

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante et onzième session
Réunion virtuelle, 24-26 juin 2021

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE POUR UNE RIPOSTE MULTISECTORIELLE INTÉGRÉE À LA
TUBERCULOSE, À L'INFECTION À VIH, AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET À L'HÉPATITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE
L'OMS 2021-2030**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le fardeau dû à l'infection à VIH, à la tuberculose, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles (IST) reste accablant dans la Région africaine. Les cadres d'action régionaux pour la mise en œuvre des stratégies mondiales du secteur de la santé contre l'infection à VIH, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose adoptés lors de la soixante-sixième et de la soixante-septième sessions du Comité régional ont fait progresser les programmes nationaux de lutte contre ces maladies. Si des progrès somme toute remarquables ont été accomplis au moment où ces cadres d'action arrivent à échéance, force est de constater que les cibles fixées pour l'année 2020 n'ont pas été atteintes à cause de plusieurs facteurs et problèmes.
2. Le financement de la lutte contre les quatre maladies évoquées ci-dessus n'a pas été suffisant du fait d'un engagement politique faible. Les retards dans l'adoption et dans la mise en œuvre d'interventions, de technologies et d'approches novatrices constituent une source de préoccupation, tout comme les obstacles juridiques et sociaux à l'accès des groupes clés et des populations vulnérables aux services. La collaboration avec des acteurs communautaires et la disponibilité de services administrés par les communautés n'ont pas donné toute la mesure espérée. Peu d'attention est accordée aux déterminants sociaux de ces quatre épidémies. En outre, le manque d'une structure de coordination et d'un cadre de responsabilisation pour l'intégration des programmes n'encourage pas les administrateurs et gestionnaires de programmes à tirer le meilleur parti des synergies et des gains d'efficacité qui peuvent exister entre les programmes. De surcroît, les systèmes de santé ne sont pas suffisamment résilients pour atténuer la perturbation des services qui peut résulter d'une urgence humanitaire telle que la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).
3. Le cadre proposé exploite les possibilités existantes, telles que la hausse du financement public de la santé, la revitalisation complète des soins de santé primaires, le programme d'action pour la couverture sanitaire universelle et les engagements pris sur le plan mondial en faveur de la santé au sens large. Le cadre proposé encourage une plus grande intégration des droits humains dans les interventions et préconise l'utilisation de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies et approches.
4. Ce nouveau cadre d'action régional a été élaboré dans le but de maîtriser, et dans l'idéal d'éliminer, les menaces pour la santé publique que l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles représentent dans la Région africaine. En tirant des enseignements des lacunes du passé et en relevant les défis mentionnés ci-dessus, le cadre proposé vise à mobiliser les États Membres et à leur donner des orientations pour qu'ils puissent atteindre les cibles de développement durable relatives

à la maîtrise et à l'élimination de ces maladies. À cette fin, les ripostes nationales devraient être prises en main par les gouvernements. Les interventions nationales devraient : être intégrées et multisectorielles et promouvoir la couverture sanitaire universelle ; adopter une approche centrée sur la personne ; tenir compte des sensibilités liées au sexe, des principes d'équité et des droits humains ; et mettre en évidence un engagement ferme, ainsi qu'une préparation solide des communautés.

5. Les mesures que les États Membres doivent prendre devraient donner la priorité aux soins de santé primaires et suivre une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie. Ces mesures s'articulent autour de sept interventions stratégiques, à savoir : 1) jouer un rôle directeur et améliorer la gestion pour agir avec efficacité ; 2) produire des informations factuelles pour inspirer la prise de décision ; 3) mettre en œuvre des interventions à toutes les étapes de la vie pour agir avec efficacité ; 4) garantir l'équité dans la prestation de services ; 5) mobiliser des ressources financières pérennes ; 6) renforcer l'adoption des innovations pour accélérer la prestation de services ; et 7) établir des systèmes résilients.

6. Les États Membres devraient : mettre sur pied une vaste structure organisationnelle nationale pour la lutte intégrée contre l'infection à VIH, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et l'hépatite virale ; généraliser l'administration aux nouveau-nés d'une dose du vaccin contre l'hépatite virale dans les 24 heures qui suivent leur naissance ; dépister le VIH, l'hépatite B et la syphilis au titre des efforts visant l'élimination de ces trois maladies ; assurer la vaccination des filles de moins de 15 ans contre le papillomavirus humain afin de prévenir le cancer du col de l'utérus ; intensifier la prévention et le traitement complets ; prévenir et combattre la résistance aux antimicrobiens ; et dépister les maladies non transmissibles telles que le cancer du col de l'utérus et le cancer du foie, sans oublier les troubles métaboliques et les affections cardiovasculaires.

