des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose. Une collaboration accrue, appuyée par l'OMS et ses partenaires, peut permettre d'avancer plus vite et d'offrir des solutions nouvelles aux pays le plus rapidement possible. En 2021, l'OMS a recommandé les autotests de diagnostic de



l'hépatite C, qui donnent à de nombreux groupes affectés un moyen acceptable d'accès au dépistage. Des activités accrues de recherche-développement de produits sont nécessaires pour évaluer la contribution des autotests de diagnostic de l'hépatite C dans différents groupes et mettre au point des options du même type pour l'hépatite B. Enfin, des moyens fiables d'un prix abordable sur le lieu des soins doivent être élaborés pour évaluer l'étendue des atteintes hépatiques.

Mesure 78 : Optimisation des antiviraux contre l'hépatite B et C.

Appuyer la recherche consacrée aux formulations et aux doses optimales d'antiviraux contre l'hépatite B et C. La mise au point de thérapies à action prolongée contre l'hépatite B et C offre la possibilité de simplifier encore l'ensemble des soins à dispenser et d'améliorer l'observance, la poursuite et les résultats du traitement. Il faut aussi améliorer l'accès à des traitements pédiatriques plus performants ainsi que la recherche sur les options thérapeutiques acceptables et d'un prix abordable contre l'hépatite D.

Mesure 79 : Nouveaux vaccins contre l'hépatite virale.

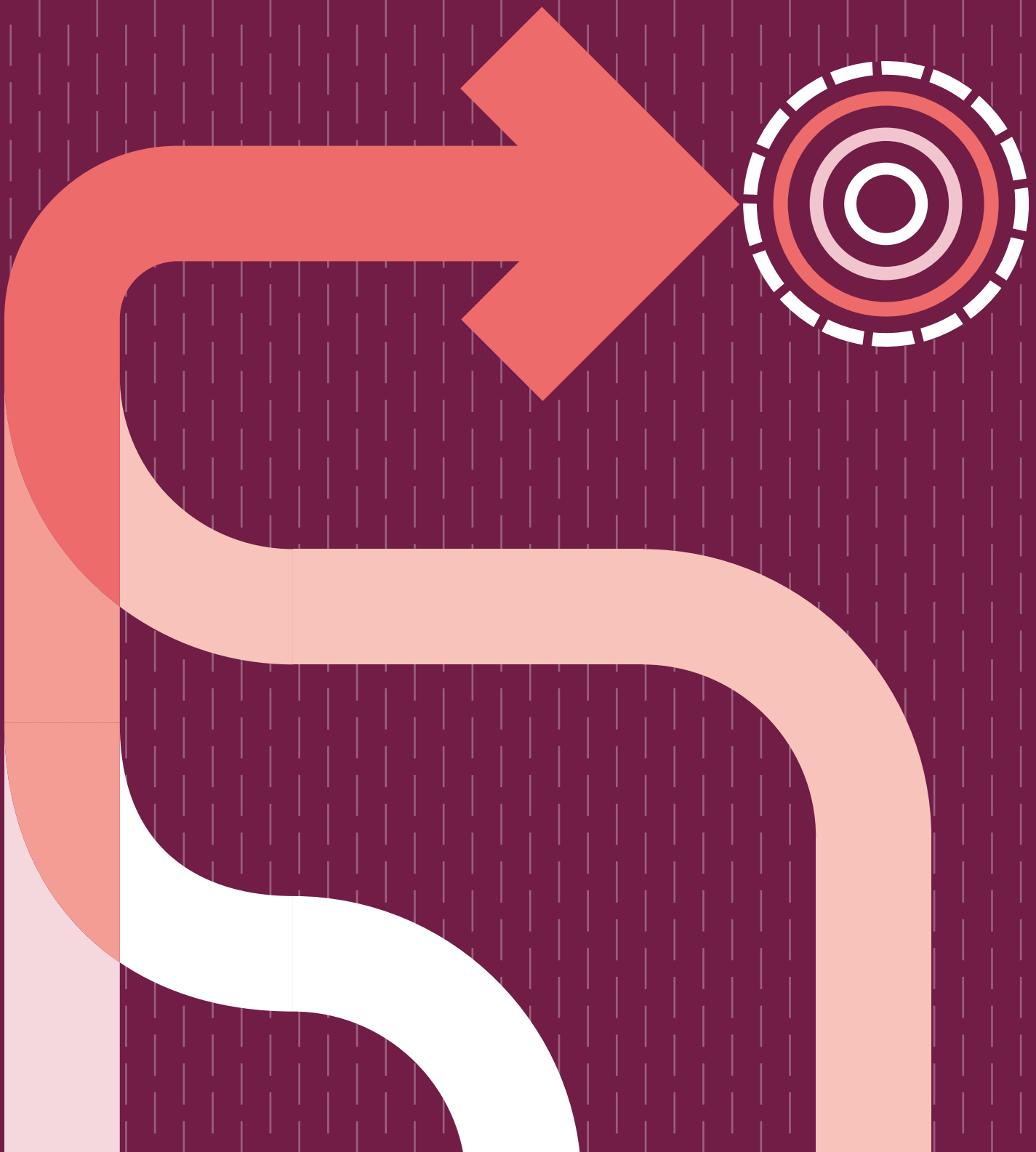
Promouvoir le programme de recherche de vaccins contre l'hépatite C et E en renforçant la collaboration avec les partenariats de recherche-développement, le secteur privé et les communautés. Les efforts visant à élaborer un vaccin efficace contre l'hépatite C représentent toujours une composante importante du programme de recherche sur l'hépatite virale. Un vaccin contre l'hépatite E est couramment utilisé en cas de flambée, mais l'expérience de son utilisation reste limitée en dehors de la Chine à une série de flambées et aux femmes enceintes particulièrement exposées au risque de décès. Des innovations sont également nécessaires concernant l'utilisation de la chaîne à température contrôlée et de dispositifs compacts préremplis et autobloquants pour la vaccination à la naissance contre l'hépatite B afin d'élargir la couverture et d'atteindre les cibles de l'élimination dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Mesure 80 : Recherche en vue de guérir l'hépatite B.

Promouvoir la visibilité des efforts visant à déboucher sur des stratégies curatives viables contre l'hépatite B et les investissements en leur faveur, en renforçant la collaboration avec les partenariats de recherche-développement, le secteur privé et les communautés. Si un remède stérilisant contre l'hépatite B, qui permettrait d'éliminer le virus dans l'organisme, n'est pas actuellement à portée de main, les efforts de recherche continuent à envisager l'élaboration d'un remède fonctionnel simplifiant sensiblement les soins et améliorant nettement l'accès au traitement.

6

**Infections
sexuellement
transmissibles**



On trouvera dans le présent chapitre la stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, et notamment les principaux changements stratégiques et opérationnels nécessaires pour mettre fin aux infections sexuellement transmissibles en tant que problème de santé publique d'ici à 2030 (Encadré 6.1), avec des cibles, des interventions et des innovations prioritaires. Les mesures à prendre par les pays qui y sont décrites sont à mettre en œuvre conjointement avec les mesures communes des pays définies au chapitre 3.

Encadré 6.1

PRINCIPAUX CHANGEMENTS STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELS NÉCESSAIRES POUR METTRE FIN AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE D'ICI À 2030 :

- créer un environnement permettant aux gens de parler de leur santé sexuelle sans se sentir gênés, d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres et de se faire soigner en cas d'infection sexuellement transmissible
- renforcer considérablement la prévention primaire et améliorer l'accès au dépistage des infections sexuellement transmissibles
- améliorer l'accès à une prise en charge des infections sexuellement transmissibles de grande qualité, centrée sur la personne et assurée par des prestataires de services publics, privés et non gouvernementaux
- accroître l'intégration des services contre les infections sexuellement transmissibles aux soins de santé primaires, à la santé sexuelle et reproductive, à la planification familiale, à la santé des adolescents et aux services de lutte contre le VIH
- assurer un financement suffisant des services contre les infections sexuellement transmissibles dans le cadre des mécanismes nationaux de financement de la santé
- renforcer la capacité des systèmes nationaux d'information sanitaire à assurer en temps voulu la collecte et l'analyse de données ventilées devant servir à l'élaboration de politiques de santé et de lignes directrices thérapeutiques ainsi qu'à l'allocation des ressources
- accélérer l'appui à la recherche-développement sur les technologies de prévention, les produits de diagnostic, les moyens thérapeutiques et les vaccins concernant les infections sexuellement transmissibles.

On compte plus d'une trentaine d'agents pathogènes qui sont transmissibles sexuellement et une même personne peut être atteinte par plusieurs infections en même temps. Les infections sexuellement transmissibles ne provoquent pas toujours des symptômes et l'on observe

parfois des périodes asymptomatiques prolongées ; elles peuvent donc être transmises involontairement lors d'un rapport sexuel ou pendant la grossesse. Ces infections touchent de manière disproportionnée les femmes et les filles. En l'absence d'un traitement et selon la nature

de l'infection, elles peuvent avoir à long terme des effets irréversibles voire entraîner une issue fatale – douleurs pelviennes chroniques, cancers, grossesses extra-utérines, stérilité, issues indésirables de la grossesse, mort néonatale et anomalies congénitales, notamment. Certaines de ces infections peuvent également faciliter l'infection par le VIH.

La stratégie du secteur mondial de la santé contre les infections sexuellement transmissibles ne se limite pas à des agents pathogènes spécifiques,

mais reconnaît au contraire la possibilité de les prévenir, diagnostiquer et traiter grâce à des stratégies intégrées du système de santé. Cette approche contribue à des services de santé centrés sur la personne en mettant l'accent sur l'ensemble des besoins individuels de ceux qui sont touchés par une infection sexuellement transmissible ou y sont exposés. Les pays doivent s'attaquer aux facteurs individuels, communautaires et structurels qui contribuent à la propagation de ces infections, en veillant à ce que chacun ait accès à des soins de santé de grande qualité pour prévenir leur transmission et pour traiter et soigner ceux qui en sont atteints, à l'abri de la stigmatisation et de la discrimination.

La syphilis (*Treponema pallidum*), la gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*) et l'infection par le papillomavirus humain sont trois infections de portée mondiale majeure, qui font l'objet d'initiatives mondiales spécifiques.^{42,43,44} Ces infections méritent particulièrement de retenir l'attention en raison de facteurs tels que leur incidence et leur prévalence marquées, la gravité de leurs effets, l'existence d'outils économiques ciblés et le risque de voir apparaître une résistance au traitement. Parmi les autres infections importantes, on peut mentionner la chlamydie (*Chlamydia trachomatis*), la trichomonase (*Trichomonas vaginalis*), le virus de l'herpès simplex et le virus T-lymphotrope humain de type 1 (HTLV-1) (Encadré 6.2).

Encadré 6.2 E VIRUS T-LYMPHOTROPE HUMAIN DE TYPE 1 (HTLV-1)

Le virus T-lymphotrope humain de type 1 (HTLV-1), est un rétrovirus transmis principalement au cours d'un rapport sexuel, notamment par le sperme et les sécrétions vaginales, mais qui peut aussi être transmis par le sang et le lait maternel. Les principaux facteurs de risque de transmission sont les rapports sexuels non protégés, l'usage de drogues injectables et les transfusions sanguines. Le HTLV-1 peut provoquer toute une série de syndromes cliniques, y compris la leucémie à cellules T de l'adulte et la myélopathie associée au HTLV-1/paraparésie spastique tropicale. D'importantes lacunes subsistent concernant l'épidémiologie, l'impact sur la santé publique, la progression de la maladie et les conséquences plus larges sur la santé, notamment la prévention de la transmission et la prise en charge de l'infection. Rares sont les pays qui se sont dotés de politiques, de stratégies, de budgets et de services relatifs à la prévention, au dépistage et au traitement de l'infection à HTLV-1, ainsi qu'aux soins. Les pays peuvent intégrer la prévention et la prise en charge des affections associées au HTLV-1 dans d'autres domaines programmatiques, tels que les services contre les infections sexuellement transmissibles, la prévention et la prise en charge du cancer et les troubles du système nerveux. On peut réduire l'incidence et la morbidité du HTLV-1 en intégrant des mesures de lutte aux interventions actuelles contre les maladies et aux stratégies de santé publique comme la promotion du préservatif et de la sécurité transfusionnelle.

Les cibles mondiales présentées dans la section suivante de la stratégie sont fondées sur des estimations dérivées des données actuelles, qui sont très limitées pour de nombreux pays. L'OMS et ses partenaires techniques doivent continuer d'aider les autorités nationales et les autres parties prenantes à élaborer et à mettre en œuvre des méthodes pratiques de collecte de données sur les infections sexuellement transmissibles.

⁴² Triple elimination initiative of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b>, consulté le 31 décembre 2021).

⁴³ The WHO GASP network. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/initiatives/gonococcal-antimicrobial-surveillance-programme/gasp-network#:~:text=The%20WHO%20Gonococcal%20Antimicrobial%20Surveillance%20Programme%20%28GASP%29%20is,%20antimicrobial%20susceptibility%20in%20gonorrhoea%20in%20participating%20countries>, consulté le 31 décembre 2021).

⁴⁴ Cervical Cancer Elimination Initiative. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>, consulté le 31 décembre 2021).



6.1 Cibles concernant les infections sexuellement transmissibles

Le Tableau 6.1 ci-dessous présente les indicateurs et les cibles d'impact et de couverture programmatique, ainsi que les jalons concernant les infections sexuellement transmissibles.

Tableau 6.1 Indicateurs d'impact et de couverture, cibles et jalons concernant les infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Impact	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis, de gonorrhée, de chlamydiae et de trichomonase ^b chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	374 millions	<300 millions	<150 millions ^c
	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	7,1 millions	5,7 millions	0,71 million
	Nombre annuel de nouveaux cas de gonorrhée chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	82,3 millions	65,8 millions	8,23 millions
	Nombre annuel de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes	425	<200	<50
	Pourcentage de filles complètement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans	14 %	50 %	90 %
Couverture	Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénatals qui ont subi un dépistage de la syphilis/été traitées en cas de test positif	66 %/78 % ^d	>85 %/>90 %	>95 %/>95 %
	Pourcentage des membres de groupes prioritaires ^e qui ont subi un dépistage de la syphilis/été traités en cas de test positif	Pas de données/ Pas de données	>80 %/>90 %	>90 %/>95 %
	Pourcentage des membres de groupes prioritaires ^e qui ont subi un dépistage de la gonorrhée/été traités en cas de test positif	Pas de données/	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%

^a Dernières données à fin 2020. Toutes les données seront ventilées selon l'âge – y compris pour les adolescents si elles sont disponibles – le sexe et, le cas échéant, les groupes cibles concernant la maladie.

^b Infections sexuellement transmissibles curables.

^c Les cibles pour 2025 reflètent une réduction de 20 % de l'incidence des 4 maladies (par rapport à la situation en 2020) et les cibles pour 2030 une réduction de 90 % du nombre de nouveaux cas de syphilis et de gonorrhée ainsi qu'une réduction de 50 % du nombre de nouveaux cas de chlamydiae et de trichomonase d'ici à 2030.

^d Estimations de 2016.



	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cibles – 2025	Cibles – 2030
Couverture	Pourcentage des femmes ayant subi un test de dépistage performant du cancer du col de l'utérus à 35 ans puis à nouveau à 45 ans/	>20 %/>90 %	>90 %/>95 %	> 70% / > 90%
Couverture (suite)	Nombre de pays signalant une résistance aux antimicrobiens de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> au Programme OMS de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens	36 %	>60 %	>70 %
Jalons	Planification – Nombre d'États Membres de l'OMS ayant mis à jour leur plan national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles au cours des 5 dernières années	44 % ^f	>70 %	>90 %
	Politiques – Nombre d'États Membres de l'OMS ayant mis à jour leurs lignes directrices pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles au cours des 3 dernières années	Données non disponibles ^f	>70 %	>90 %
	Surveillance – Nombre de pays dotés de solides systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles ^g		>50 %	>90 %

^a Chaque pays définit les groupes prioritaires devant subir un test de dépistage, à savoir notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et les personnes vivant avec le VIH.

^f Estimation basée sur les 112 pays qui ont fourni des informations sur les plans stratégiques nationaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les directives nationales de traitement des infections sexuellement transmissibles mis à jour au cours des cinq dernières années, figurant dans le rapport intitulé « Assessment of country implementation of the WHO global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016-2021): results of a national survey ».

^g Un système solide de surveillance des infections sexuellement transmissibles intègre quatre compétences de base : la notification des cas ; une évaluation régulière de la prévalence chez les femmes en soins prénatals, les hommes et les groupes prioritaires ; un examen annuel régulier des causes des syndromes d'infections sexuellement transmissibles et les données symptomatiques corrigées de la sous-déclaration ; et la surveillance de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antimicrobiens.

6.2 Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne


On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires à prendre par les pays pour rendre les services contre les infections sexuellement transmissibles de grande qualité plus largement disponibles et accessibles. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 1. Leur prestation doit être adaptée aux besoins des groupes les plus touchés dans chaque contexte épidémiologique (Encadré 6.3).

Encadré 6.3

GROUPES CONCERNÉS EN PRIORITÉ PAR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les systèmes de santé doivent chercher à atteindre avant tout certains groupes particuliers afin d'obtenir des progrès équitables contre les infections sexuellement transmissibles, en tenant compte des différences concernant l'incidence et la prévalence, les comportements sexuels et les contextes locaux. Dans de nombreux cas, on retrouve parmi les groupes prioritaires les adolescents des deux sexes, les jeunes, les travailleurs du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transgenres, les personnes vivant avec le VIH, les personnes atteintes d'autres infections sexuellement transmissibles et les femmes enceintes. Parmi les autres groupes particulièrement exposés aux infections sexuellement transmissibles dans de nombreuses situations figurent les victimes de violences liées au genre, les autochtones, les enfants et les jeunes sans-abri, les personnes touchées par les conflits et les troubles civils, ainsi que les handicapés.

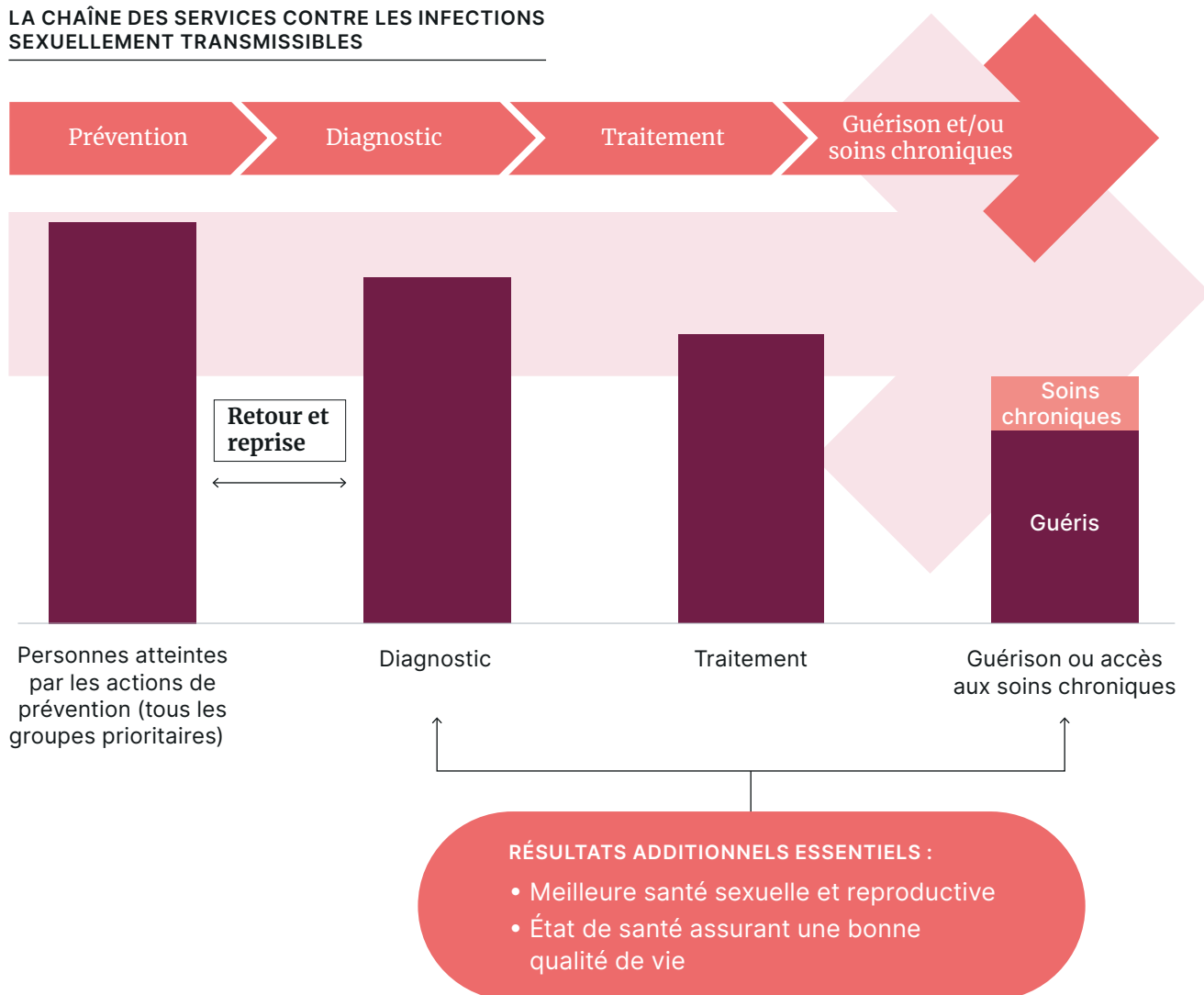
6.2.1 Prestation de services contre les infections sexuellement transmissibles

 **Mesure 81 : Chaîne des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles.**

Offrir une chaîne complète de services contre les infections sexuellement transmissibles dans le contexte de la promotion de la santé et du bien-être sexuels pour répondre aux besoins. La chaîne complète de services contre les infections sexuellement transmissibles offre un cadre structurant pour la mise en œuvre d'interventions essentielles répondant globalement aux besoins en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins. Dans le cas des infections sexuellement transmissibles, la chaîne des services comporte deux axes reflétant les différences entre les infections traitables et curables et les infections qui dureront toute la vie. Les services de santé devraient être organisés de manière à diagnostiquer et traiter le même jour les cas d'infections curables et à assurer une prise en charge à long terme en cas d'infection à vie. La cascade de prise en charge devrait faire l'objet d'un suivi visant à déterminer comment les cas sont perdus de vue et comment y remédier (Figure 6.1). Les stratégies de diagnostic et de traitement et l'accès à des services d'orientation commodément situés pourront contribuer à optimiser les résultats au niveau individuel et pour la population dans son ensemble.

Figure 6.1 La cascade des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles

LA CHAÎNE DES SERVICES CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



Mesure 82 : Ensembles d'interventions contre les infections sexuellement transmissibles.

Définir un programme d'interventions de base fondées sur des données probantes pour chaque pays et adaptées aux besoins de groupes et de contextes différents. Chaque pays doit définir une série d'interventions essentielles contre les infections sexuellement transmissibles tout au long de la chaîne des services, en vouant une attention particulière aux besoins distincts de services de santé associés à ces infections. Le programme d'interventions devrait être fondé sur les données, les éléments scientifiques, les bonnes pratiques et les observations de la communauté et tenir compte de la charge de morbidité, de l'équité, de l'efficacité, de la résistance, du coût, de l'acceptabilité et de la faisabilité. S'il y a lieu et si cela est possible, il devrait être aligné sur les prestations de couverture sanitaire universelle et relié aux soins de santé primaires.

Mesure 83 : Prévention des infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 1).

Étendre les interventions de prévention primaire adaptées à différents groupes et endroits.

On pourra avoir besoin de différentes options pour la prévention des infections sexuellement transmissibles en fonction de l'âge, du sexe et des circonstances, les risques et les besoins individuels pouvant évoluer au cours de la vie. Les données devraient être analysées pour déterminer comment associer au mieux les interventions préventives concernant différents groupes et endroits, avec un suivi centré sur la personne pour adapter les services aux besoins de la population. Parmi les principales interventions figurent une éducation complète en matière de santé sexuelle et reproductive (comme elle est décrite dans la mesure 1), l'accès aux préservatifs, la prestation de services aux partenaires sexuels (comme elle est décrite dans la mesure 7), la prophylaxie post-exposition lorsqu'elle s'impose, la promotion de la circoncision masculine médicale volontaire, s'il y a lieu, et un traitement suppressif en cas d'infection par le virus de l'herpès simplex.

Mesure 84 : Vaccins contre les infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 1).

Mettre en œuvre un programme complet de vaccination contre le papillomavirus humain et accélérer l'adoption de vaccins contre d'autres infections sexuellement transmissibles à mesure qu'ils sont mis au point. Il existe des vaccins efficaces pour prévenir les infections à papillomavirus humain et leur disponibilité accrue réduira considérablement le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et du pénis et de cancer anal. Plus d'une centaine de pays ont désormais ajouté le vaccin contre le papillomavirus humain à leur stratégie de vaccination, mais il faut augmenter la couverture vaccinale dans les pays et renforcer les stratégies visant à promouvoir la vaccination ciblant les adolescentes. On devrait aborder les problèmes des obstacles à l'adoption de la vaccination et de la réticence face au vaccin. Dans les pays disposant de ressources suffisantes, les programmes de vaccination contre le papillomavirus humain au cours de l'adolescence sont en train d'être étendus aux garçons.

Mesure 85 : Transmission verticale des infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 3).

Prévenir la transmission verticale (mère-enfant) des infections sexuellement transmissibles. Plusieurs infections sexuellement transmissibles,


dont le VIH, la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie, le virus de l'herpès simplex et le HTLV-1, peuvent être transmises verticalement. Pour réduire la transmission verticale, il faudra améliorer l'accès aux services de soins prénatals et veiller à doter les centres de soins prénatals de moyens de prévention et de prise en charge efficaces. Pour prévenir une réinfection par des infections sexuellement transmissibles curables, il faudrait aider les femmes enceintes à notifier leur partenaire sexuel en vue d'un traitement. Dans le cas de la syphilis, si le dépistage et le traitement de la femme enceinte interviennent à un stade précoce au cours de la grossesse, idéalement à l'occasion de la première consultation prénatale, le risque d'une issue défavorable à la naissance est plus faible. Les nourrissons dont la mère syphilitique n'a pas été traitée par la benzathine pénicilline G devront faire l'objet d'un suivi adéquat. Un traitement suppressif contre le virus de l'herpès simplex devrait être envisagé chez les cas suspects d'herpès génital primaire au cours du dernier trimestre de la grossesse afin de prévenir l'herpès néonatal, avec un suivi du nourrisson. En outre, tous les nouveau-nés devraient recevoir une dose du vaccin contre l'hépatite B à la naissance et, dans les cas où un dépistage systématique de la gonorrhée et de la chlamydie chez la mère n'est pas pratiqué, une prophylaxie systématique contre l'ophtalmie néonatale devrait être administrée lors de l'accouchement.

Mesure 86 : Sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles et comportement en matière de demande de soins.

Accroître la sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles et à leurs symptômes et encourager les gens à se faire soigner sans retard. Les activités d'éducation pour la santé dans les établissements de soins, en milieu communautaire et dans d'autres cadres devront chercher à normaliser le dialogue sur la santé sexuelle. Les campagnes d'information et d'éducation adaptées à l'âge devraient adopter des approches positives pour promouvoir la santé sexuelle et apprendre à chacun à prévenir les infections sexuellement transmissibles, à reconnaître les signes et les symptômes et à comprendre l'importance d'un traitement précoce et de la prévention des réinfections. Des activités de promotion de la santé et une éducation ciblée menée par des groupes communautaires sont également nécessaires. Les stratégies de soins autoadministrés, y compris l'autoprélèvement d'échantillons et la télémédecine, peuvent réduire les obstacles qui limitent l'accès aux services contre les infections sexuellement transmissibles.

 **Mesure 87 : Prise en charge des cas symptomatiques d'infections sexuellement transmissibles.**

Assurer une prise en charge efficace et complète des cas d'infections sexuellement transmissibles symptomatiques et prévenir leur transmission ultérieure. Il faut pouvoir accéder à des services de qualité en cas d'infection sexuellement transmissible dans un environnement où l'on se sent à l'aise et dans lequel les soins sont dispensés de manière non discriminatoire et non stigmatisante, notamment dans les établissements de soins de santé primaires, en milieu communautaire et dans les pharmacies. Si possible, le diagnostic devrait être étayé par des tests étiologiques et être notifiés rapidement. De nouveaux modèles pour la prestation de services contre les infections sexuellement transmissibles devraient également être mis en œuvre pour améliorer la qualité et la commodité du diagnostic, des soins et du traitement, notamment la télémédecine, les permanences, les services en pharmacie, l'autodépistage, l'autoprélèvement d'échantillons, les dispensaires mobiles et le traitement rapide des partenaires sexuels. Il faudra mettre à jour régulièrement les lignes directrices nationales de prise en charge des cas fondées sur des données probantes pour tenir compte des progrès en matière de traitement et de diagnostic et de la pharmacorésistance. À mesure que de nouveaux tests de diagnostic fiables, d'un prix abordable et de qualité garantie seront disponibles, ces lignes directrices nationales devront être ajustées en conséquence. La transition de la prise en charge des syndromes à celle des causes de la gonorrhée, de la chlamydie et de la syphilis, ainsi que de la trichomonose là où cela est possible, devrait être étendue avec une couverture élevée des soins de santé primaires.

 **Mesure 88 : Services contre les infections sexuellement transmissibles destinés aux partenaires sexuels (complète la mesure commune 7).**

Mettre en œuvre des stratégies concernant la notification volontaire des partenaires sexuels et les services de suivi qui leur sont accessibles. Les services destinés aux partenaires sexuels peuvent apporter une contribution sensible à la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles et des réinfections. Les services aux partenaires ne devraient intervenir qu'en cas de participation volontaire des intéressés. La confidentialité doit être assurée aussi bien pour le cas indicateur que pour ses partenaires

sexuels. Les stratégies fondées sur des données probantes, comme le traitement accéléré des partenaires sexuels et leur orientation volontaire avec l'assistance du prestataire de soins et les approches pouvant être fondées sur les réseaux sociaux mises en place pour le dépistage du VIH, offrent des possibilités d'atteindre les partenaires sexuels de personnes chez qui d'autres infections sexuellement transmissibles ont été diagnostiquées pour leur offrir des services de prise en charge. Les innovations en matière de recherche des contacts pour la COVID-19, notamment par l'utilisation de plateformes numériques, pourraient également être adaptées pour favoriser les tests volontaires des partenaires et les services qui s'y rapportent.

 **Mesure 89 : Dépistage des infections sexuellement transmissibles dans les groupes prioritaires.**

Élargir l'accès aux services de dépistage des infections sexuellement transmissibles aux groupes prioritaires. Le dépistage des groupes prioritaires et le traitement de tous les sujets infectés permettent d'améliorer la santé individuelle et de réduire la prévalence dans la communauté. Les politiques et lignes directrices nationales en matière d'infections sexuellement transmissibles devraient définir des stratégies de dépistage fondées sur les données épidémiologiques disponibles. Toutes les femmes enceintes devraient subir un test de dépistage du VIH et de la syphilis au moins une fois et le plus tôt possible pendant la grossesse et un dépistage du VIH et de la syphilis devrait être régulièrement effectué dans les groupes prioritaires, notamment chez les personnes suivant une prophylaxie préexposition pour prévenir l'infection à VIH. En outre, les groupes prioritaires devraient dans la mesure du possible subir un test de dépistage des infections gonococciques et chlamydiennes de qualité garantie. Il faudrait envisager des prélèvements sur plusieurs sites anatomiques et la mise en commun des échantillons. Les femmes en âge de procréer devraient subir régulièrement un test de dépistage de l'infection du col de l'utérus conformément aux lignes directrices nationales. Les programmes de dépistage des infections sexuellement transmissibles se heurtent actuellement à la disponibilité limitée de tests de diagnostic précis et peu coûteux réalisés sur le lieu des soins. Des efforts s'imposent pour que les tests de laboratoire concernant les infections sexuellement transmissibles soient plus accessibles et moins coûteux.



➤ **Mesure 90 : Traitement des complications et des séquelles d'infections sexuellement transmissibles.**

Assurer une prévention et une prise en charge appropriées des complications et des séquelles d'infections sexuellement transmissibles. Le diagnostic et le traitement précoces des infections sexuellement transmissibles permettront de prévenir les complications et les séquelles telles que les maladies inflammatoires pelviennes, les grossesses extra-utérines, la neurosyphilis et les infections gonococciques et chlamydiennes disséminées, entre autres. Le diagnostic et le traitement précoces contribuent également à la prévention des cancers causés par certaines infections sexuellement transmissibles comme le papillomavirus humain et le HTLV-1.

➤ **Mesure 91 : Infections sexuellement transmissibles et pharmacorésistance.**

Suivre les formes observées de résistance aux antimicrobiens pour adapter les recommandations et les politiques de traitement. On observe une résistance généralisée à la plupart des médicaments antigonococciques utilisés dans de nombreuses parties du monde. Parmi les autres agents pathogènes d'infections sexuellement transmissibles susceptibles de résister aux antimicrobiens figurent *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*. La résistance aux antimicrobiens est un défi mondial. Les pays devront renforcer et étendre la surveillance et le suivi des échecs thérapeutiques et participer à la mise en place de réseaux régionaux de laboratoires pour effectuer des cultures du gonocoque et des tests de sensibilité aux antimicrobiens. Il faudrait utiliser les données obtenues grâce à la surveillance pour mettre à jour régulièrement les lignes directrices et les politiques nationales de traitement. Il importe aussi de renforcer la réglementation pharmaceutique nationale et les politiques de prescription et de sensibiliser les prestataires de soins et les intéressés, en particulier dans les groupes prioritaires, à l'usage rationnel des antimicrobiens. Les efforts contre la résistance aux antimicrobiens utilisés pour combattre les infections sexuellement transmissibles devraient être alignés sur le plan d'action mondial de l'OMS contre la résistance aux antimicrobiens. 20 Face à la résistance très répandue à la plupart des médicaments utilisés, l'OMS a renforcé le Programme de surveillance antimicrobienne gonococcique en établissant un réseau de laboratoires pour coordonner la surveillance de la résistance aux antigonococciques lié au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.

6.2.2. Interventions contre les infections sexuellement transmissibles visant à améliorer l'intégration et les liens avec d'autres domaines de santé

➤ **Mesure 92 : Liens entre les services contre les infections sexuellement transmissibles et d'autres services de santé (complète les mesures communes 9 et 11).**

Renforcer les liens et la collaboration des services contre les infections sexuellement transmissibles avec d'autres services de santé et leur intégration à d'autres services. La prestation de services contre les infections sexuellement transmissibles parallèlement à d'autres services de santé peut permettre de réduire les coûts et d'améliorer les gains d'efficacité, l'accès aux services et leur utilisation. Compte tenu de la forte morbidité qu'elles provoquent dans divers groupes, il est essentiel d'intégrer les services contre les infections sexuellement transmissibles aux soins de santé primaires. La prévention et la prise en charge des cas devraient être étroitement liées aux services de prévention du VIH, notamment les services communautaires et de proximité destinés aux groupes clés exposés au VIH. L'établissement de liens avec les services de santé des adolescents et les services d'éducation pour la santé à l'école est important pour atteindre les adolescents des deux sexes. Les services contre les infections sexuellement transmissibles devront aussi mettre en place de solides mécanismes d'orientation vers les services d'oncologie. Parmi d'autres domaines dans lesquels les services contre les infections sexuellement transmissibles pourraient être associés à d'autres services figurent notamment la planification familiale, les soins maternels et néonataux, la vaccination, les maladies non transmissibles, la santé mentale et la promotion de la santé, y compris la promotion de la santé sexuelle. Les pays devraient mettre au point des modèles appropriés pour l'intégration et les liens en fonction de leur contexte et des caractéristiques de leur système de santé.

6.3 Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures prioritaires relatives spécifiquement aux infections sexuellement transmissibles visant à renforcer la prestation des services de santé et d'autres fonctions du système de santé, y compris la collaboration multisectorielle. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 2.