7. Parmi les autres mesures à prendre, on peut citer : le soutien à la recherche-développement de nouveaux outils et de nouvelles technologies, y compris la mise au point de nouveaux médicaments et de plateformes permettant d'assurer le diagnostic de plusieurs maladies ; le renforcement des systèmes nationaux intégrés de surveillance, de suivi et d'évaluation ; l'harmonisation des efforts de planification de la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ; la mise à l'échelle des services à assise communautaire ; l'utilisation d'interventions tenant compte des droits humains et qui ne laissent personne de côté ; et la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé et d'approches de prestation de services différenciées.

8. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter le cadre de mise en œuvre proposé.

SOMMAIRE

Paragraphe

INTRODUCTION	1-4
SITUATION ACTUELLE	5-11
ENJEUX ET DÉFIS	12-20
VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES	21-27
PRINCIPES FONDAMENTAUX	28-35
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES	36-49
MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	50

ACRONYMES ET SIGLES

CD4	classe de différenciation-4
DHIS2	logiciel d'information sur la santé au niveau des districts 2
IST	infections sexuellement transmissibles
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	surveillance intégrée des maladies et riposte
SRMNEA	santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	papillomavirus humain

INTRODUCTION

1. Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, lors de sa soixante-sixième et de sa soixante-septième sessions, des cadres d'action régionaux pour la prévention et le traitement de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH),¹ de la tuberculose,² de l'hépatite virale³ et des infections sexuellement transmissibles (IST).⁴ Les trois premiers cadres sont arrivés à échéance en 2020 et l'échéance du quatrième cadre est prévue en 2021. Des rapports de situation sur la mise en œuvre des cadres ont été soumis à la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2018. Si des progrès remarquables ont été accomplis, force est de constater que les cibles fixées dans les quatre cadres n'ont pas été atteintes en 2020.

2. Premièrement, tous les cadres d'action adoptés s'articulaient autour d'une structure commune, avec des orientations stratégiques semblables. Deuxièmement, tous les cadres avaient le même but, à savoir mettre fin à la menace que posent ces quatre maladies pour la santé publique d'ici à 2030. Troisièmement, la mise en œuvre des cadres d'action ces cinq dernières années a permis d'enregistrer des succès importants, de créer des possibilités, de tirer des enseignements et de faire émerger des pratiques exemplaires, autant de bonnes raisons qui justifient l'élaboration d'un nouveau cadre intégré afin de favoriser les synergies et les liens dans la lutte contre ces quatre maladies comme dans d'autres domaines fonctionnels de la santé.

3. Le cadre proposé donnera la priorité aux interventions intégrées qui utilisent une approche de soins de santé primaires, dans le contexte de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et de l'atteinte des autres cibles des objectifs de développement durable liés à la santé. Le cadre s'inscrit dans le droit fil du treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023.⁵ Il tient compte des événements de santé publique, à l'exemple de la pandémie de COVID-19, qui peuvent perturber l'accès aux services.

4. Le cadre intégré propose des interventions et des mesures reposant sur des bases factuelles qui doivent être mises en œuvre selon une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie. Il a été tenu compte des progrès de la science, de la technologie et de l'innovation dans la prévention et le traitement de ces quatre maladies, alors que l'approche centrée sur la personne encourage les États Membres à adopter un modèle de prestation de services pris en main par les communautés et des soins différenciés.

¹ Document AFR/RC66/11. VIH/sida : cadre d'action dans la Région africaine de l'OMS 2016-2020. Rapport final de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Addis Abeba (Éthiopie), 19-23 août 2016. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2016 (document AFR/RC66/19), paragraphes 76 à 80.

² Document AFR/RC66/10. Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016-2020. Rapport final de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Addis Abeba (Éthiopie), 19-23 août 2016. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2016 (document AFR/RC66/19), paragraphes 70 à 75.

³ Document AFR/RC66/12. Prévention, soins et traitement de l'hépatite virale dans la Région africaine : cadre d'action 2016-2020. Rapport final de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Addis Abeba (Éthiopie), 19-23 août 2016. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2016 (document AFR/RC66/19), paragraphes 81 à 86.