▶ **Mesure 93 : Services centrés sur la personne contre les infections sexuellement transmissibles (complète les mesures communes 18 et 19).**

Élargir l'accès aux services contre les infections sexuellement transmissibles centrés sur la personne et leur utilisation. Les cibles de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ne seront atteintes que si les services deviennent plus accessibles aux groupes les plus exposés. Le recours à des modèles de prestation de services simplifiés doit être élargi et plus largement intégré à d'autres services de santé, relatifs notamment aux soins de santé primaires, au VIH, aux soins prénatals et à la santé sexuelle et reproductive. L'extension des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris les services décentralisés dispensés au moyen d'un partage des tâches avec les soins de santé primaires et les services communautaires devrait reposer sur la science de la mise en œuvre. Les systèmes de santé doivent accroître la capacité des services de soins primaires à prévenir et prendre en charge les infections sexuellement transmissibles au même titre que le VIH et l'hépatite virale. Des efforts ciblés sont nécessaires pour associer les hommes et les garçons aux services de lutte contre ces infections au moyen d'interventions répondant à leurs besoins particuliers. Il faut élaborer des modèles de prestation de services pour rendre les services de grande qualité non stigmatisants accessibles et les faire accepter par les groupes prioritaires,

notamment en veillant à ce qu'ils relèvent de la communauté, et pour donner à chacun les moyens de participer activement à la promotion de sa propre santé.

▶ **Mesure 94 : Financement de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 23).**

Mettre en œuvre des stratégies pour accroître les investissements en faveur de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles. S'il existe des interventions visant à les prévenir et à les traiter, les autorités nationales et les organismes extérieurs de développement n'ont pas encore donné la priorité au financement de la riposte de santé publique aux infections sexuellement transmissibles. Les pays doivent définir les possibilités de mobiliser des fonds pour la santé sexuelle et d'intégrer la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles dans des efforts plus larges visant à accroître l'ensemble des investissements en faveur de la santé.

▶ **Mesure 95 : Produits essentiels contre les infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 24).**

Assurer un accès équitable et fiable à des médicaments, des produits de diagnostic, des vaccins, des préservatifs et d'autres produits de santé de qualité garantie à un prix abordable contre les infections sexuellement transmissibles. Les produits nécessaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles devraient être intégrés dans les systèmes nationaux d'approvisionnement et de gestion de l'offre sanitaire afin de garantir le choix des bons produits, leur achat à un prix raisonnable et une livraison efficace. Les systèmes de surveillance des stocks qui jouent un rôle important pour réduire les ruptures de stock devront être liés aux prévisions nationales de l'offre et de la demande. L'approvisionnement groupé et centralisé à l'échelle nationale et régionale peut contribuer à réduire les coûts, à assurer la qualité et à éviter les ruptures de stock. Il est important de fournir des produits de qualité garantie et les pays achetant des produits qui n'ont pas été préqualifiés par l'OMS ou approuvés par un organisme de réglementation rigoureux ont parfois du mal à obtenir des produits de qualité. C'est actuellement le cas concernant la pénicilline, qui est le seul médicament connu permettant de prévenir la syphilis congénitale. L'OMS collabore avec ses partenaires pour assurer la qualité de la pénicilline dans un avenir proche.



▶ **Mesure 96 : Services contre les infections sexuellement transmissibles du secteur privé et des organisations non gouvernementales**

Collaborer avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales pour améliorer l'accès à des services de grande qualité contre les infections sexuellement transmissibles. De nombreux prestataires, y compris le secteur privé et les organisations non gouvernementales, fournissent des services contre ces infections. La décision de s'adresser ou non à ces services et le lieu choisi sont influencés par leur disponibilité ainsi que par l'idée qu'on se fait de la gravité de la maladie et par des considérations comme le coût, la confidentialité, la convivialité et l'efficacité. Les autorités doivent encourager le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires et s'efforcer avec eux de mettre au point des approches et des collaborations novatrices afin d'offrir davantage de campagnes de prévention et un meilleur accès aux vaccins, aux services de laboratoire, aux traitements et aux soins. Les mécanismes permettant d'associer les prestataires privés et non gouvernementaux aux efforts nationaux visant à améliorer les services contre les infections sexuellement transmissibles comprennent le franchisage en matière sanitaire, les partenariats public-privé et la formation spécifique à ces infections donnée aux agents de santé du secteur privé. Les systèmes nationaux d'information sanitaire devraient être renforcés afin d'encourager les prestataires de soins de santé extérieurs au secteur public à partager les données sur la prestation de services et à participer aux systèmes de suivi de la qualité.

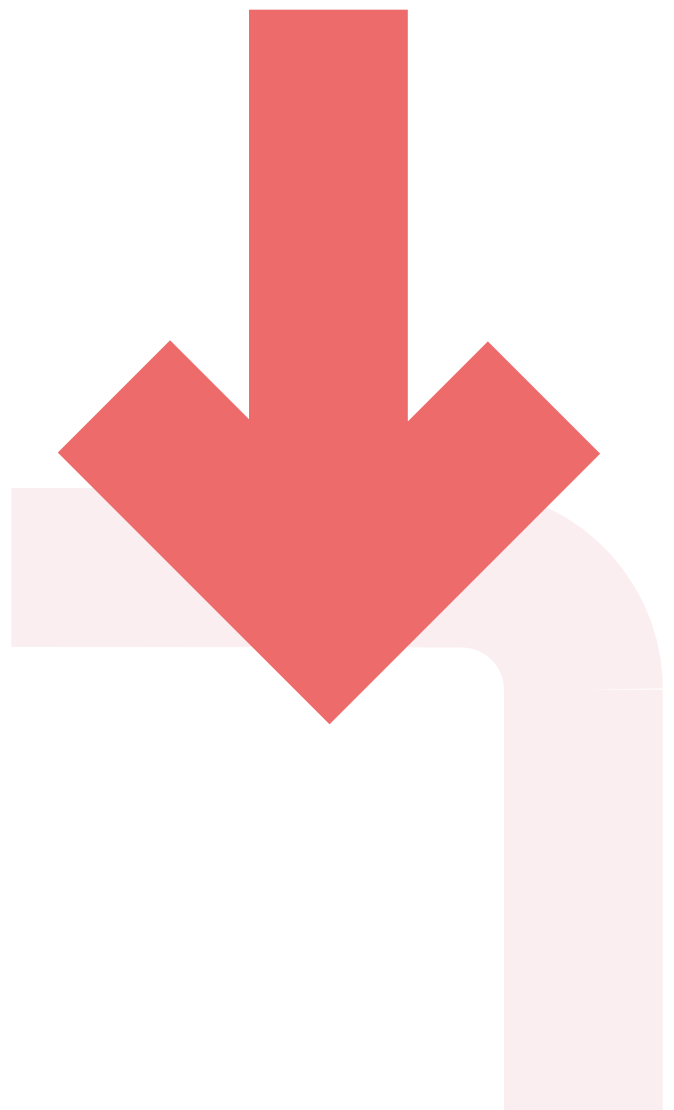
▶ **Mesure 97 : Capacité de laboratoire en matière d'infections sexuellement transmissibles.**

Renforcer la capacité des laboratoires afin d'améliorer la surveillance des infections sexuellement transmissibles et la prise en charge des cas. En raison de la nature souvent asymptomatique des infections sexuellement transmissibles, un diagnostic et un dépistage appropriés en laboratoire sont essentiels. La capacité des laboratoires devrait être renforcée sur la base des systèmes et réseaux de laboratoire existants et des systèmes d'assurance de la qualité pour améliorer la gestion de la clientèle et la surveillance. Leur action doit aussi chercher à comprendre la cause des syndromes et à surveiller la pharmacorésistance. Les conditions applicables aux laboratoires pour les différents niveaux de soins devront être définies et il faudra

les doter d'un personnel qualifié et d'équipements suffisants. Des systèmes d'orientation devront être mis en place pour assurer le transport approprié des échantillons et la notification des résultats en temps voulu.


▶ **Mesure 98 : Personnel de santé affecté à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (complète la mesure commune 25).**

Accroître les compétences de l'ensemble du personnel de santé concernant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. L'éducation et la formation en matière de santé sexuelle de tous les agents de santé doivent être élargies afin de renforcer leur confiance et leurs compétences et de veiller à ce que chacun puisse s'adresser aux services de santé sexuelle dans un environnement sans stigmatisation ou discrimination. Les agents de santé, notamment au niveau des soins primaires et communautaires, devront être formés à la prise en compte des antécédents sexuels et à la prestation de services centrés sur la personne qui soient accessibles, acceptables et appropriés.




6.4 Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action

On trouvera dans cette section une description des mesures propres aux infections sexuellement transmissibles visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation ainsi que la responsabilisation. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 3.

 **Mesure 99 : Systèmes d'information sanitaire concernant les infections sexuellement transmissibles (complète les mesures communes 30 à 32).**

Investir en faveur du renforcement des systèmes d'information sanitaire concernant les infections sexuellement transmissibles et les relier plus efficacement aux systèmes d'information sanitaire plus larges. La surveillance des infections sexuellement transmissibles comporte quatre composantes de base : la notification des cas, le suivi de la prévalence, l'évaluation de la cause des syndromes et le suivi de la résistance aux antimicrobiens. Les efforts de surveillance de ces infections devraient être alignés sur les systèmes nationaux d'information sanitaire. Le renforcement de la surveillance des agents pathogènes et de la pharmacorésistance supposera des investissements en faveur de la collecte et de l'analyse des données et du renforcement de la capacité et de la qualité des laboratoires nationaux. Il faut améliorer la notification systématique des données sur les cas et définir les possibilités d'étendre la surveillance de la déclaration des cas syndromiques, qui ne détecte que les sujets symptomatiques ayant accès au diagnostic et au traitement, pour inclure les sujets asymptomatiques ou qui ne demandent pas de soins. Les données devraient être ventilées selon le sexe, l'âge, la condition socioéconomique, la situation géographique et d'autres caractéristiques pertinentes, y compris en fonction des priorités nationales, afin de suivre l'équité en matière d'accès et de résultats. Les systèmes de

notification devraient aussi recueillir des données sur d'autres résultats sanitaires liés aux infections sexuellement transmissibles, comme la syphilis congénitale.

 **Mesure 100 : Données sur les infections sexuellement transmissibles provenant du secteur privé et de prestataires de services non gouvernementaux.**

Mettre en place des systèmes de suivi pour la collecte de données sur les services contre les infections sexuellement transmissibles fournis et les produits distribués par le secteur privé et les prestataires de services non gouvernementaux. Dans les pays où les laboratoires, les pharmacies et les cliniciens du secteur privé représentent une large part des prestataires de services de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles, il est important de promouvoir la notification régulière de leurs données au système national d'information sanitaire. Il faudrait aussi établir un registre de ces prestataires, prévoir la présentation de rapports normalisés et offrir des définitions de cas et des outils types, ainsi que des mécanismes adéquats pour assurer la qualité des données, leur confidentialité, la coordination et les observations en retour afin d'améliorer les services.

6.5 Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie

On trouvera dans cette section une description des mesures visant à associer les communautés, les groupes touchés et les parties prenantes de la société civile à la sensibilisation, à la prestation de services, à l'élaboration des politiques et aux initiatives visant à combattre les obstacles sociaux et structurels qui contribuent aux infections sexuellement transmissibles. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 4.





Mesure 101 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre les infections sexuellement transmissibles (complète les mesures communes 33 et 34).

Mobiliser et soutenir les organisations communautaires et de la société civile, modifier les modèles de prestation de services de santé et apporter des réformes juridiques pour prévenir la stigmatisation, la discrimination et d'autres obstacles sociaux qui entravent l'accès individuel aux services contre les infections sexuellement transmissibles et le respect des droits humains. Les représentants des communautés touchées de manière disproportionnée, y compris les jeunes et les représentants des groupes clés et d'autres communautés stigmatisées et victimes de discriminations devraient être associés à la conception, à la promotion, à la mise en œuvre et au suivi des services contre les infections sexuellement transmissibles ainsi qu'à la promotion d'un soutien accru à ces services. Les approches de prestation de services par la communauté assurent à chacun un plus grand choix d'interventions, notamment en matière de prise en charge de sa propre santé, par exemple en appuyant le recours à l'autoprélèvement d'échantillons concernant les infections sexuellement transmissibles courantes. En tirant parti des stratégies de participation communautaire et d'autonomisation dans le domaine du VIH, les systèmes de santé devraient renforcer le rôle des communautés et des prestataires de services communautaires en tant que partenaires dans la promotion de la santé sexuelle. La participation de la communauté et de la société civile joue un rôle clé dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles peuvent être confrontées. Certains de ces obstacles peuvent être surmontés en adaptant les modèles existants de prestation de services de manière à répondre aux besoins des groupes concernés. D'autres peuvent nécessiter la révision et la réforme de certaines lois, réglementations et politiques qui limitent l'accès aux services de santé. Les organisations de la société civile et les autres parties prenantes qui s'efforcent déjà de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH devraient être encouragées à intégrer à leur action l'attention vouée aux infections sexuellement transmissibles.

6.6 Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact

On trouvera dans cette section une description des mesures spécifiques visant à favoriser et à diffuser les innovations pour avoir plus d'impact contre les infections sexuellement transmissibles. Les mesures décrites ici devraient être mises en œuvre conjointement avec les mesures communes pertinentes visées au chapitre 3, sous l'orientation stratégique 5.



Mesure 102 : Approches novatrices pour la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Définir, évaluer et généraliser les meilleures pratiques en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles. De nouveaux modèles et produits de prévention sont nécessaires pour élargir l'éventail des interventions disponibles et répondre aux besoins individuels, concernant notamment les vaccins, la prophylaxie post-exposition et les technologies de prévention polyvalentes qui associent la contraception à la protection contre les infections sexuellement transmissibles et contre le VIH. Les progrès obtenus dans les services de prévention du VIH, tels que la prestation de services communautaires et de services destinés aux partenaires sexuels, devront également être évalués afin de déterminer leur utilité pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et de les étendre selon qu'il conviendra. Les réseaux sociaux et d'autres moyens d'information jouent un rôle croissant dans la diffusion de l'information sanitaire et il faudrait évaluer les possibilités offertes et les défis à surmonter à cet égard concernant les services contre les infections sexuellement transmissibles.

▶ **Mesure 103 : Nouveaux vaccins contre les infections sexuellement transmissibles.**

Encourager les investissements en faveur de la recherche et des essais cliniques sur des vaccins contre les infections sexuellement transmissibles, notamment en renforçant la collaboration avec le secteur privé et les communautés. La mise au point de vaccins est un élément clé du programme de recherche sur les infections sexuellement transmissibles. La recherche vise notamment à mieux comprendre la pathogenèse, l'immunité et les corrélats de la protection contre diverses infections. Les outils réglementaires devront être renforcés pour que les vaccins homologués contre les infections sexuellement transmissibles puissent être mis sur le marché à l'échelle et en temps voulus et il faudrait mettre en place les mécanismes nécessaires pour assurer une distribution équitable des vaccins aux personnes exposées au risque d'infection. Les données issues d'études observationnelles montrent que les vaccins contre le sérotype B de *Neisseria meningitidis* offrent une certaine protection contre *Neisseria gonorrhoeae* et des essais contrôlés randomisés sont en cours. Des essais cliniques sont en cours pour évaluer les vaccins thérapeutiques contre le virus de l'herpès simplex, de même que des essais cliniques précoces concernant l'infection chlamyidienne. Des essais précliniques sont en cours pour mettre au point des vaccins contre d'autres infections sexuellement transmissibles, y compris des vaccins prophylactiques contre le virus de l'herpès simplex et la gonorrhée.

▶ **Mesure 104 : Nouvelles stratégies de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles.**

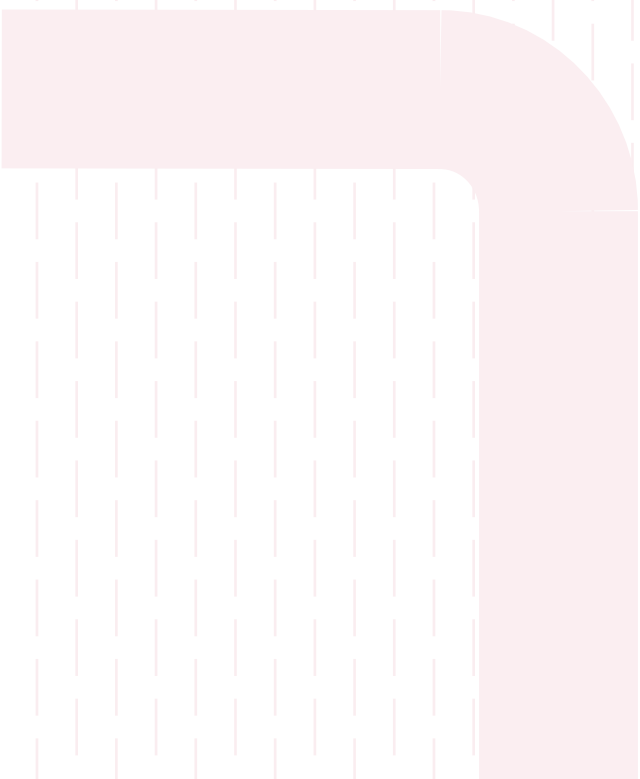
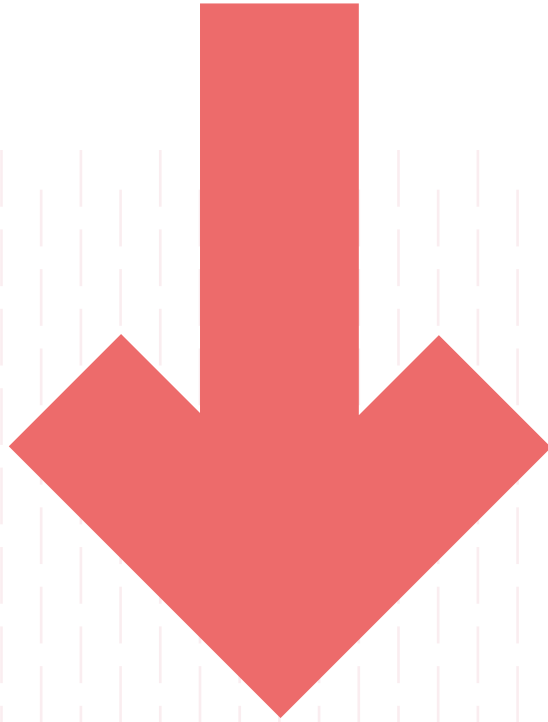
Appuyer l'élaboration et l'évaluation de nouvelles stratégies de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Il est urgent de pouvoir disposer de plateformes multiplex rapides à un coût abordable permettant de diagnostiquer simultanément plusieurs agents pathogènes et de technologies fiables sur le lieu des soins à l'intention des établissements n'ayant pas accès à un laboratoire ou uniquement un accès limité. La mise au point de ces tests facilitera le passage du traitement fondé sur les syndromes au traitement fondé sur les causes. Il faut pouvoir disposer de tests rapides et peu coûteux sur le lieu des soins pour diagnostiquer la gonorrhée et la chlamydie et dépister le papillomavirus humain à l'origine du cancer du col de l'utérus ainsi que d'un test rapide peu coûteux capable de distinguer les sujets atteints de

syphilis active des porteurs d'anticorps résiduels. La mise au point d'outils de diagnostic fiables et peu coûteux serait également utile contre le papillomavirus humain et les complications liées aux infections sexuellement transmissibles telles que la syphilis congénitale et les maladies inflammatoires pelviennes. Les tests de diagnostic moléculaire sont également nécessaires non seulement pour le diagnostic d'une infection, mais aussi pour repérer et caractériser rapidement une résistance aux antimicrobiens. Des recherches s'imposent aussi pour améliorer la collecte d'échantillons à partir de divers sites anatomiques s'il y a lieu, de même que des recherches opérationnelles sur la façon d'utiliser de manière optimale ces tests dans divers contextes, notamment dans le cas des autotests.

▶ **Mesure 105 : Nouveaux traitements contre les infections sexuellement transmissibles.**

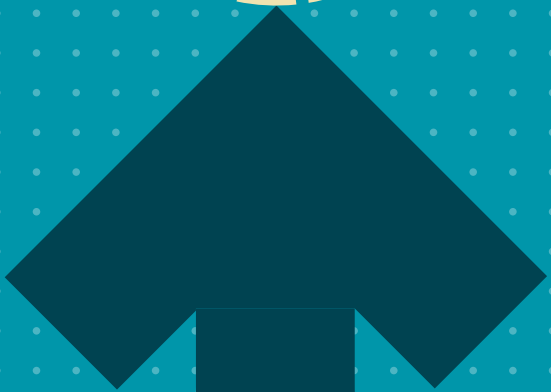
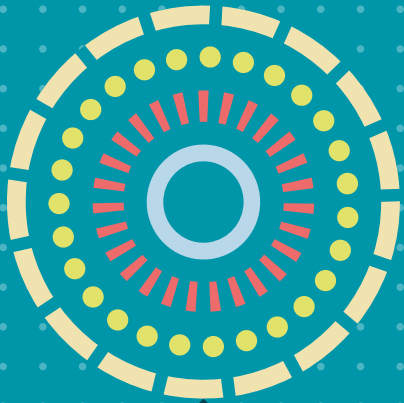
Appuyer la mise au point et les essais cliniques de nouveaux traitements contre les infections sexuellement transmissibles, leurs complications et leurs séquelles. Des recherches sont nécessaires sur de multiples aspects du traitement des infections sexuellement transmissibles, notamment le dosage optimal, les associations et interactions médicamenteuses et les modes d'administration pour améliorer l'accès et l'observance. De nouvelles options de traitement oral peu coûteux et convivial de la syphilis sont nécessaires. Suite à l'apparition d'une résistance au traitement de dernière intention de la gonorrhée et vu le faible nombre de nouveaux médicaments en cours de mise au point, de nouvelles options thérapeutiques antigonococciques doivent d'urgence être mises au point. De nouveaux traitements contre la trichomonase et l'infection à *Mycoplasma genitalium* sont également nécessaires en raison de l'émergence d'une résistance aux antimicrobiens.





7

Mise en œuvre, responsabilisation et suivi



Une mise en œuvre efficace des stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles suppose une direction, des partenariats, une solidarité et une responsabilisation bien affirmés. On trouvera dans ce chapitre un exposé des principales considérations opérationnelles pour la mise en œuvre des stratégies et des mesures que devra prendre l'OMS pour appuyer les efforts des pays et des partenaires ainsi qu'une description du cadre de responsabilisation à adopter.



7.1 Rendre les stratégies opérationnelles

Les stratégies mondiales du secteur de la santé présentent un ensemble complet de mesures visant à orienter les pays et les partenaires afin d'élaborer et de mettre en œuvre une riposte fondée sur des données probantes pour mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles. En reconnaissant les points communs et les différences entre les trois ensembles de maladies, elles préconisent une série de mesures communes et de mesures spécifiques à chacun pour avoir un maximum d'impact qui sont fondées sur des approches harmonisées et intégrées, applicables dans un cadre de couverture sanitaire universelle centré sur la personne.

Chaque contexte régional et national particulier déterminera les formes pratiques que prendront la programmation et la prestation de services en vue aussi bien d'atteindre les objectifs communs que de progresser dans la lutte contre chaque ensemble de maladies. Les pays sont encouragés à fonder la prise de décisions sur le contexte national et infranational et sur les besoins de leur population en matière de santé en tenant compte des points forts et des faiblesses du système de santé. L'objectif global devrait être de mettre en œuvre équitablement les interventions les plus rentables ayant l'impact le plus marqué au moyen de modèles de prestation de services différenciés répondant aux besoins de groupes et de cadres distincts. Les pays devront également déterminer dans quelle mesure il convient d'étendre l'harmonisation et l'intégration concernant le VIH, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et d'autres domaines de santé

connexes et concernant les différents niveaux de soins – primaires, secondaires et tertiaires. L'intégration des services doit être adaptée aux conditions locales afin que chacun puisse bénéficier de la continuité des services de santé de manière coordonnée dans les différents points où ils sont dispensés – même à l'extérieur des cadres formels – et en fonction de ses besoins tout au long de la vie. Ces décisions peuvent également évoluer au fil du temps en fonction de la modification des besoins et du contexte sanitaires.

Les politiques au niveau des pays devraient être actualisées pour permettre la mise en œuvre de modèles efficaces de prestation, par exemple en apportant les changements de réglementation qui peuvent s'avérer nécessaires pour reconnaître les agents de santé communautaires comme faisant partie intégrante du système de santé ou les programmes de formation ciblés destinés aux équipes de soins de santé multidisciplinaires. Les pays sont encouragés à exploiter stratégiquement les innovations pour optimiser la prestation de services, par exemple en étendant l'utilisation des technologies numériques pour la santé. L'OMS fournira des orientations et un soutien aux pays pour qu'ils puissent rendre opérationnelles leurs stratégies dans le cadre des processus de planification du secteur national de la santé. Elle appuiera aussi le renforcement des capacités de recherche sur la mise en œuvre afin que les pays puissent adapter au mieux les modèles de prestation de services à leurs besoins, notamment la recherche concernant l'intégration de la prestation de services.

7.2 L'importance des partenariats

De nombreux partenaires de la santé et du développement interviennent aux côtés des ministères de la santé contre les épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles. Or les cibles mondiales ne pourront être atteintes que si tous les partenaires sont associés à un programme commun sous la direction des pays appuyé par l'OMS et ses partenaires, avec une collaboration renforcée entre les systèmes et les secteurs.

Direction nationale : Les stratégies mondiales fournissent la vision et les orientations globales dont les pays ont besoin pour élaborer leurs stratégies nationales visant à mettre fin au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et à faire progresser la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Une mise en œuvre satisfaisante au niveau national suppose une maîtrise et une direction nationale pour fixer les priorités, garantir des ressources durables et assurer une action commune des décideurs, des prestataires de services de santé, des communautés et des autres parties prenantes dans un environnement législatif et social favorable.

Donateurs, organismes de développement, fonds et fondations multilatéraux et bilatéraux : Une approche harmonisée concernant les partenariats aux niveaux mondial, régional et national est essentielle pour progresser plus rapidement, avec une collaboration étroite entre tous les partenaires en vue d'atteindre des objectifs et des cibles communs, de suivre des approches communes fondées sur la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires et d'apporter un appui coordonné à la mise en œuvre. Outre les organismes des Nations Unies, on trouve parmi les principaux partenaires mondiaux qui contribuent à la riposte du secteur de la santé au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; UNITAID ; Gavi, l'Alliance du Vaccin ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida ; et de nombreux autres partenaires bilatéraux. La riposte mondiale à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles a traditionnellement bénéficié de partenariats et de mécanismes de financement moins nombreux que la lutte contre le VIH. La mobilisation et le maintien durable de nouveaux partenariats contre les trois ensembles de maladies seront particulièrement importants

pour accélérer les progrès en vue d'atteindre les objectifs de 2030. Pour mettre fin aux épidémies, il faudra aussi adopter des approches multisectorielles et s'aligner sur les efforts plus larges déployés par les partenaires face aux grands problèmes interdépendants de la santé et du développement.

Société civile et communautés : La société civile et les organisations communautaires ont joué un rôle de premier plan dans la sensibilisation au VIH, la prestation de services et la responsabilisation dès le début de la riposte au VIH. Plus récemment, elles ont également plaidé avec succès en faveur d'actions plus fortes face à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. La pandémie de COVID-19 a incité les organisations communautaires du monde entier à intensifier leurs efforts novateurs pour rapprocher les services de tous ceux qui en avaient besoin dans un environnement fondé sur la confiance. Les initiatives de la société civile et des communautés doivent être encouragées et mieux exploitées pour aider les pays à mettre fin à ces épidémies.

Autres partenaires : Les établissements universitaires et instituts de recherche, les associations professionnelles et les entités du secteur privé jouent eux aussi un rôle important en matière d'innovation, de prestation de services et de sensibilisation dans un paysage sanitaire mondial en mutation. Des mécanismes de coordination s'imposent aux niveaux national et mondial pour favoriser l'alignement entre leurs priorités et celles des autres parties prenantes.



7.3 Le rôle de l'OMS

L'OMS, dont les fonctions essentielles consistent à assurer la gestion de la santé mondiale, à promulguer des normes et des critères fondés sur des données probantes et à fournir une assistance technique aux pays, est particulièrement bien placée pour favoriser les progrès et mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030. Elle intervient aussi aux niveaux les plus élevés pour promouvoir un soutien politique et un financement durable de la santé et défend résolument l'équité, l'égalité des genres et les approches fondées sur les droits dans toute son action. Ces engagements sont inscrits dans sa Constitution et dans la mission de son treizième programme général de travail 2019-2023 visant à « promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables » et ils sous-tendent l'ensemble des travaux de l'Organisation.

L'OMS mettra en œuvre les mesures suivantes à l'appui des mesures à prendre par les pays énoncées aux chapitres 3 à 6 :



Mesure A : Leadership stratégique et partenariats.

Fournir une orientation stratégique mondiale pour les efforts du secteur de la santé visant à mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles, notamment par son leadership, par des partenariats multisectoriels et par la diplomatie de la santé aux niveaux politiques les plus élevés. L'OMS collaborera étroitement avec les États Membres et les partenaires pour renforcer et maintenir l'engagement à mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles dans le cadre des objectifs de la couverture sanitaire universelle. Elle plaidera en faveur d'un financement complet des interventions du secteur mondial de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles dans le cadre des prestations essentielles de la couverture sanitaire universelle en poursuivant des stratégies globales durables. Face aux progrès insuffisants en vue de l'élimination du VIH chez l'enfant, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA lanceront une nouvelle coalition et initiative mondiale pour prendre le relais de l'initiative « Start Free, Stay Free, AIDS Free » 2015-2020 visant à mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes. En raison du nombre croissant d'infections par le VIH dans les groupes clés, l'OMS élaborera une initiative visant à fournir des services complets et différenciés à ces groupes, notamment contre la stigmatisation et la discrimination dans le secteur de la santé. Afin de combler le déficit du financement qui entrave l'intensification de la riposte du secteur de la santé à l'hépatite virale, l'OMS réunira un consortium mondial de partenaires dans le but de mobiliser des fonds pour stimuler les efforts visant à mettre fin aux épidémies d'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique. Pour renouveler les engagements mondiaux en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, elle dirigera une coalition multisectorielle de partenaires, de défenseurs et de communautés touchées en vue d'une meilleure prise de conscience et d'un renforcement de la mobilisation de fonds. Dans toute son action, l'OMS facilitera la participation active de la société civile et des acteurs communautaires – y compris les principaux réseaux et organisations communautaires – à la prise des décisions au niveau des pays et veillera aussi à leur représentation au sein de ses groupes consultatifs techniques. Elle veillera enfin à disposer d'une expertise et d'une capacité particulières en matière de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles au Siège et dans tous les bureaux régionaux pour qu'un soutien soit apporté à l'intention et à l'intérieur des pays où la charge de morbidité est la plus élevée.

Mesure B : Action de sensibilisation et de communication en santé publique.

Assurer une sensibilisation mondiale durable à la nécessité d'une intervention d'urgence pour mettre fin aux trois épidémies, notamment des mesures visant à combler les lacunes de la riposte au VIH, à accélérer l'élan de la lutte contre l'hépatite virale et à relancer la riposte contre les infections sexuellement transmissibles et veiller durablement à un engagement mondial à cet égard. L'OMS soutiendra les efforts mondiaux et nationaux de sensibilisation et de communication concernant la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles en rédigeant des messages de santé publique fondés sur des données probantes pour mieux faire prendre conscience de la charge de morbidité et de l'impact de ces maladies ; combattra la stigmatisation, la discrimination et l'opprobre qui leur sont associées, y compris dans le secteur de la santé ; et aidera à recentrer le discours sur la santé sexuelle et le bien-être plutôt que sur les maladies. L'OMS tirera parti des partenariats avec la société civile, les universités, les chercheurs, les médias et d'autres parties prenantes en vue de leur diffusion. Elle soutiendra les campagnes mondiales, régionales et nationales de sensibilisation et de communication sur la santé, notamment en mettant au point des matériels et outils de base et en élargissant son rayon d'action grâce à l'utilisation des médias numériques et sociaux.

Mesure C : Normes et critères.

Élaborer des normes, des critères et d'autres produits de santé publique mondiaux fondés sur des données probantes dans l'ensemble des domaines thématiques liés au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et promouvoir le recours par tous les pays à des lignes directrices, des outils et des approches de prestation de services actualisés. L'OMS sera à l'avant-garde des efforts scientifiques et techniques en cours en vue de l'élaboration et de l'actualisation de normes, critères et outils mondiaux dans l'ensemble des domaines thématiques liés au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles au moyen d'efforts prompts, résolus et dynamiques d'évaluation de nouvelles données probantes et d'actualisation des orientations normatives. Elle fournira aussi des orientations pratiques pour des approches intégrées face au VIH, à l'hépatite virale, aux infections sexuellement transmissibles et à d'autres préoccupations sanitaires, en privilégiant les démarches centrées sur la personne pouvant être adaptées aux besoins de cadres et de groupes particuliers.

Elle pourra se prévaloir de l'évolution des plateformes numériques pour améliorer l'accès des parties prenantes.

Mesure D : Innovation.

Jouer un rôle de chef de file pour façonner les programmes de recherche mondiaux sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et appuyer la disponibilité et l'application généralisée d'innovations sanitaires efficaces dans tous les pays. L'OMS aidera les pays à tirer parti des percées scientifiques considérables de ces dernières années en matière de vaccins, de diagnostic sur le lieu des soins, de stratégies de traitement curatif et d'approches de prestation de services afin de mettre fin plus rapidement aux trois épidémies. Elle appuiera l'innovation et les recherches en cours en regroupant les gouvernements, les communautés et les partenaires de la recherche-développement afin de fixer les priorités de la recherche, d'établir des normes et des critères pour les bonnes pratiques de recherche et de faciliter l'application des innovations pour offrir des technologies sanitaires abordables et des politiques fondées sur des bases factuelles. L'OMS collaborera également avec les partenaires et les fabricants pour que tous les pays puissent disposer des nouvelles technologies essentielles à un prix abordable dans les meilleurs délais. Elle s'attachera à favoriser la disponibilité et l'utilisation d'innovations fondées sur des données probantes au sein des systèmes de santé en collaborant avec les gouvernements, les partenaires de la recherche et les partenaires financiers et encouragera la coopération Sud-Sud en matière de recherche et d'innovation.

Mesure E : Appui technique.

Fournir un appui technique aux pays concernant l'examen, l'adaptation et la mise en œuvre de la riposte nationale au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et renforcer les soins de santé primaires et les systèmes de santé. L'OMS renforcera son action au niveau des pays en tant que partenaire d'appui technique pour l'élaboration de politiques, la planification stratégique et la mise en œuvre d'une riposte nationale au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles, en associant de manière efficace les communautés à la prise de décisions et à la prestation des services. Elle aidera également les pays à renforcer les institutions de santé publique et les capacités des systèmes de santé. L'appui de l'OMS sera adapté au contexte et aux capacités des pays et visera à améliorer l'impact de leur action et à faire en sorte que leurs mesures soient durables et favorisent l'équité.



Mesure F : Suivi et établissement de rapports au niveau mondial.

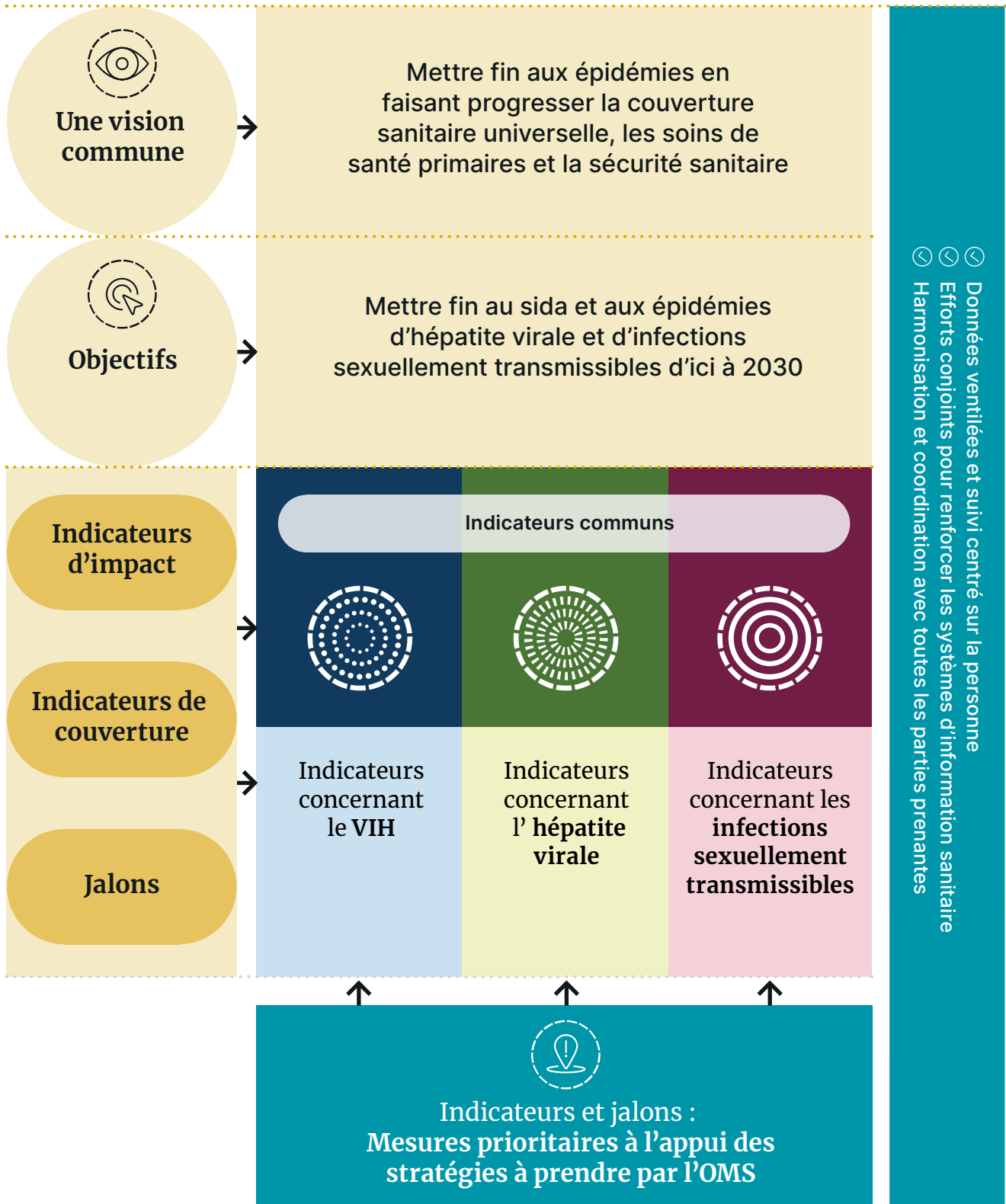
Suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles et en rendre compte afin de promouvoir la prise de décisions fondées sur des données probantes et d'assurer la responsabilisation. L'OMS établira des normes mondiales pour la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sanitaires relatives au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles et aidera les pays à renforcer les capacités des plateformes nationales de données sanitaires. Elle encouragera la collecte et la communication de données ventilées selon le sexe, l'âge, les groupes clés, la situation géographique et, le cas échéant, d'autres variables afin d'évaluer les lacunes et de promouvoir l'équité. Elle cherchera à promouvoir la transparence des données et leur utilisation pour la prise de décisions et rendra compte régulièrement des progrès réalisés à l'échelle mondiale.