⁴ Document AFR/RC67/7. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : cadre de mise en œuvre dans la Région africaine. Rapport final de la soixante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Victoria Falls (République du Zimbabwe), 28 août-1^{er} septembre 2017. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2017 (document AFR/RC67/18), paragraphes 57 à 60.

⁵ OMS. Treizième programme général de travail, 2019-2023 ; 2019.

SITUATION ACTUELLE

5. On estime que 2,5 millions de personnes sont tombées malades de la tuberculose dans la Région en 2019, ce qui représente 25 % de la charge mondiale due à cette maladie.⁶ La même année, en tout 25,7 millions de personnes vivaient avec le VIH dans la Région, soit 67 % de la charge mondiale totale due à l'infection à VIH. En 2019, plus de 500 000 personnes ont succombé à la tuberculose et la Région a enregistré 440 000 décès dus au sida. En outre, la Région africaine totalise près de 60 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde.⁷ L'hépatite B chronique touche 60 millions d'Africains, tandis que 14,6 millions de personnes supplémentaires vivent avec une hépatite C chronique.⁸ En 2015, l'hépatite virale a été à l'origine de 136 000 décès.

6. L'OMS estime à plus de 86 millions par an le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles curables, dont la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase qui sont recensés chez les personnes âgées de 15 à 45 ans dans la Région africaine.⁹ En outre, environ 162 millions de personnes vivent avec l'herpès génital.¹⁰ En outre, selon des estimations, une femme sur quatre est infectée par le papillomavirus humain (VPH),¹¹ celui-ci étant le virus vecteur du cancer du col de l'utérus. Ce cancer est le deuxième type de cancer le plus courant chez les femmes en Afrique, avec 110 755 nouveaux cas d'infection et 72 705 décès en 2020. Plus de la moitié des cancers du col de l'utérus surviennent chez des femmes VIH-positives dans les pays à forte prévalence du VIH.¹²

7. Les cas de co-infection sont courants. En 2019, environ 24 % des nouveaux cas de tuberculose étaient recensés chez des sujets co-infectés⁸ par le VIH. D'après les estimations, neuf millions de personnes présentaient une co-infection VIH-hépatite B et environ 2,3 millions de personnes étaient concernées par une co-infection VIH-hépatite C en 2017.¹³

8. Tous les États Membres mettent en œuvre la politique de l'OMS qui vise à « traiter tout le monde », aux fins de laquelle les patients VIH-positifs sont placés sous traitement antirétroviral quelle que soit la numération de leurs CD4. L'intensification graduelle du dépistage du VIH et du traitement antirétroviral se poursuit. En effet, plus de 80 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et 70 % de ces personnes bénéficient désormais d'un traitement antirétroviral qui leur sauve la vie. C'est ainsi que, depuis 2010, les diagnostics de nouveaux cas d'infection par le VIH et les décès dus au VIH dans la Région africaine ont diminué de 35 % et de 46 %, respectivement.¹⁴

9. Entre 2015 et 2019, la Région africaine a fait état d'une réduction de 16 % de l'incidence de la tuberculose et de 19 % de la mortalité liée à la tuberculose. Cinq pays à forte charge de

⁶ OMS. Rapport sur la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>, consulté le 23 avril 2021.

⁷ UNAIDS, Global AIDS Update, Geneva, UNAIDS, 2020 (disponible à l'adresse <https://aids2020.unaids.org/report>, consulté le 23 avril 2021).

⁸ WHO, Global Hepatitis Report; Geneva, World Health Organization, 2017 (disponible à l'adresse <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>, consulté le 23 avril 2021).

⁹ Rowley J, *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019;97(8):548–62.

¹⁰ James C, *et al.* Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2020;98:315–29.

¹¹ Bruni L, *et al.* Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. J Infect Dis. 2010 Dec. 15 ;202(12) :1789-99. doi: 10.1086/657321. Epub 2010 Nov. 10. PMID: 21067372.

¹² Marc Arbyn *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health 2020;8: e191–203. December 4, 2019. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6).

¹³ WHO, Global Hepatitis Report; Geneva, World Health Organization, 2017.

¹⁴ UNAIDS, Global AIDS Update; Geneva, UNAIDS, 2020.

tuberculose ont atteint la cible intermédiaire consistant à réduire de 20 % l'incidence de la tuberculose.¹⁵ Le Kenya, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et la Sierra Leone ont atteint la cible intermédiaire qui consistait à réduire de 35 % la mortalité due à la tuberculose au plus tard en 2020.

10. Une dynamique est en marche pour la lutte contre l'hépatite virale, un problème de santé publique longtemps négligé qui est pourtant responsable de la majorité des cas de cirrhose et de cancer hépatique survenus dans la Région. Jusqu'à présent, 27 États Membres ont instauré des plans nationaux de lutte contre l'hépatite.¹⁶ L'Ouganda et le Rwanda ont institué des programmes nationaux de santé publique assurant le dépistage et le traitement gratuits de l'hépatite et sept autres pays ont lancé des projets à titre expérimental.¹⁷ Onze pays ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B dans leurs calendriers de vaccination systématique.¹⁸

11. En 2018, onze États Membres¹⁹ de la Région ont déclaré avoir intégré le vaccin contre le papillomavirus humain dans leurs programmes nationaux de vaccination respectifs. Des systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles sont en place dans 87 % des pays ayant publié des rapports de situation et plus de 70 % des pays fournissent des services ou mettent les patients en relation avec des services de soins de santé primaires, de lutte contre l'infection à VIH, de santé reproductive, de planification familiale et de soins prénatals et postnatals.

ENJEUX ET DÉFIS

12. Des obstacles importants doivent être éliminés pour réduire au minimum la menace que l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles posent pour la santé publique.

13. **L'absence d'un mécanisme intégré de coordination.** Aucun mécanisme intégré de coordination des interventions contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles n'a été mis en place à ce jour dans les États Membres. La plupart des États Membres disposent d'organismes de coordination verticaux qui s'occupent d'une seule maladie. Seuls quatre États Membres ont créé des organismes de haut niveau pour coordonner les programmes intégrés de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.²⁰

14. **Des systèmes d'information sanitaire fonctionnant de façon isolée.** Les systèmes d'information stratégique sur l'infection à VIH et la tuberculose sont bien outillés même s'ils ne sont pas entièrement intégrés au logiciel d'information sur la santé au niveau des districts 2 (DHIS2). Les systèmes de surveillance de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles sont très faibles. Les États Membres ne sont donc pas en mesure de déclarer et de surveiller les tendances de ces maladies de façon intégrée et détaillée.

15. **L'accès insuffisant aux services.** La prestation de services est fragmentée, inadaptée et le développement des services est lent. Dans de nombreux cas, certains services ne sont pas

¹⁵ Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Namibie et République-Unie de Tanzanie.

¹⁶ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud et Togo.

¹⁷ Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Nigéria, Mozambique, Sénégal et République-Unie de Tanzanie.

¹⁸ Algérie, Angola, Botswana, Cabo Verde, Gambie, Maurice, Mauritanie, Namibie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.

¹⁹ Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Maurice, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

²⁰ Bénin, Guinée, Guinée équatoriale et Mali.

disponibles, surtout les services de lutte contre l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

16. L'apparition d'une résistance aux antimicrobiens utilisés dans le traitement de la tuberculose, du VIH et des infections sexuellement transmissibles, qui est une source de préoccupation majeure dans la Région africaine. La prévalence croissante de la résistance aux antibiotiques et aux antirétroviraux couramment utilisés est susceptible d'accroître l'incidence des maladies, ainsi que leur mortalité et les coûts de traitement associés si une solution appropriée n'est pas trouvée à ce problème.

17. Le manque de viabilité des mécanismes de financement. Les programmes relatifs à la lutte contre l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles brillent par un manque criard de financement. De même, les programmes de lutte contre l'infection à VIH et la tuberculose se heurtent à un important déficit de financement et sont fortement tributaires de sources de financements externes peu viables. Le financement intérieur est certes en augmentation, mais pas encore au niveau escompté.

18. La lenteur de l'adoption des innovations en matière de diagnostic et de traitement. Le traitement et le suivi des patients atteints du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles peut être amélioré moyennant des méthodes de diagnostic avancé dotées d'une plus grande précision, des médicaments plus efficaces, des modèles de prestation de services pris en main par les communautés et une approche de soins différenciés. Or, il se trouve que de nombreuses innovations n'ont pas encore été adoptées.