7.4 Responsabilisation, suivi et établissement de rapports

Pour mettre fin aux épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles, il faudra une responsabilisation collective et des mécanismes transparents à tous les niveaux, notamment entre les acteurs du système de santé au sens large et ceux affectés à chaque ensemble de maladies. La théorie du changement pour ces stratégies, présentée au chapitre 1, décrit comment la mise en œuvre cohérente et complémentaire des mesures à prendre par les pays, avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires, favorisera l'élimination des épidémies, la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire. La responsabilisation concernant les mesures des pays et de l'OMS sera le fruit d'un suivi mondial et de rapports réguliers relatifs aux indicateurs prioritaires et aux jalons qui représentent les domaines cibles à privilégier.

Responsabilisation mondiale : Au niveau mondial, le cadre de responsabilisation pour les stratégies du secteur mondial de la santé est fondé sur une série d'indicateurs et de cibles choisis, communs aux trois ensembles de maladies et spécifiques à chacun d'entre eux, avec la ventilation voulue, qui seront utilisés pour suivre l'impact, la couverture, l'équité et la qualité de la riposte mondiale. Le cadre de responsabilisation comprend également des jalons communs aux trois ensembles et spécifiques à chacun d'entre eux pour le suivi des progrès dans les domaines prioritaires liés aux politiques et aux systèmes. On trouvera à la Figure 7.1 une synthèse du cadre mondial de responsabilisation. Le cadre de mesure complet avec les indicateurs et les cibles est reproduit à l'annexe 2.

Figure 7.1 Cadre de mesure des stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030



Le cadre de mesure fixe les cibles mondiales pour 2025 et 2030 concernant tous les indicateurs d'impact et de couverture prioritaires, ainsi que pour les jalons. Le suivi mondial s'appuiera sur les données recueillies auprès des États Membres et des partenaires au moyen des mécanismes établis, en veillant à harmoniser les processus de collecte de données pour l'ensemble des maladies. Outre les statistiques sanitaires officielles, l'OMS encouragera également l'utilisation des informations recueillies auprès d'organisations et de réseaux communautaires. Les efforts de collecte et d'analyse des données seront alignés sur le processus de suivi mondial de la lutte contre le sida dirigé par l'ONUSIDA et sur les processus des partenaires. Dans toutes les activités de suivi et d'établissement de rapports, l'OMS veillera à ce que les données soient suffisamment ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques de la population pour permettre de suivre les inégalités, de définir les lacunes et de privilégier les efforts visant à atteindre les groupes les moins bien desservis. Un rapport de situation sera soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2024, 2026, 2028 et 2031, le rapport de 2026 contenant un examen à mi-parcours.

Examen à mi-parcours de 2026 : Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 s'étendent sur une période de neuf ans – ce qui tranche avec la durée plus limitée des stratégies précédentes. Les cibles de 2025 serviront de base à un examen rigoureux à mi-parcours, avec au besoin un réalignement des stratégies en 2026 et la détermination d'éventuelles mesures de rattrapage. Les stratégies seront mises en œuvre dans un environnement très dynamique et imprévisible, en particulier en ce qui concerne l'impact que continue d'avoir la COVID-19. Un examen à mi-parcours permettra aussi d'assurer un alignement constant sur la Stratégie mondiale multisectorielle de lutte contre le sida après 2026 et sur les futures stratégies des principaux partenaires, notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Responsabilisation au niveau des pays : Les stratégies nationales contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles devraient être accompagnées de cadres nationaux de responsabilisation, comprenant des indicateurs et des cibles alignés sur des orientations mondiales normalisées. Des mécanismes de responsabilisation satisfaisants, avec une forte participation de la société civile et des évaluations et des rapports transparents, sont essentiels au niveau des pays pour assurer une mise en œuvre et une maîtrise efficaces. Les pays sont encouragés à procéder régulièrement à des examens de la mise en œuvre de leurs stratégies au niveau national, en associant l'ensemble des parties prenantes, c'est-à-dire aussi bien les acteurs concernés par le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles que les acteurs du secteur de la santé au sens large.

Responsabilisation de l'OMS : L'OMS assurera le suivi de ses propres résultats et contributions aux stratégies mondiales du secteur de la santé au moyen d'indicateurs prioritaires et de jalons choisis liés à ses principaux domaines fonctionnels, y compris le leadership, la sensibilisation et la communication, les normes et critères, l'appui technique et l'établissement de rapports. Le suivi de l'OMS sera aligné sur le cadre de résultats du treizième programme général de travail, 2019-2023 et au-delà. Les activités de l'Organisation concernant le VIH sont reflétées dans le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA et l'OMS rend compte à la fois des fonds levés par l'intermédiaire du Programme commun des Nations Unies (ONUSIDA) et de ses propres efforts de financement. En tant que préposée au suivi et aux rapports concernant les objectifs de développement durable liés à la santé, l'OMS veillera aussi à ce que les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et des cibles concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles soient évalués au moyen d'une approche harmonisée avec un suivi plus large de la santé et du développement.

7.5 Le coût de la mise en œuvre

Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles décrivent la contribution du secteur de la santé à la réalisation des objectifs de développement durable visant à combattre ces épidémies et à y mettre fin. Pour la première fois, la détermination des coûts a été effectuée conjointement, sur la base du coût des services et de l'impact pour chaque ensemble de maladies, de l'amélioration des données de référence et de la détermination des mesures communes qui permettront de mieux atteindre les cibles de 2025 et 2030.

Les données utilisées pour la détermination des coûts ont été tirées des nouvelles données publiées dans le rapport de situation mondial 2021 de l'OMS sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles,⁴⁵ des cibles de la couverture et de l'impact des stratégies, ainsi que d'un examen complet des coûts unitaires et des coûts des services. En outre, les coûts liés à la prévention, aux systèmes de santé et à la prestation de services communautaires ont été révisés, pour les trois ensembles de maladies, en fonction des lacunes mises en lumière en 2020. Par souci de cohérence, on a envisagé les mêmes pays à revenu faible et intermédiaire que les 118 pays visés dans la détermination des coûts de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.⁴⁶ On a pris comme données de référence, celles de 2020 ou de 2019 appliquées à 2020 pour tenir

compte des interruptions de service liées à la COVID-19. Les coûts ont également été alignés entre maladies afin d'éviter le double comptage, en utilisant les synergies entre les stratégies, en particulier concernant le diagnostic du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles dans les groupes prioritaires et les mesures de renforcement de la santé.

Des mesures communes ont été définies dans le rapport de situation mondial de l'OMS de 2021 et dans le processus d'élaboration des stratégies et ce sont elles qui ont permis de suggérer des économies pour la période 2022-2030, conformément aux mesures proposées à prendre par l'OMS et les pays. Enfin, les coûts ont été déterminés avec les partenaires de la même manière que dans d'autres cas comme la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.⁴⁷ Dans les présentes stratégies, l'accent est mis sur les contributions qu'apporte le secteur de la santé à la réalisation des cibles d'impact.

Le coût total des stratégies (Figure 7.2) atteint un pic annuel de 27,9 milliards de dollars des États-Unis (USD) en 2025 pour le VIH, de 6,3 milliards USD pour les infections sexuellement transmissibles en 2026 et de 7,96 milliards USD pour l'hépatite virale en 2028. Si l'on considère les trois stratégies ensemble, le pic annuel légèrement inférieur à 40,2 milliards USD est atteint en 2028, le coût global étant ensuite ramené à 39,2 milliards USD en 2030 grâce à l'impact et aux économies consécutifs à la mise en œuvre des mesures communes.

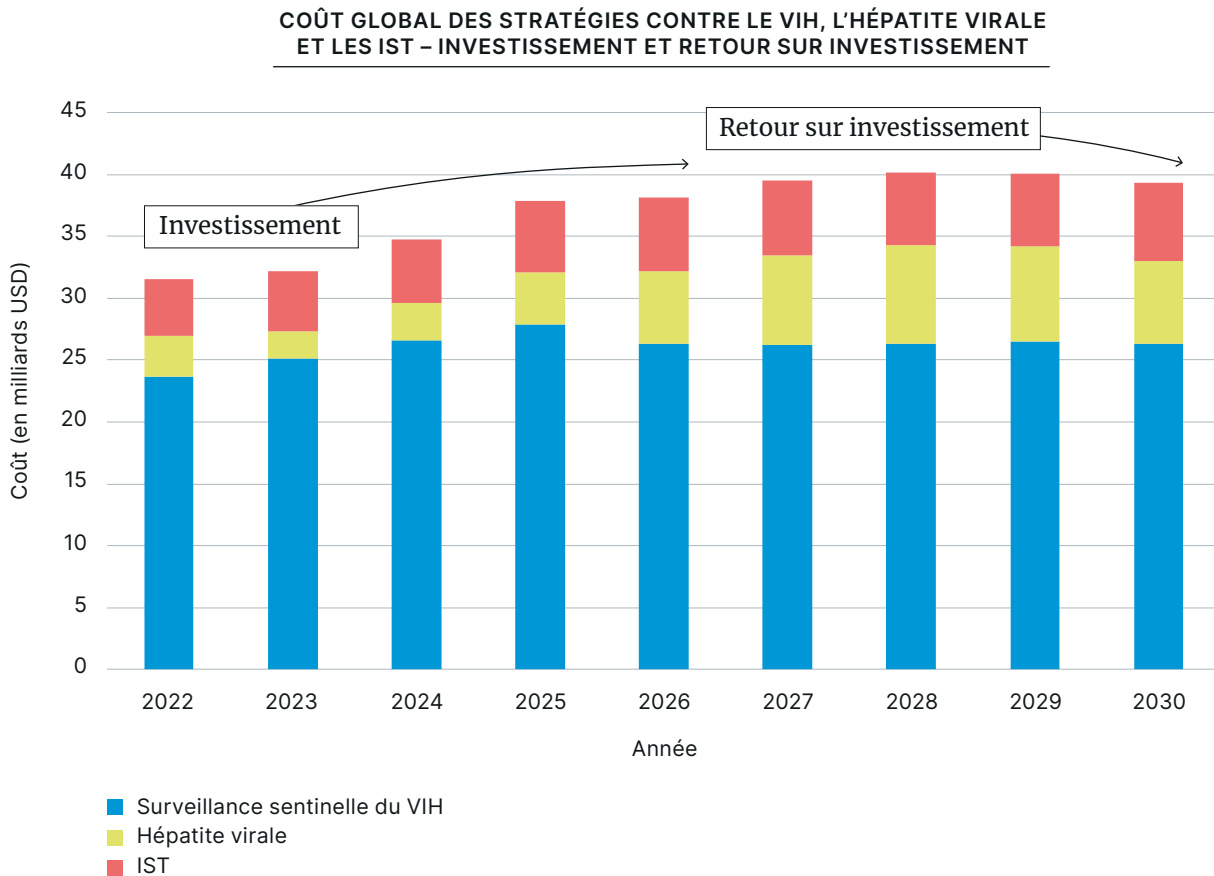


⁴⁵ *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021*. Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴⁶ *Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026*. ONUSIDA, 2021.

⁴⁷ *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*. OMS, 2020.

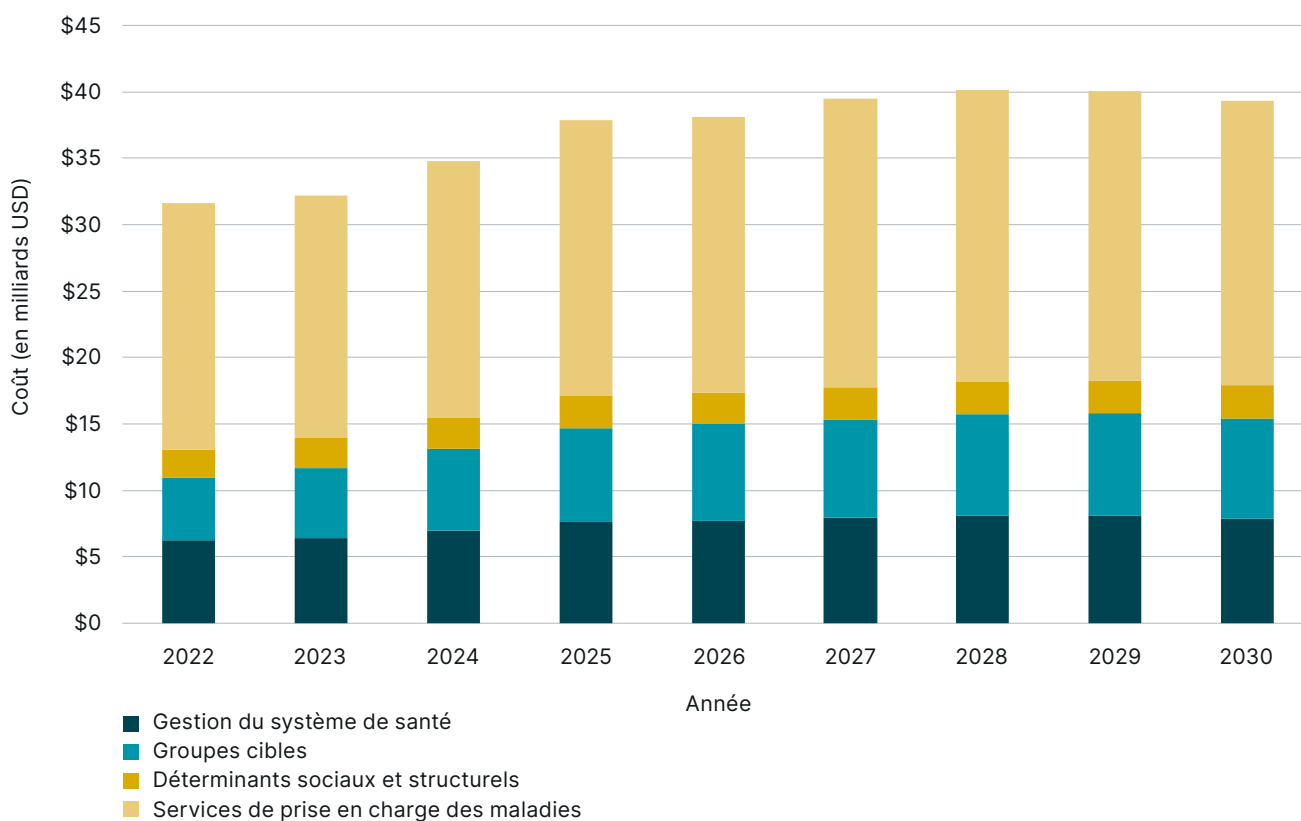
Figure 7.2 Coût global des stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030



Pour éviter le double comptage, les coûts des trois stratégies ont été déterminés ensemble sans répéter les coûts déjà présentés dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. La détermination des coûts fait apparaître d'importantes perspectives d'économies grâce aux coûts partagés entre les trois stratégies, par exemple les 8,1 milliards USD par an prévus pour la gestion et le renforcement de la santé, qui représentent 20,2 % de l'ensemble des coûts en 2028. La détermination des coûts a également permis de définir d'importantes synergies dans deux autres domaines. Le premier est celui des investissements en faveur des groupes cibles

concernant les trois ensembles de maladies à la fois, d'un montant de 7,57 milliards USD, soit 18,8 % de l'ensemble des coûts. Le second (Figure 7.3) celui des principaux déterminants sociaux et structurels de la santé d'un montant annuel de 2,46 milliards USD, soit 6,1 % du coût total. Les interventions concernant les déterminants sociaux et structurels, en particulier celles visant à lutter contre la stigmatisation, la discrimination dans le secteur de la santé et l'accès à la justice, offrent une base solide pour une action portant sur l'ensemble des maladies considérées.