19. La perturbation des services de santé causée par des urgences humanitaires et des flambées épidémiques telles que la pandémie de COVID-19 en 2020, avec une baisse de 41 % des tests de dépistage du VIH et une baisse de 59 % des orientations vers les services de lutte contre la tuberculose.²¹ Malgré la récurrence des épidémies au fil des ans, l'élaboration de plans destinés à assurer la préparation et la continuité des services n'est pas une pratique courante. Les États Membres doivent planifier et se préparer à assurer la continuité des services en cas d'urgence.

20. Les inégalités sociales qui se creusent sont, dans une large mesure, les principaux vecteurs du VIH, de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite. La pauvreté, le chômage, la stigmatisation, la discrimination et les inégalités entre les sexes sont courants dans la Région. Les groupes les plus vulnérables, tels que les travailleurs du sexe, les prisonniers, les migrants, les consommateurs de drogues, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les mineurs, les personnes âgées, les adolescents et les jeunes femmes sont touchés plus que d'ordinaire mais se heurtent pourtant à des obstacles majeurs sur le plan de la prévention et du traitement du VIH, de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite. Parmi ces obstacles figure le manque de régimes de protection sociale.

²¹ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Impact du Covid-19 sur les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et les systèmes de santé : aperçu de la situation dans 502 établissements de santé en Afrique et en Asie. Genève, Fonds mondial, 2020. Disponible à l'adresse https://www.theglobalfund.org/media/10777/covid-19-2020-disruption-impact-report_fr.pdf, consulté le 23 avril 2021.

VISION, BUTS, OBJECTIFS, ÉTAPES INTERMÉDIAIRES ET CIBLES

Vision

21. Une Région libérée du fardeau du sida, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des répercussions négatives que ces infections ont sur la santé.

But

22. Combattre les épidémies causées par l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030.

Objectif

23. Le cadre servira aux États Membres de la Région africaine :

- a) pour mettre en place des systèmes et des services intégrés plus solides afin d'accroître autant que possible l'impact des interventions contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ; et
- b) pour surveiller les progrès accomplis par les interventions de lutte contre VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.

Cibles d'ici à 2030

24. *Cibles transversales* :

- a) tous les États Membres ont adopté des approches intégrées centrées sur la personne et adaptées au contexte pour atteindre les objectifs fixés ; et
- b) tous les États Membres disposant de systèmes d'information stratégique sur l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sont intégrés dans le DHIS2.

25. *Cibles propres à chaque maladie*

Tuberculose :

- a) une réduction de 90 % du nombre de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015 ;
- b) une réduction de 80 % du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 ; et
- c) 0 % de familles de patients tuberculeux supportant des dépenses catastrophiques pour traiter leurs membres atteints de tuberculose.

Hépatite virale :

- a) une réduction de 90 % des nouveaux cas d'infection chronique par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C ; et
- b) une réduction de 65 % des décès dus à l'hépatite virale B et à l'hépatite virale C.

Infection à VIH :

- a) une réduction de 90 % du nombre de nouvelles infections par le VIH ; et
- b) une réduction de 90 % du nombre de décès liés au VIH.

Infections sexuellement transmissibles :

- a) une réduction de 90 % de l'incidence de *T. pallidum* ;
- b) une réduction de 90 % de l'incidence de *Neisseria gonorrhoeae* ; et
- c) moins de 50 cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes.

Étapes intermédiaires d'ici à 2025

26. *Étapes transversales :*

- a) 90 % des personnes atteintes de l'infection à VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles sont aussi orientées vers des services concernant d'autres maladies transmissibles, des maladies non transmissibles ou vers d'autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être général ; et
- b) tous les États Membres établissent des rapports sur la résistance de l'infection à VIH, de la tuberculose et de *Neisseria gonorrhoeae* aux antimicrobiens.

27. *Étapes intermédiaires propres à chaque maladie*

Tuberculose :

- a) 90 % des nouveaux cas et des cas de rechute sont déclarés et traités avec succès ; et
- b) 90 % des personnes vivant avec le VIH suivent un traitement standard de prévention de la tuberculose.

Infection à VIH :

- a) la cible 95-95-95 fixée pour le dépistage et le traitement est atteinte chez les personnes vivant avec le VIH dans toutes les sous-populations comme dans l'ensemble des classes d'âge ; et
- b) 95 % des personnes à risque d'infection par le VIH utilisent des options de prévention combinées à la fois adaptées à la situation et efficaces.

Hépatite virale :

- a) 35 États Membres ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B ; et
- b) 30 % des personnes atteintes d'hépatite chronique sont diagnostiquées et 30 % sont traitées pour l'hépatite B et l'hépatite C.

Infections sexuellement transmissibles :

- a) tous les États Membres fournissent des services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans tous les établissements de soins de santé primaires ;²² et
- b) tous les États Membres ont introduit le vaccin contre le papillomavirus humain dans les programmes nationaux de vaccination.

²² Les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles comprennent : la sensibilisation générale aux infections sexuellement transmissibles ; la prévention et le dépistage de ces infections ; la prise en charge des cas ; et le suivi des partenaires des personnes infectées.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

28. **La prise en main au niveau de chaque pays** de la riposte nationale à l'infection à VIH, à l'hépatite, aux infections sexuellement transmissibles et à la tuberculose, le principe étant que les activités menées soient impulsées et coordonnées par les États Membres.

29. **L'intégration** des politiques, des stratégies et des services de lutte contre l'infection à VIH, l'hépatite virale, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles dans le système de santé est un autre principe fondamental, au même titre que le renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

30. **L'alignement stratégique et la mise en place de partenariats efficaces pour assurer la programmation multisectorielle**, le but étant que les partenaires mettent à contribution leurs avantages comparatifs et alignent leur soutien sur les priorités définies par leurs gouvernements.

31. **Une approche des investissements axée sur les soins de santé primaires.** Il s'agit de veiller à ce que chaque personne ait accès aux services dont elle a besoin sans pour autant s'exposer à des difficultés financières.

32. **Une approche axée sur la santé publique.** Cette approche devrait être fondée sur des interventions et des services simplifiés et normalisés que l'on peut facilement transposer à une plus grande échelle et rapprocher de la population qui en a besoin.

33. Un autre principe fondamental se trouve être l'adoption d'**une approche des soins centrée sur la personne** qui s'attache à prendre en compte les différentes étapes de la vie et écoute le point de vue des individus, des familles et des communautés, considérés à la fois comme des participants et des bénéficiaires.

34. **Une collaboration forte avec les organisations de la société civile et les communautés**, y compris les communautés touchées, afin d'élargir l'accès à des services de qualité pour les bénéficiaires difficiles à atteindre.

35. **La protection et la promotion d'une approche fondée sur l'équité, l'éthique, le genre et les droits humains** qui ne laisse personne de côté constitue un autre principe fondamental du présent cadre.

INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES

Améliorer le leadership et la gestion axée sur les résultats

36. Mettre en place au plus haut niveau politique, c'est-à-dire au sein du ministère de la santé ou à l'échelon supérieur, une structure organisationnelle efficace en mesure de contribuer à l'élimination intégrée de l'infection à VIH, des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et de l'hépatite virale, et créer un cadre de responsabilisation qui permettra de déployer des efforts intégrés pour atteindre les cibles fixées pour 2025. Encourager l'action multisectorielle et la décentralisation. Il est indispensable qu'un soutien politique émanant de l'échelon national s'étende jusqu'au niveau des districts, en mettant à contribution les partenaires, la société civile et les communautés touchées. Les États Membres devraient procéder à une planification stratégique et opérationnelle intégrée, ainsi qu'à des examens et à des évaluations.

Produire des informations à bases factuelles pour éclairer la prise de décision

37. Consolider les systèmes nationaux intégrés de surveillance, de suivi et d'évaluation. Cette intervention englobe la gestion des données programmatiques, le renforcement de la collecte d'informations en laboratoire et l'intensification de la pharmacovigilance, en partant du principe que toutes ces actions doivent être reliées aux systèmes d'information sanitaire au sens large. Des informations de qualité et de vaste portée devraient être produites à temps pour suivre avec fiabilité l'évolution des épidémies de VIH, de tuberculose, d'hépatite et d'infections sexuellement transmissibles, et évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles définies sur les plans national et mondial. Préconiser la surveillance fondée sur l'identification des cas et le suivi en temps réel des programmes grâce aux systèmes de surveillance intégrée des maladies et la riposte, en particulier au niveau des soins de santé primaires. La collaboration avec les communautés et les services d'état civil est primordiale pour mieux rendre compte de la mortalité. Les investissements dans les enquêtes sur la prévalence et les estimations devraient être accrus et rendus viables. Les renseignements recueillis devraient être communiqués afin de faciliter le processus de révision des stratégies nationales en vue de leur alignement sur les recommandations mondiales.