Figure 7.3 Domaines de synergie pour les investissements harmonisés liés aux systèmes de santé, aux groupes prioritaires concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'aux principaux déterminants sociaux et structurels de la santé, y compris ceux liés à la stigmatisation et à la discrimination dans le secteur de la santé



Les composantes de la Stratégie mondiale multisectorielle de lutte contre le sida concernant le secteur de la santé représentent 93 % du coût total. Les coûts extérieurs au secteur de la santé concernent l'appui social aux enfants vulnérables, les approches en matière d'éducation générale (qui exploitent largement les activités du secteur de l'éducation), l'autonomisation économique des adolescentes et des jeunes femmes et les moyens socioéconomiques. Ils représentent un montant annuel de 2,07 milliards USD au pic des investissements en 2028. L'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables a diminué dans la Stratégie mondiale actuelle de lutte contre le sida par rapport à la stratégie précédente 2016-2021. Pour ce qui est du secteur de la santé, les postes les plus importants sont les antirétroviraux destinés aux adultes (4,7 milliards USD par an), la prestation de services antirétroviraux et les services de laboratoire destinés aux adultes (3,9 milliards USD) et les préservatifs (2,4 milliards USD). En outre, des ressources

importantes viennent appuyer d'autres priorités, notamment la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (1,2 milliard USD), l'action contre les lois et politiques néfastes (1,2 milliard USD) et la prestation de services destinés aux groupes clés (6,2 milliards USD). Les trois stratégies ont été harmonisées afin que ces coûts ne soient pas répétés dans d'autres stratégies ; par exemple ceux liés à la réduction des effets nocifs et au traitement des infections sexuellement transmissibles ont été inclus ici.

Pour ce qui est de la stratégie contre l'hépatite virale, les coûts unitaires de référence, la couverture des services et l'incidence, la prévalence et la mortalité sont inclus à partir de 2019 et 2020, sur la base de l'amélioration des données nationales tirées du rapport de situation mondial 2021 de l'OMS sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, et compte tenu de l'effet des perturbations liées à la COVID-19. En outre, on a utilisé pour la projection des coûts unitaires jusqu'en 2030 les données

nationales sur les médicaments et le diagnostic, ainsi que les dates d'expiration des brevets par pays. Les stratégies mondiales du secteur de la santé prévoient une forte augmentation de la couverture du dépistage et du traitement des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C de 10 % par an, de sorte que les coûts atteignent un pic de 8 milliards USD en 2028, avant d'être ramenés à 6,7 milliards USD en 2030. On ressentira pendant plusieurs décennies jusqu'en 2050 les effets d'une grande partie des progrès réalisés pour réduire la mortalité.

Avec la baisse des coûts liés au traitement, les coûts de laboratoire représentent progressivement une part croissante du coût total, en grande partie à cause du virus de l'hépatite B, ce qui fait ressortir la nécessité de disposer d'innovations en matière de diagnostic et de guérison de l'hépatite B mentionnées dans la stratégie. Les coûts diminuent jusqu'en 2023 à mesure que les efforts initiaux en Égypte ont un impact et sont étendus à d'autres pays, ce qui montre l'importance d'engager sans tarder la collaboration avec d'autres pays. Le traitement efficace contre l'hépatite C signifie que le nombre de personnes sous traitement dans un pays diminue rapidement à mesure que l'accès devient universel, comme c'est le cas en Égypte. Les mesures prises dans le cadre de la stratégie contre l'hépatite virale sont essentielles à la gestion des coûts et de l'impact, notamment la réduction des coûts de référence du traitement contre le virus de l'hépatite B alignés sur la lutte contre le VIH, l'extension de l'accès au traitement contre le virus de l'hépatite C à tous les pays répondant aux critères et l'amélioration de la sensibilisation et du diagnostic communautaires. Enfin, les mesures communes sont essentielles pour atteindre les objectifs de la stratégie, par exemple avec le VIH pour ce qui est de la réduction des effets nocifs, de la vaccination durable et des investissements importants en faveur des systèmes de santé et des systèmes communautaires.

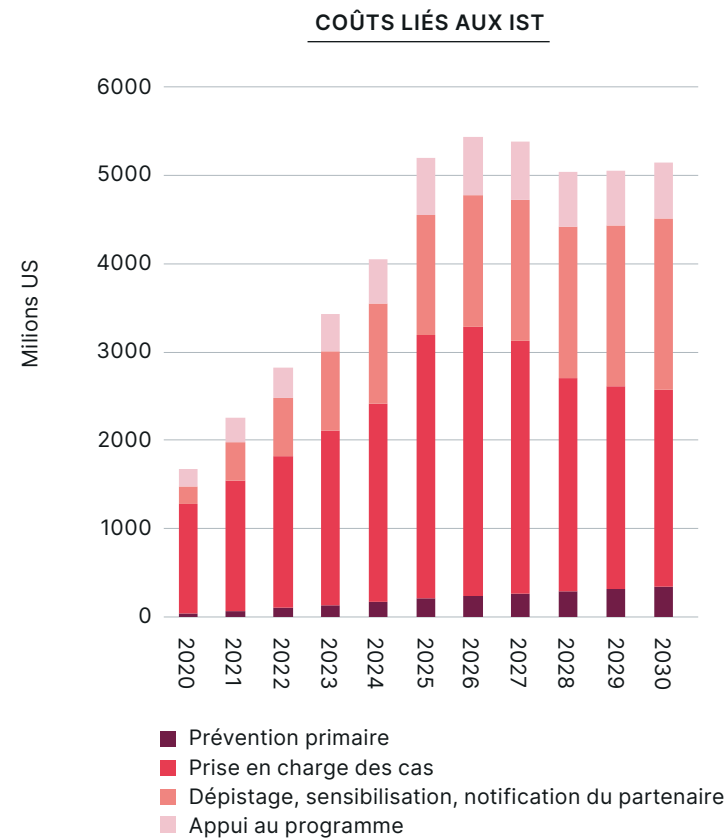
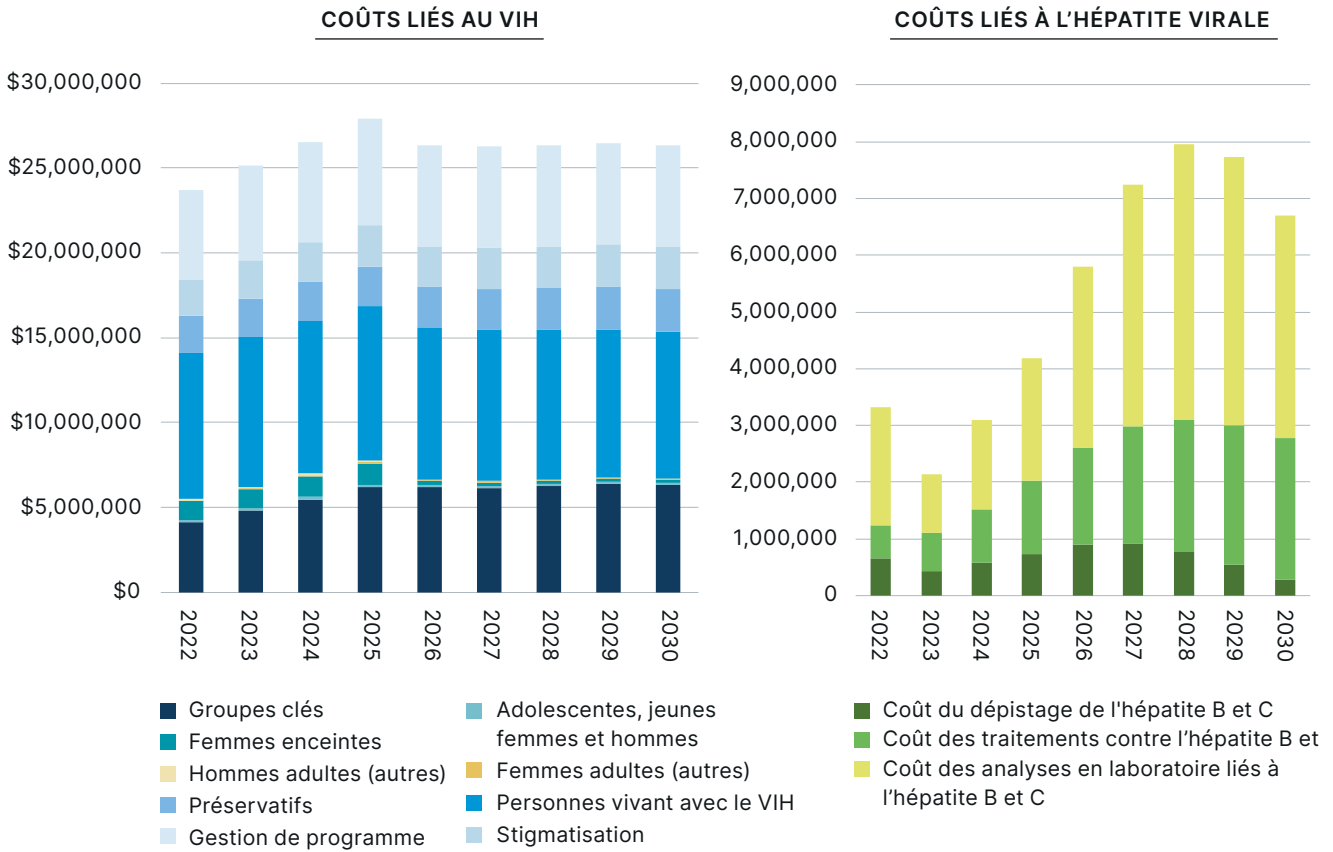
En ce qui concerne la **stratégie sur les infections sexuellement transmissibles**, on a entrepris le tout premier chiffrage multipays des coûts au niveau des pays, avec une ventilation des

besoins des pays selon les groupes plus ou moins exposés au risque d'infections sexuellement transmissibles et selon le niveau de leur accès plus ou moins bon aux services de lutte contre ces infections. La détermination des coûts de la stratégie précédente en revanche a été réalisée au niveau des Régions de l'OMS sans tenir compte de facteurs ou de résultats spécifiques aux pays. Les coûts actualisés sont alignés sur ceux de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, avec cependant une distinction des coûts dans l'analyse. Les coûts liés au papillomavirus humain sont importants dans un premier temps, surtout au cours de la période de vaccination de rattrapage chez les filles de 10 à 14 ans. Pour les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, les cibles des stratégies mondiales du secteur de la santé impliquent une augmentation progressive et sensible des investissements annuels par rapport aux niveaux actuels ; les coûts doublent jusqu'en 2026, après quoi ils diminuent en raison de l'impact et des gains d'efficacité.

Le coût global atteint un pic de 6,3 milliards USD en 2026, le coût lié aux infections sexuellement transmissibles représentant 5,4 milliards USD par an, soit 86 % du total. Pour mettre en œuvre les orientations stratégiques des stratégies mondiales du secteur de la santé, on prévoit une augmentation des coûts liés à la prévention primaire atteignant 344 millions USD par an d'ici à 2030 (en plus des coûts liés au VIH, pour améliorer les résultats obtenus à la fois contre les infections sexuellement transmissibles et contre le VIH), alors que les coûts de la sensibilisation et du dépistage concernant les groupes cibles, du suivi des échecs thérapeutiques et des risques de résistance aux antimicrobiens atteignent 1,9 milliard USD en 2030. Avec la diminution progressive des taux d'infections sexuellement transmissibles, le dépistage et le diagnostic de proximité représentent une plus grande part du coût total, ce qui fait ressortir l'importance des innovations et des gains d'efficacité dans la mise en œuvre de nouvelles approches de diagnostic des infections sexuellement transmissibles d'ici à 2025.⁴⁸

⁴⁸ Les données de référence, les estimations des coûts, les estimations sanitaires et d'autres statistiques contenues dans le document sont tirées de nouvelles données publiées dans le Rapport de situation mondial de l'OMS sur le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, 2021. Responsabilité pour les stratégies mondiales du secteur de la santé 2016-2021 : actions pour l'impact. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>), consulté le 1er mai 2022).

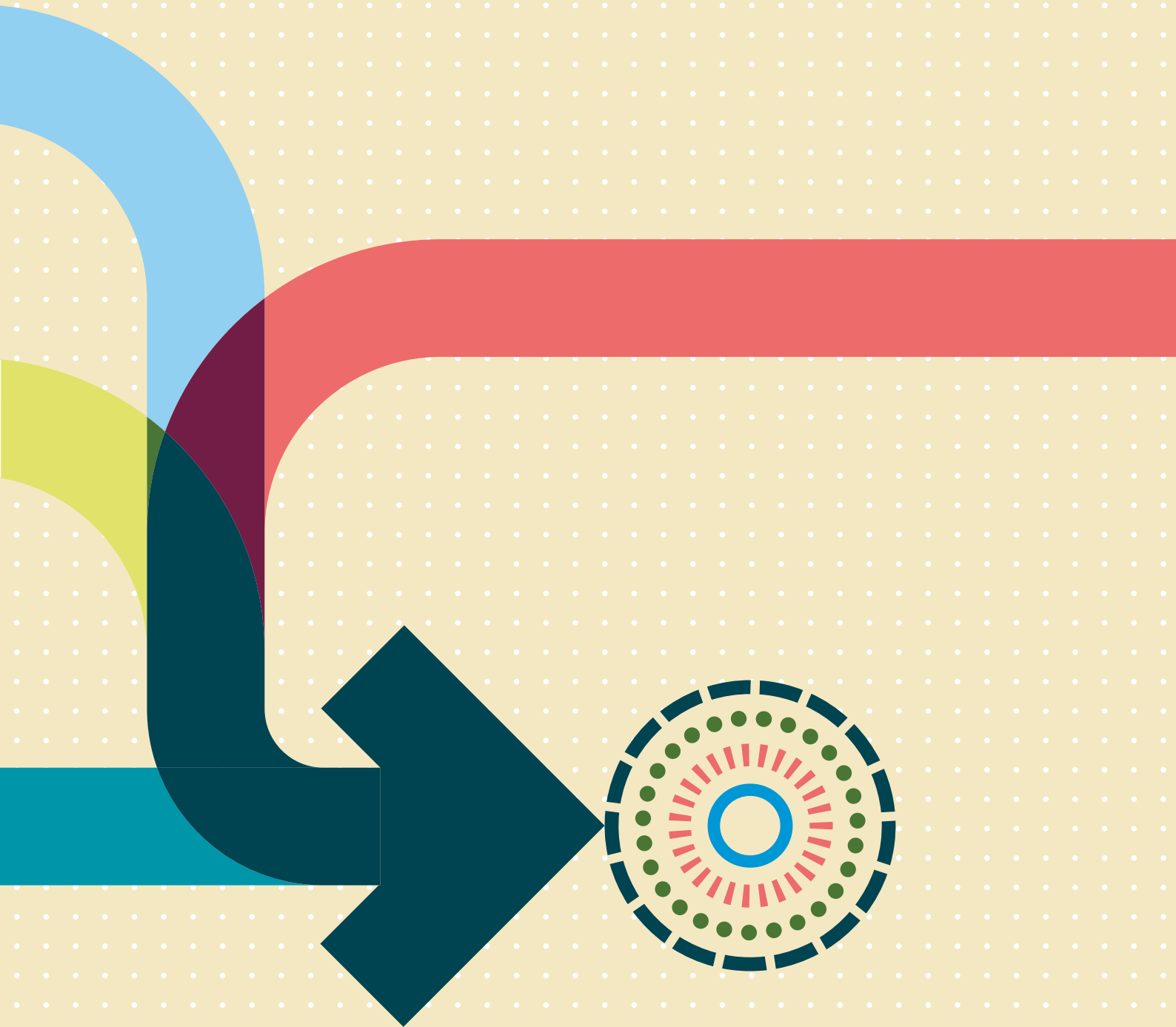
Figure 7.4 Investissements nécessaires pour la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030



Pour la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, il faudra augmenter les investissements jusqu'en 2025, les coûts diminuant ensuite jusqu'en 2030.



Annexe 1 :
Liste récapitulative des
mesures à prendre par les
pays et par l'OMS



À noter que la numérotation des mesures dans l'annexe 1 est la même que dans le chapitre où elles sont décrites.

Orientation stratégique 1 : fournir des services de grande qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne

Mesures communes (chapitre 3) :

- **Mesure 1** : Prévention primaire
- **Mesure 2** : Réduction des effets nocifs
- **Mesure 3** : Transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B
- **Mesure 4** : Prévention, traitement et soins de l'enfant et de l'adolescent
- **Mesure 5** : Lutte anti-infectieuse
- **Mesure 6** : Dépistage intégré
- **Mesure 7** : Notification volontaire des partenaires sexuels, autres services pour les partenaires et approches liées aux réseaux sociaux
- **Mesure 8** : Stigmatisation et discrimination dans les structures de soins
- **Mesure 9** : Maladies transmissibles et non transmissibles
- **Mesure 10** : Tuberculose
- **Mesure 11** : Santé sexuelle et reproductive
- **Mesure 12** : Santé mentale
- **Mesure 13** : Handicap
- **Mesure 14** : Violence fondée sur le genre
- **Mesure 15** : Égalité des genres



Mesures relatives au VIH (chapitre 4) :

- **Mesure 36** : Chaîne des services de prise en charge du VIH
- **Mesure 37** : Ensembles d'interventions contre le VIH
- **Mesure 38** : Prévention du VIH
- **Mesure 39** : Antirétroviraux pour la prévention du VIH
- **Mesure 40** : Circoncision masculine médicale volontaire
- **Mesure 41** : Dépistage du VIH centré sur la personne
- **Mesure 42** : Traitement du VIH
- **Mesure 43** : Pharmacorésistance du VIH
- **Mesure 44** : Toxicité des antirétroviraux
- **Mesure 45** : Infection à VIH à un stade avancé



Mesures relatives à l'hépatite virale (chapitre 5) :

- **Mesure 61** : Chaîne des services de prise en charge de l'hépatite virale
- **Mesure 62** : Ensembles d'interventions contre l'hépatite virale
- **Mesure 63** : Transmission verticale des virus des hépatite B et C (*complète la mesure commune 3*)
- **Mesure 64** : Vaccins contre l'hépatite virale (*complète la mesure commune 3*)
- **Mesure 65** : Dépistage de l'hépatite virale
- **Mesure 66** : Traitement de l'hépatite virale
- **Mesure 67** : Soins chroniques contre l'hépatite virale



Mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles (chapitre 6) :

- **Mesure 81** : Chaîne des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles
- **Mesure 82** : Ensembles d'interventions contre les infections sexuellement transmissibles
- **Mesure 83** : Prévention des infections sexuellement transmissibles (*complète la mesure commune 1*)
- **Mesure 84** : Vaccins contre les infections sexuellement transmissibles (*complète la mesure commune 1*)
- **Mesure 85** : Transmission verticale des infections sexuellement transmissibles (*complète la mesure commune 3*)



Mesure 46 : Soins chroniques pour les personnes vivant avec le VIH (*complète la mesure commune 9*)

Mesure 47 : Élimination de la transmission verticale et prévention, traitement et prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent (*complète les mesures communes 3 et 4*)

Mesure 48 : Maladies transmissibles et non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque accru d'infection (*complète la mesure commune 9*)

Mesure 49 : VIH et tuberculose (*complète la mesure commune 10*)

Mesure 50 : Réadaptation en cas de handicap lié au VIH (*complète la mesure commune 13*)

Mesure 68 : Prévention, traitement et prise en charge de l'hépatite virale chez l'enfant et l'adolescent (*complète les mesures communes 3 et 4*)

Mesure 69 : Hépatite B et C chronique et cancer primitif du foie (*complète la mesure commune 9*)

Mesure 86 : Sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles et comportement en matière de demande de soins

Mesure 87 : Prise en charge des cas symptomatiques d'infections sexuellement transmissibles

Mesure 88 : Services contre les infections sexuellement transmissibles destinés aux partenaires sexuels (*complète la mesure commune 7*)

Mesure 89 : Dépistage des infections sexuellement transmissibles dans les groupes prioritaires

Mesure 90 : Traitement des complications et des séquelles d'infections sexuellement transmissibles

Mesure 91 : Infections sexuellement transmissibles et pharmacorésistance

Mesure 92 : Liens entre les services contre les infections sexuellement transmissibles et d'autres services de santé (*complète les mesures communes 9 et 11*)

Orientation stratégique 2 : optimiser les systèmes, les secteurs et les partenariats pour plus d'impact

Mesures communes (chapitre 3) :

· Mesure 16 : Couverture sanitaire universelle

· Mesure 17 : Soins de santé primaires

· Mesure 18 : Prestation de services différenciée

· Mesure 19 : Décentralisation

· Mesure 20 : Contextes particuliers

· Mesure 21 : Innovations numériques

· Mesure 22 : Gouvernance effective et inclusive

· Mesure 23 : Financement

· Mesure 24 : Produits de santé essentiels




· Mesure 25 : Renforcement du personnel de santé

· Mesure 26 : Réforme législative, réglementaire et politique

· Mesure 27 : Partenariats multisectoriels contre la stigmatisation, la discrimination et les autres obstacles sociaux et structurels

· Mesure 28 : Protéger la population en cas de pandémie et d'autres situations d'urgence sanitaire




· Mesure 29 : Gérer les futures flambées de maladies

 Mesures relatives au VIH (chapitre 4) :	 Mesures relatives à l'hépatite virale (chapitre 5) :	 Mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles (chapitre 6) :
<p>Mesure 51 : Prestation de services différenciés contre le VIH (<i>complète la mesure commune 18</i>)</p> <p>Mesure 52 : Produits de santé essentiels contre le VIH (<i>complète la mesure commune 24</i>)</p>	<p>Mesure 70 : Services décentralisés et différenciés contre l'hépatite virale (<i>complète les mesures communes 18 et 19</i>)</p> <p>Mesure 71 : Financement de la lutte contre l'hépatite virale (<i>complète la mesure commune 23</i>)</p> <p>Mesure 72 : Produits de santé essentiels contre l'hépatite virale (<i>complète la mesure commune 24</i>)</p> <p>Mesure 73 : Personnels de santé affectés à la lutte contre l'hépatite virale (<i>complète la mesure commune 25</i>)</p>	<p>Mesure 93 : Services centrés sur la personne contre les infections sexuellement transmissibles (<i>complète les mesures communes 18 et 19</i>)</p> <p>Mesure 94 : Financement de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (<i>complète la mesure commune 23</i>)</p> <p>Mesure 95 : Produits essentiels contre les infections sexuellement transmissibles (<i>complète la mesure commune 24</i>)</p> <p>Mesure 96 : Services contre les infections sexuellement transmissibles du secteur privé et des organisations non gouvernementales</p> <p>Mesure 97 : Capacité de laboratoire en matière d'infections sexuellement transmissibles</p> <p>Mesure 98 : Personnel de santé affecté à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (<i>complète la mesure commune 25</i>)</p>

Orientation stratégique 3 : produire des données et s'en servir pour orienter les décisions et l'action

Mesures communes (chapitre 3) :




- **Mesure 30**: Disponibilité, analyse et utilisation des données
- **Mesure 31**: Suivi des données centrées sur la personne
- **Mesure 32**: Systèmes d'information sanitaire

 Mesures relatives au VIH (chapitre 4) :	 Mesures relatives à l'hépatite virale (chapitre 5) :	 Mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles (chapitre 6) :
<p>Mesure 53 : Suivi des données centrées sur la personne concernant le VIH (<i>complète les mesures communes 30 et 31</i>)</p> <p>Mesure 54 : Systèmes d'information sanitaire concernant le VIH (<i>complète la mesure commune 32</i>)</p>	<p>Mesure 74 : Suivi des données centrées sur la personne concernant l'hépatite virale (<i>complète les mesures communes 30 et 31</i>)</p> <p>Mesure 75 : Systèmes d'information sanitaire concernant l'hépatite virale (<i>complète la mesure commune 32</i>)</p>	<p>Mesure 99 : Systèmes d'information sanitaire concernant les infections sexuellement transmissibles (<i>complète les mesures communes 30 à 32</i>)</p> <p>Mesure 100 : Données sur les infections sexuellement transmissibles provenant du secteur privé et de prestataires de services non gouvernementaux</p>

Orientation stratégique 4 : mobiliser les communautés et la société civile en favorisant leur autonomie**Mesures communes (chapitre 3)**




Mesure 33: Mobilisation communautaire et de la société civile

Mesure 34: Agents de santé communautaires

 Mesures relatives au VIH (chapitre 4) :	 Mesures relatives à l'hépatite virale (chapitre 5) :	 Mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles (chapitre 6) :
Mesure 55 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre le VIH (<i>complète les mesures communes 33 et 34</i>)	Mesure 76 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre l'hépatite virale (<i>complète la mesure commune 33</i>)	Mesure 101 : Mobilisation communautaire et de la société civile contre les infections sexuellement transmissibles (<i>complète les mesures communes 33 et 34</i>)

Orientation stratégique 5 : stimuler l'innovation pour plus d'impact**Mesures communes (chapitre 3)**

Mesure 35: Partenariats pour l'innovation

 Mesures relatives au VIH (chapitre 4) :	 Mesures relatives à l'hépatite virale (chapitre 5) :	 Mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles (chapitre 6) :
Mesure 56 : Nouvelles technologies de diagnostic et méthodes de dépistage du VIH Mesure 57 : Nouvelles options pour la prévention antirétrovirale Mesure 58 : Utilisation optimisée des antirétroviraux Mesure 59 : Vaccins contre le VIH Mesure 60 : Guérison du VIH	Mesure 77 : Nouvelles technologies de diagnostic et méthodes de dépistage de l'hépatite virale Mesure 78 : Optimisation des antiviraux contre l'hépatite B et C Mesure 79 : Nouveaux vaccins contre l'hépatite virale Mesure 80 : Recherche en vue de guérir l'hépatite B	Mesure 102 : Méthodes novatrices pour la prévention des infections sexuellement transmissibles Mesure 103 : Nouveaux vaccins contre les infections sexuellement transmissibles Mesure 104 : Nouvelles stratégies de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles Mesure 105 : Nouveaux traitements contre les infections sexuellement transmissibles

Mesures à prendre par l'OMS (chapitre 7) :

Mesure A : Leadership stratégique et partenariats

Mesure B : Action de sensibilisation et de communication en santé publique

Mesure C : Normes et critères

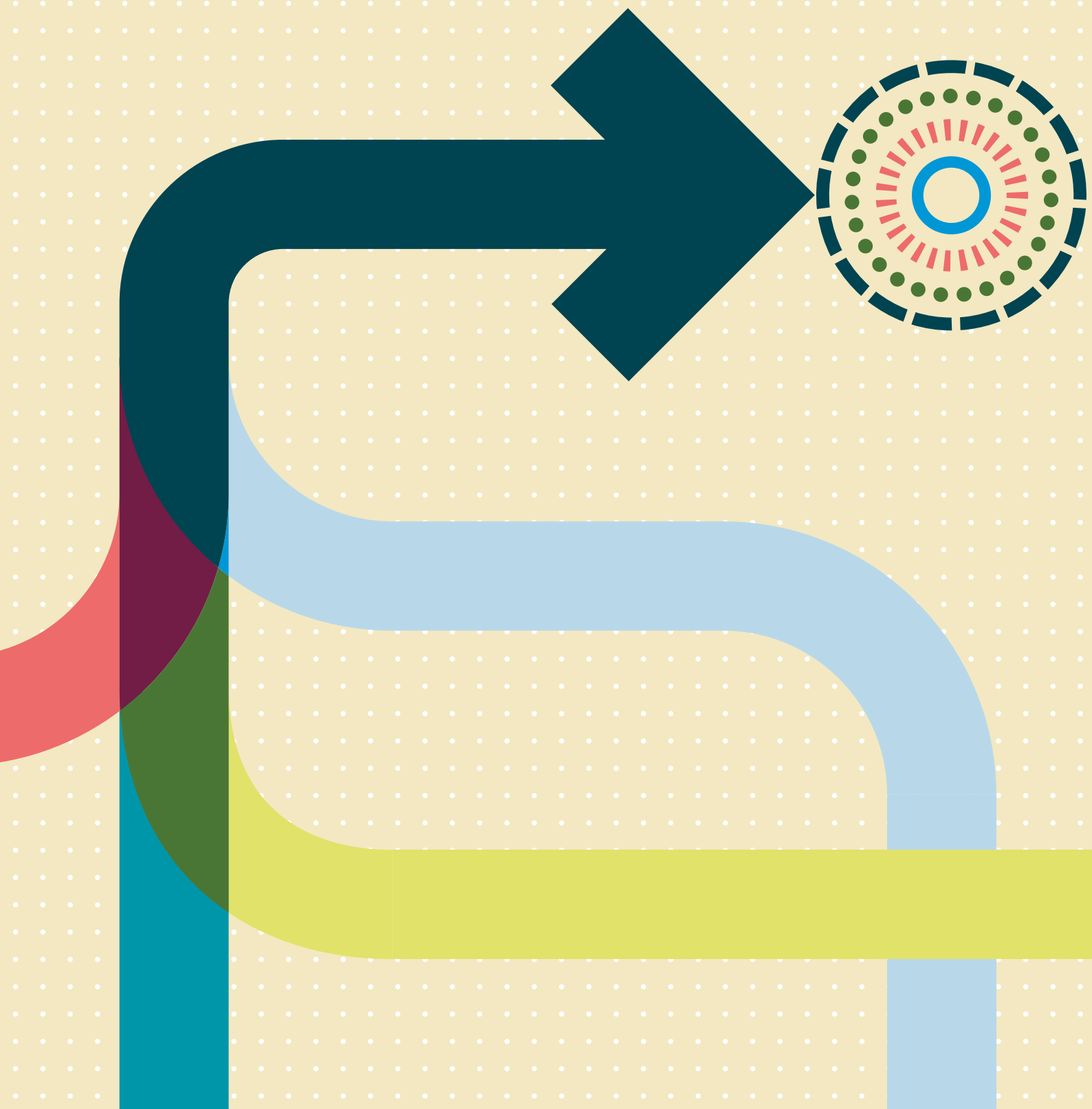
Mesure D : Innovation

Mesure E : Appui technique

Mesure F : Suivi et établissement de rapports au niveau mondial.



Annexe 2 : Cadre de mesure



Indicateurs d'impact et cibles pour la lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST), d'ici à 2030a

Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Sources de données
VIH, hépatite virale et IST	Réduction de l'incidence					
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH et d'hépatite virale	4,5 millions	<1,5 million	<500 000	Maladie, Région de l'OMS, âge, sexe	Rapports mondiaux de l'OMS et charge mondiale de morbidité
	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis, de gonorrhée, de chlamydiae et de trichomonase ^c chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	374 millions	<300 millions	<150 millions ^d	IST, par Région de l'OMS	
	Nombre de pays où l'élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis a été validée	15	50	100	Région de l'OMS	OMS
Vivre en bonne santé : réduction de la mortalité et des cancers						
	Nombre annuel de décès dus au VIH, à l'hépatite virale et aux IST ^e	2,3 millions	<1,7 million	<1 million	Maladie, Région de l'OMS, âge, sexe	Rapports mondiaux de l'OMS et charge mondiale de morbidité
	Nombre annuel de nouveaux cas de cancer dus au VIH, à l'hépatite virale et aux IST	1,2 million	<900 000	<700 000	Région de l'OMS, cause de la maladie	Analyse du Centre international de recherche sur le cancer

Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Sources de données
VIH	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH	1,5 million	370 000	335 000	Région de l'OMS, âge, sexe des adolescents, groupe cible	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes non infectées	0,19	0,05	0,025	Région de l'OMS, âge, sexe des adolescents, groupe cible	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH chez des enfants de moins de 15 ans	150 000	20 000	15 000	Région de l'OMS, âge, sexe	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de décès dus à des causes liées au VIH	680 000	250 000	<240 000	Région de l'OMS, âge, sexe et cause, y compris pour la méningite à cryptocoque, la tuberculose et les infections bactériennes graves	ONUSIDA/OMS
	Nombre de décès par tuberculose, hépatite B et hépatite C de personnes vivant avec le VIH	210 000	110 000	55 000	Région de l'OMS	ONUSIDA/OMS



Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Sources de données
Hépatite virale	Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez l'enfant de moins de 5 ans ^f	0,94 %	0,5 %	0,1 %	Région de l'OMS	Enquête/modélisation/recherche représentative à l'échelle nationale, OMS
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B ^f	1,5 million de nouveaux cas 20 pour 100 000 personnes	850 000 nouveaux cas 11 pour 100 000 personnes	170 000 nouveaux cas 2 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS, enquête/modélisation/ recherche représentative à l'échelle nationale
Hépatite virale (suite)	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C	1,575 million de nouveaux cas 20 pour 100 000 personnes	1 million de nouveaux cas 13 pour 100 000 personnes	350 000 nouveaux cas 5 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS et données des partenaires (Center for Disease Analysis Foundation, autres)
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection	8 %	3 %	2 %	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Bristol University, Center for Disease Analysis Foundation, autres)
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite B	820 000 10 pour 100 000 personnes	530 000 7 pour 100 000 personnes	310 000 4 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Centre international de recherche sur le cancer, Center for Disease Analysis Foundation, Imperial College London, autres)
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite C	290 000 5 pour 100 000 personnes	240 000 3 pour 100 000 personnes	140 000 2 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Bristol University, Center for Disease Analysis Foundation, autres)

Domaine	Indicateur d'impact	Situation en 2020 ^b	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Sources de données
IST	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	7,1 millions	5,7 millions	0,71 million	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
	Nombre annuel de nouveaux cas de gonorrhée chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	82,3 millions	65,8 millions	8,23 millions	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
IST (suite)	Nombre annuel de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes	425	<200	<50	Région de l'OMS, âge, partenaires masculins	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
	Pourcentage des filles complètement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans	14 %	50 %	90 %	Région de l'OMS, revenu ; évaluer le district à l'intérieur du pays	Rapports mondiaux de l'OMS

^a Les indicateurs d'impact et cibles proposés sont conformes à la cible 3.3 et aux indicateurs 3.3.1 et 3.3.4 des objectifs de développement durable.

^b Certaines cibles se fondent sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions des services dues à la COVID-19. Toutes les données seront ventilées par âge, par sexe et, le cas échéant, par groupe clé et groupe cible pour le domaine visé.

^c Infections sexuellement transmissibles curables.

^d Inclut la cible d'une réduction de 90 % du nombre de nouveaux cas de syphilis et de gonorrhée et de 50 % du nombre de nouveaux cas de chlamydiae et de trichomonase d'ici à 2030.

^e Les données sur la mortalité seront ventilées de façon plus détaillée afin d'évaluer l'urgence des mesures à prendre contre les facteurs et les causes de mortalité. Pour le VIH, il s'agit notamment de la méningite à cryptocoque, de la tuberculose et des infections bactériennes graves ; pour l'hépatite virale, d'autres types de cancer et de l'usage nocif de l'alcool.

^f Les cibles figurant dans ce tableau sont mondiales ; les États Membres devraient les adapter en fonction du contexte national pour fixer des cibles nationales. Par exemple, dans certains pays, la cible pour la prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans peut être fixée à moins de 0,1 % ou de 0,2 %, même si la cible mondiale est de 0,1 %.

Indicateurs, cibles et jalons concernant le VIH d'ici à 2030

Impact	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH	1,5 million	370 000	335 000	Région de l'OMS, sexe, âge (y compris les adolescents), groupe prioritaire	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes non infectées (ODD 3.3.1)	0,19	0,05	0,025	Région de l'OMS, âge, sexe	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants de moins de 15 ans	150 000	20 000	15 000	Région de l'OMS, âge, sexe	ONUSIDA/OMS
	Nombre annuel de décès dus à des causes liées au VIH ^b (avec ventilation selon la méningite à cryptocoque, la tuberculose et les infections bactériennes graves)	680 000	250 000	<240 000	Région de l'OMS, âge, sexe	ONUSIDA/OMS Collaboration avec l'Institute for Health Metrics and Evaluation et le Centre international de recherche sur le cancer
	Nombre de décès par tuberculose, hépatite B et hépatite C de personnes vivant avec le VIH ^c	210 000	110 000	55 000	Région de l'OMS	ONUSIDA/OMS
	Nombre de pays où l'élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis a été validée	15	50	100	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS

Couverture	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique ^d	84 %	95 %	95 %	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Pourcentage des personnes connaissant leur séropositivité pour le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral ^d	87 %	95 %	95 %	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement chez qui la charge virale a été supprimée ^d	90 %	95 %	95 %	Région de l'OMS, âge (y compris les adolescents), sexe, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Pourcentage de personnes exposées au risque d'infection par le VIH qui utilisent une association préventive selon un ensemble de services défini	8 %	95 %	95 %	Région de l'OMS, sexe, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Utilisation d'un préservatif et d'un lubrifiant lors du dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire occasionnel		90 %	90 %	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par usager de drogues injectables (dans le cadre d'un programme complet de réduction des effets nocifs)	200	200	300	Région de l'OMS, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose	50 %	90 %	95 %	Région de l'OMS, sexe, groupe prioritaire	OMS, Rapports mondiaux sur la tuberculose



	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
Couverture (suite)	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH et des personnes exposées au risque d'infection par le VIH qui sont rattachées à des services de santé intégrés, traitant notamment les IST et l'hépatite virale		95 %	95 %	Région de l'OMS	OMS/ONUSIDA
	Jalons					
	Stigmatisation et discrimination – pourcentage des personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et des IST et des groupes prioritaires victimes de stigmatisation et de discrimination		Moins de 10 %	Moins de 10 %	Région de l'OMS, groupe prioritaire	OMS/ONUSIDA
	Lois et politiques – pourcentage des pays dotés de lois et de politiques prévoyant des sanctions	Variable selon le groupe ^e	Moins de 10 %	Moins de 10 %	Région de l'OMS	OMS/ONUSIDA
	Genre – prévalence d'actes de violence récents (12 derniers mois) du fait du partenaire intime subis par des personnes âgées de 15 à 49 ans	13 %	5 %	2 %	Région de l'OMS, âge, milieu rural/urbain	Rapports mondiaux de l'OMS
	Intégration – pourcentage des personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles rattachées à d'autres services de santé intégrés		95 %	95 %	Région de l'OMS, par maladie	Rapports mondiaux de l'OMS

Jalons (suite)	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	Stade avancé de la maladie – pourcentage de personnes commençant un traitement antirétroviral et présentant moins de 200 cellules CD4/mm3 (ou stade III/IV) ^f	30 %	20 %	10 %	Région de l'OMS, âge, sexe	Rapports mondiaux de l'OMS
	tation de services différenciés – pourcentage de pays ayant mis en œuvre un renouvellement des médicaments pour six mois	19 pays	50 %	80 %	Région de l'OMS	OMS/ONUSIDA
	Innovation – nombre de maladies supplémentaires (VIH, hépatite virale et infections sexuellement transmissibles) contre lesquelles on dispose d'un vaccin ou d'un traitement curatif		1	2	Par le VIH, le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C, les infections sexuellement transmissibles	Rapports mondiaux de l'OMS

^a Dernières données à fin 2020. Certaines cibles sont fondées sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions de services dues à la COVID-19. Les cibles pour 2025 ne devraient pas être affectées par la COVID-19. Toutes les données seront ventilées selon l'âge, le sexe et, le cas échéant, les groupes clés pour l'infection.