Mettre en œuvre des interventions à toutes les étapes de la vie pour agir avec efficacité

38. Une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie devrait être adoptée pour mettre en œuvre les interventions énoncées dans le cadre d'action régional. Il serait utile d'appliquer de façon concrète les approches intégrées centrées sur la personne.

Femmes enceintes

39. Les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis, dans le cadre des efforts en faveur de l'élimination de ces trois maladies. Les femmes chez qui ces maladies ont été diagnostiquées devraient, tout comme leurs bébés, bénéficier du meilleur traitement disponible pour l'hépatite B, le VIH et la syphilis. Les femmes infectées par le VIH seront soumises à un dépistage de la tuberculose et recevront un traitement antituberculeux préventif si aucune forme de tuberculose active ne leur est diagnostiquée. Les femmes enceintes devraient également bénéficier d'interventions de promotion de la santé afin qu'elles puissent prendre correctement soin de leurs bébés sur des plans tels que l'allaitement, la vaccination (BCG et contre l'hépatite B) et la nutrition. Il est par ailleurs primordial d'intégrer les services de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles dans les services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Nouveau-nés et jeunes enfants (de 0 à 9 ans)

40. Les nouveau-nés devraient se faire administrer une dose de vaccin contre l'hépatite virale dans les 24 heures qui suivent leur naissance : trois autres doses de vaccin pentavalent contre l'hépatite virale devraient leur être administrées par la suite. Dans le même ordre d'idée, les nouveau-nés devraient recevoir une dose de vaccin BCG et être soumis à un dépistage de la syphilis congénitale, si cela s'avère nécessaire. Un diagnostic précoce du VIH devrait être posé pour les enfants nés de mères VIH-positives et, en cas de séropositivité, l'enfant devrait recevoir le meilleur traitement antirétroviral disponible. De plus, les nourrissons infectés par le VIH et ceux qui vivent dans le foyer de patients atteints de tuberculose confirmée par des examens bactériologiques devraient être soumis à un dépistage de la tuberculose active de façon à ce qu'ils puissent le cas échéant être placés sous un traitement de la tuberculose, que celle-ci soit sensible aux médicaments ou pharmacorésistante. Si aucune forme de tuberculose active n'est décelée, le nourrisson pourrait quand même bénéficier d'un traitement préventif de la tuberculose. Ces activités pourraient être intégrées dans les services de soins de santé pertinents, tels que ceux de lutte contre l'infection à

VIH, tout comme les services relatifs à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, les services de nutrition, de vaccination, et d'autres services encore, sans oublier d'autres points d'entrée pertinents.

Adolescents (de 10 à 19 ans)

41. Les adolescentes de moins de 15 ans devraient recevoir le vaccin contre le papillomavirus humain à titre de prévention du cancer du col de l'utérus. À l'école, les adolescents devraient être éduqués en matière de santé sexuelle et reproductive. Les filles devraient bénéficier d'un soutien pour les inciter à poursuivre leurs études et à adopter des comportements sexuels et reproductifs plus sains, tandis que celles qui ne sont pas scolarisées devraient bénéficier de programmes visant à réduire leur vulnérabilité face au VIH et aux infections sexuellement transmissibles. Un plaidoyer doit être entrepris en faveur d'une réforme juridique permettant aux personnes de moins de 15 ans d'accéder aux services de dépistage du VIH sans consentement parental préalable. Les adolescents infectés par le VIH et ceux qui vivent dans le foyer de patients atteints d'une tuberculose confirmée par des examens bactériologiques devraient être soumis à un dépistage de la tuberculose et recevoir un traitement préventif contre la tuberculose lorsqu'aucune forme de tuberculose active n'est diagnostiquée. En vue de promouvoir l'utilisation de ces services, tous les établissements de santé devraient appliquer les normes recommandées pour des services adaptés aux jeunes et aux adolescents. Dans la mesure du possible, la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles devrait être intégrée dans les services de santé sexuelle et reproductive.