^b Les données sur la mortalité seront ventilées davantage afin d'évaluer s'il est urgent de cibler les facteurs et causes des décès, notamment concernant la méningite à cryptocoque pour réduire les décès de 50 % en 2025 et de 90 % en 2030, et concernant la tuberculose et les infections bactériennes graves.

^c Les données seront ventilées et communiquées par cause, y compris la cascade d'interventions des services de lutte contre la tuberculose nécessaires pour réduire la mortalité, le dépistage systématique des symptômes, le diagnostic rapide et le traitement préventif de la tuberculose, ainsi que le traitement de la tuberculose pharmaco-résistante.

^d Niveau atteint pour tous les âges, sexes et groupes cibles.

^e Transmission du VIH 61 %, transgenres 24 %, travailleurs du sexe 87 %, personnes qui consomment ou possèdent des drogues 83 %, relations homosexuelles 36 %.

^f La proportion des personnes vivant avec le VIH devant recevoir un résultat de test CD4 est d'au moins 90 % d'ici à 2025 et de 95 % d'ici à 2030.

Les indicateurs d'impact et les cibles concernant à la fois le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sont indiqués en **caractères gras**.



Indicateurs, cibles et jalons concernant l'hépatite virale d'ici à 2030

Impact	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez l'enfant de moins de 5 ans	0,94 %	0,5 %	0,1 %	Région de l'OMS	Enquête, modélisation et recherche représentative à l'échelle nationale, OMS
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B ^b	1,5 million de nouveaux cas 20 pour 100 000 personnes	850 000 nouveaux cas 11 pour 100 000 personnes	170 000 nouveaux cas 2 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS	Sistema Mundial de Reportes mundiaux de l'OMS, enquête/modélisation/ recherche représentative à l'échelle nationale.
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C	1,575 million de nouveaux cas 20 pour 100 000 personnes	1 million de nouveaux cas 13 pour 100 000 personnes	350 000 5 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Reportes mondiaux de l'OMS et données des partenaires (Center for Disease Analysis Foundation, autres)
	Nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection	8 %	3 %	2 %	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Reportes mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Bristol University, Center for Disease Analysis Foundation, autres)
	Nombre annuel de décès dus à l'hépatite B	820 000 10 pour 100 000 personnes	530 000 7 pour 100 000 personnes	310 000 4 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Reportes mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Centre international de recherche sur le cancer, Center for Disease Analysis Foundation, Imperial College London, autres)

Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
Impact					
Nombre annuel de décès dus à l'hépatite C	290 000 5 pour 100 000 personnes	240 000 3 pour 100 000 personnes	140 000 2 pour 100 000 personnes	Région de l'OMS, sexe, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS, données des partenaires (Bristol University, Center for Disease Analysis Foundation, autres)
Couverture					
Hépatite B – pourcentage des personnes vivant avec l'hépatite B ayant subi un diagnostic/traitées	30 %/30 %	60 %/50 %	90 %/80 %	Région de l'OMS, selon l'âge et le sexe	Rapports mondiaux de l'OMS et données des partenaires
Couverture (suite)					
Hépatite C – pourcentage des personnes vivant avec l'hépatite C ayant subi un diagnostic/guéries	30 %/30 %	60 %/50 %	90 %/80 %	Région de l'OMS, selon l'âge et le sexe	Rapports mondiaux de l'OMS et données des partenaires
Pourcentage des nouveau-nés qui ont bénéficié d'une dose de vaccin contre l'hépatite à la naissance en temps opportun ou d'autres interventions visant à prévenir la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant ^c	50 %	70 %	90 %	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS
Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par usager de drogues injectables^d	200	200	300	Région de l'OMS	ONUSIDA/OMS
Sécurité transfusionnelle – proportion d'unités de sang ayant fait l'objet d'un test de dépistage des agents pathogènes transmis par le sang	95 %	100 %	100 %	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS



	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
Couverture (suite)	Injections sans risque – proportion des injections pour des soins de santé qui sont sans risque	95 %	100 %	100 %	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS
	Jalons Planification – nombre de pays dotés de plans chiffrés d'élimination de l'hépatite	À déterminer	30	50	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS
Jalons (suite) Hitos	Surveillance – nombre de pays qui déclarent annuellement la charge et la cascade	130	150	170	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS
	Accès aux médicaments contre le virus de l'hépatite C – réduction moyenne des prix (aux prix génériques équivalents d'ici à 2025)	20 %	50 %	60 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Système mondial de notification sur l'hépatite/données des partenaires, accès aux médicaments et services de diagnostic
	Accès aux médicaments contre le virus de l'hépatite C – réduction moyenne des prix (alignement sur les prix des médicaments contre le VIH d'ici à 2025)	20 %	50 %	60 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Système mondial de notification sur l'hépatite/données des partenaires, Accès aux médicaments et services de diagnostic
	Élimination – Nombre de pays où l'élimination de l'hépatite C et/ou de l'hépatite B a été validée	0	5	20	Région de l'OMS, charge en %	Système mondial de notification sur l'hépatite/données des partenaires

^a Dernières données à fin 2020. Certaines cibles se fondent sur des données de 2019, car les données déclarées concernant 2020 reflètent des interruptions de services dues à la COVID-19. Les cibles pour 2025 ne devraient pas être affectées par la COVID-19. Toutes les données seront ventilées par âge, par sexe et, le cas échéant, par groupe clé et groupe cible pour l'infection.

^b Les cibles dans ce tableau sont des cibles mondiales ; les pays devront les adapter pour fixer leurs propres cibles en fonction du contexte national. Par exemple, dans certains pays, la cible pour la prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez l'enfant de moins de 5 ans peut être fixée à moins de 0,1 % ou de 0,2 %, même si la cible mondiale est de 0,1 %.

^c En outre, la proportion des nourrissons de moins de 12 mois ayant reçu la troisième dose du vaccin contre l'hépatite B devrait aussi également être mesurée.

^d Dans le cadre d'une stratégie globale de réduction des effets nocifs.

Indicateurs, cibles et jalons concernant les infections sexuellement transmissibles (IST) d'ici à 2030

	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
Impact	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis, de gonorrhée, de chlamydiae et de trichomonase ^b chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	374 millions	<300 millions	<150 millions ^c	Région de l'OMS, analyse pour chaque IST séparément, sur la base de la prévalence	Rapports mondiaux de l'OMS, estimation fondée sur les études disponibles
	Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	7,1 millions	5,7 millions	0,71 million	Région de l'OMS, âge	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
	Nombre annuel de nouveaux cas de gonorrhée chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	82,3 millions	65,8 millions	8,23 millions	Région de l'OMS, âge, sexe	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
	Nombre annuel de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes	425	<200	<50	Région de l'OMS	Rapports mondiaux de l'OMS, suivi mondial du sida
Couverture	Pourcentage des filles complètement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans	14 %	50 %	90 %	Région de l'OMS, revenu. Évaluer le district à l'intérieur du pays	Rapports mondiaux de l'OMS
	Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénatals qui ont subi un dépistage de la syphilis/qui ont été traitées en cas de test positif	66 %/78 % ^d	>85 %/>90 %	>95 %/>95 %	Région de l'OMS, âge	Rapports mondiaux de l'OMS
	Pourcentage des membres de groupes prioritaires ^e qui ont subi un dépistage de la syphilis/qui ont été traités en cas de test positif	Pas de données/Pas de données de données	>80 %/>90 %	>90 %/>95 %	Région de l'OMS, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS



Couverture (suite)	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	<p>Pourcentage des membres de groupes prioritaires qui ont subi un dépistage de la gonorrhée/qui ont été traités en cas de test positif</p>	Pas de données/	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%	Région de l'OMS, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS
	<p>Pourcentage des femmes ayant subi un test de dépistage performant du cancer du col de l'utérus à 35 ans puis à nouveau à 45 ans/pourcentage des femmes ayant bénéficié à la suite du dépistage d'un traitement en cas d'atteinte précancéreuse ou d'une prise en charge d'un cancer invasif</p>		>90 %/>95 %	Région de l'OMS, âge, groupe prioritaire	Rapports mondiaux de l'OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Análisis del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
	<p>Nombre de pays signalant une résistance aux antimicrobiens de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> au Programme OMS de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens</p>	36 %	>60 %	>70 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS

Jalons	Indicateur	Situation en 2020 ^a	Cible pour 2025	Cible pour 2030	Ventilation	Source des données
	Planification – Nombre d'États Membres de l'OMS ayant mis à jour leur plan national de lutte contre les IST au cours des cinq dernières années	Données non disponibles ^f	>70 %	>90 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS
	Politiques – Nombre d'États Membres de l'OMS ayant mis à jour leurs lignes directrices pour la prise en charge des IST au cours des trois dernières années	62 % ^g	>70 %	>90 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS
	Surveillance – Nombre de pays disposant de systèmes solides de surveillance des IST ^h		>50 %	>90 %	Région de l'OMS, revenu du pays	Rapports mondiaux de l'OMS

^a Dernières données à fin 2020. Toutes les données seront ventilées selon l'âge – y compris pour les adolescents si elles sont disponibles – le sexe et, le cas échéant, les groupes cibles concernant la maladie.

^a IST curables.

^a Les cibles de 2025 reflètent une réduction de 20 % de l'incidence des quatre maladies (par rapport à la situation en 2020), alors que celles de 2030 reflètent une réduction de 90 % pour la syphilis et la gonorrhée et de 50 % pour la chlamydie et la trichomonase.

^a Estimations de 2016.

^a Chaque pays définit les groupes devant subir un test de dépistage, à savoir notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et les personnes vivant avec le VIH.

^a Estimation basée sur les 112 pays qui ont fourni des informations sur les plans stratégiques nationaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les directives nationales de traitement des infections sexuellement transmissibles mis à jour au cours des cinq dernières années, figurant dans le rapport intitulé « Assessment of country implementation of the WHO Global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016-2021): results of a national survey (<https://www.who.int/publications/item/9789240025585>).

^a Un système solide de surveillance des IST intègre quatre compétences de base : la notification des cas ; une évaluation régulière de la prévalence chez les femmes en soins prénatals, les hommes et les groupes prioritaires ; un examen annuel régulier des causes des syndromes d'IST ; et les données symptomatiques corrigées de la sous-déclaration et la surveillance de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antimicrobiens.



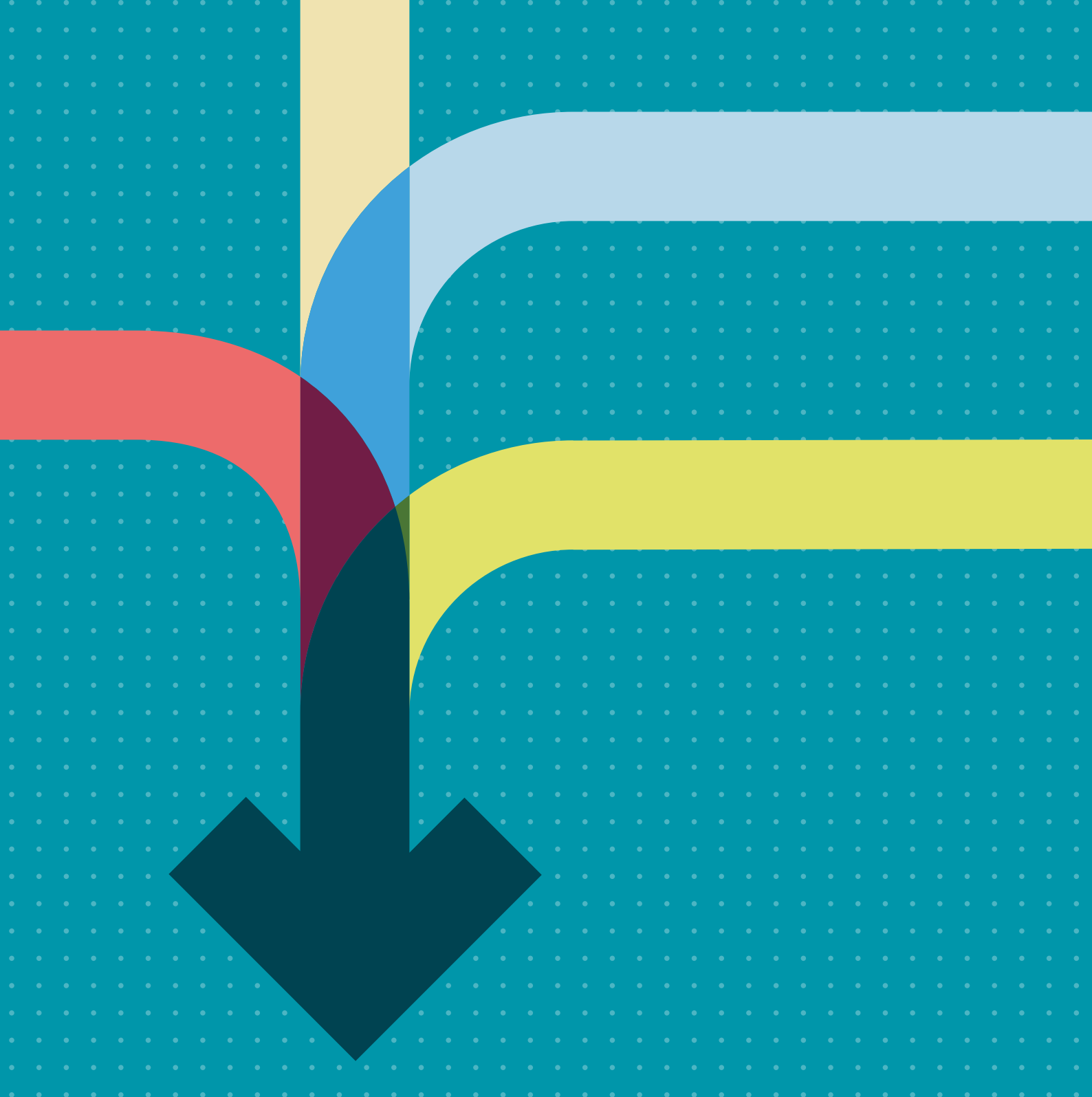
Suivi des mesures à prendre par l'OMS

Mesure à prendre par l'OMS	
Mesure A : Leadership stratégique et partenariats	<p>a. Financement de la santé – Appui à l'augmentation du financement mondial et national en faveur de la lutte contre les 3 groupes de maladies de manière à assurer au moins 80 % du financement nécessaire</p> <p>b. Partenariats pour l'élimination – Critères de mise en œuvre et de validation pour la transmission verticale (mère-enfant) et l'élimination des 3 maladies chez l'adulte</p>
Mesure B : Action de sensibilisation et de communication en santé publique	<p>c. Changement de politique nationale et diplomatique – Suivi de la prestation de services dans la majorité des pays, notamment aux groupes prioritaires, et réduction des lacunes</p> <p>d. Action de sensibilisation en faveur d'approches communes face au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles – Augmenter le nombre de pays mettant en œuvre des approches communes en matière de diagnostic et des approches de prévention du VIH intégrant les infections sexuellement transmissibles</p>
Mesure C : Normes et critères	<p>e. Actualisation des lignes directrices – Mise à jour tous les 3 ans au moins des principales lignes directrices pour le traitement, la prévention et l'information stratégique concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles</p> <p>f. Appui à un changement rapide des politiques et à la mise en œuvre des lignes directrices – Veiller à ce que 80 % des pays aient adopté les recommandations clés des lignes directrices de l'OMS dans un délai de 2 ans</p>
Mesure D : Innovation	<p>g. Appui aux innovations en matière de thérapies curatives et de vaccins – Appui à la mise au point de vaccins et de moyens thérapeutiques supplémentaires contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles</p> <p>h. Innovations en matière de diagnostic – Appui à l'amélioration des tests sur le lieu des soins et à la réduction des prix des produits de diagnostic et des médicaments</p>
Mesure E : Appui technique	<p>i. Planification par les pays – Veiller à ce que 80 % des pays disposent d'un plan stratégique récent de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, avec l'intégration nécessaire et des approches conjointes, le cas échéant</p> <p>j. Appui technique aux trois niveaux – Veiller au Siège de l'OMS, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, à ce qu'un appui technique soit fourni aux pays couvrant 80 % de la charge de morbidité au cours de chaque période biennale</p>
Mesure F : Suivi et établissement de rapports au niveau mondial	<p>k. Rapports mondiaux – Veiller à ce que 80 % des pays notifient des données clés, validées par l'OMS, sur la charge de morbidité et la cascade de services concernant le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles</p> <p>l. Analyse des lacunes affectant la planification – Fournir régulièrement des analyses des lacunes concernant les politiques, les services et l'impact aux Régions et aux pays pour établir un ordre de priorités et orienter le soutien technique par l'intermédiaire des observatoires mondiaux et régionaux de la santé</p>









Organisation mondiale de la Santé
Programmes mondiaux de lutte contre le VIH,
l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles
20, avenue Appia
1211 Genève
Suisse