Adultes (de 20 à 49 ans)

42. Les États Membres devraient adopter de nouvelles technologies de prévention. Les adultes exposés à un risque élevé de contracter le VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles devraient être dépistés et traités à l'aide d'approches de prestation de services intégrées et différenciées, adaptées à leurs besoins et à leurs préférences. Les obstacles structurels devraient être supprimés afin d'élargir l'accès aux services des populations les plus exposées. Pour le dépistage, la priorité devrait être donnée aux plateformes assurant le diagnostic de plusieurs maladies. Des stratégies novatrices devraient être mises en œuvre pour atteindre les hommes, et particulièrement pour assurer le dépistage et le traitement du VIH. Des initiatives visant à élargir l'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles devraient être mises en œuvre. Pour les femmes de plus de 30 ans, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus devraient être prioritaires.

Adultes et personnes âgées (50 ans et plus)

43. Toutes les interventions destinées aux adultes s'appliquent. La priorité devrait être accordée au dépistage du cancer du col de l'utérus et des cancers du foie dérivant de formes d'hépatite virale chroniques, de même qu'au dépistage des troubles métaboliques et des maladies cardiovasculaires non transmissibles, étant donné que les gens vivent plus longtemps, parfois grâce à un traitement antirétroviral à long terme.

Interventions à toutes les étapes de la vie

44. À toutes les étapes de la vie, les États Membres devraient mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé et des approches de prestation de services différenciées. Une attention accrue devrait être accordée aux déterminants sociaux et environnementaux du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles. Des mesures énergiques devraient être prises pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

Garantir l'équité dans la prestation de services

45. La couverture sanitaire universelle s'entend des soins de santé primaires solides fournissant des services de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles continus, intégrés, centrés sur la personne et adaptés au genre des patients. Les États Membres devraient continuer à opter pour des interventions axées sur les droits humains et qui ne laissent personne de côté, en s'efforçant de différencier et d'adapter les services aux personnes qui en ont besoin et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, notamment dans le secteur de la santé. Les plateformes existantes visant à parvenir à la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, du virus de l'hépatite B et de la syphilis devraient être exploitées. Les services à assise communautaire devraient être développés. Les mécanismes de prévision et d'achat devraient être améliorés.

Mobiliser des ressources financières pérennes

46. Il faudrait harmoniser les efforts de planification du secteur national de la santé dans la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, notamment pour assurer le partage des coûts du système de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. L'utilisation efficace des ressources existantes, l'optimisation des ressources et l'établissement de systèmes de soins rémunérés en fonction de leur efficacité devraient être encouragés. Il convient de tirer parti de la réduction des prix que permettent la fabrication de médicaments génériques, l'augmentation de la concurrence et l'optimisation des achats. Il est essentiel de faire pression sur les gouvernements et les organismes philanthropiques locaux pour qu'ils investissent davantage dans la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles, en visant à assurer la pérennité de ces investissements à long terme. Le renforcement de la capacité des administrateurs de programmes et des responsables des ministères de la santé à exploiter les espaces budgétaires et la création d'une plateforme de collaboration avec le ministère des finances permettraient de faciliter la mise en œuvre et de garantir la pérennité des investissements.

Renforcer l'adoption des innovations pour accélérer la prestation de services

47. L'adoption et la mise en application des innovations existantes devraient être accélérées. Les États Membres devraient soutenir la recherche-développement sur de nouveaux outils et de nouvelles technologies, notamment la recherche de nouveaux médicaments de la tuberculose, d'un remède fonctionnel de l'infection par le virus de l'hépatite B, de formulations optimisées pour les traitements pédiatriques, ainsi que de vaccins contre l'infection à VIH, la tuberculose, le virus de l'hépatite C, l'herpès génital et la gonorrhée. Il est important d'utiliser les nouvelles technologies de communication pour améliorer la qualité des messages et des activités de sensibilisation et susciter des comportements plus sains, avec pour but d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Établir des systèmes résilients

48. Les États Membres devraient élaborer des plans destinés à assurer la continuité des services de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles ; les coûts de ces plans devraient être intégrés afin de ne pas compromettre les investissements antérieurs réalisés dans la lutte contre ces maladies et d'atténuer autant que possible la perturbation des services essentiels en cas d'urgences de santé publique.

Suivi du cadre

49. Le Secrétariat soumettra des rapports sur l'état d'avancement et le suivi de la mise en œuvre au Comité régional en 2023.

MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

50. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter le cadre de mise en œuvre proposé.