MANUEL POUR L’ÉLABORATION ET L’ÉVALUATION DES PLANS NATIONAUX DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE VIRALE :
DOCUMENT PROVISOIRE, SEPTEMBRE 2015
MANUEL POUR L’ÉLABORATION ET L’ÉVALUATION DES PLANS NATIONAUX DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE VIRALE :

DOCUMENT PROVISOIRE, SEPTEMBRE 2015
# TABLE DES MATIÈRES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Section</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Remerciements</td>
<td>v</td>
</tr>
<tr>
<td>Sigles et abréviations</td>
<td>vi</td>
</tr>
<tr>
<td>Préface</td>
<td>vii</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Introduction</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1 Contexte</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2 Importance de la planification</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>1.3 But et objectifs</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1.4 Public cible</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1.5 Structure du manuel</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1.6 Comment utiliser le manuel, le guide thématique et le modèle</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Principes directeurs de l’élaboration efficace d’un plan national de lutte contre l’hépatite</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Leadership et gouvernance</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 Droits humains et équité</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Renforcement et intégration des systèmes de santé</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4 Politique et planification fondées sur des bases factuelles</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5 Faisabilité, coût-efficacité et impact</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>2.6 Une approche de santé publique</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Planification nationale de la lutte contre l'hépatite dans le cadre de la couverture sanitaire universelle</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Processus et phases d’élaboration d’un plan national de lutte contre l’hépatite</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1 Phase 1 : Élaboration</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2 Phase 2 : Plan de développement</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3 Phase 3 : Mise en œuvre</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. **Contenu d’un plan national de lutte contre l’hépatite** ......................................................... 21
   5.1 Systèmes d’information sanitaire .......................................................................................... 21
   5.2 Fourniture de services essentiels ......................................................................................... 22
   5.3 Couverture des populations et atteinte de l’équité .............................................................. 31
   5.4 Couverture des coûts ............................................................................................................ 32

6. **Modèle de plan national de lutte contre l’hépatite** ............................................................. 33
   6.1 État des lieux, cartographie des acteurs et définition des priorités ...................................... 33
   6.2 Gouvernance et structure organisationnelle ....................................................................... 33
   6.3 Rapport avec d’autres politiques, stratégies, plans et programmes .................................... 34
   6.4 Prise en charge de l’hépatite virale ..................................................................................... 34
   6.5 Intégration et mise en œuvre .............................................................................................. 34
   6.6 Cadre financier ................................................................................................................... 34

7. **Cadre de suivi et évaluation** ................................................................................................. 38
   7.1 Suivi ..................................................................................................................................... 39
   7.2 Évaluation .......................................................................................................................... 40

Annexe 1. **Définition des termes** ............................................................................................ 41

Annexe 2. **Processus de révision et de mise à jour d’un plan national et du programme associé** ........................................................................................................................................................................ 43

Annexe 3. **Outil de Planification** ............................................................................................ 45
   Évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS) ............................................................... 45
   OneHealth .................................................................................................................................. 45

Annexe 4. **Guide thématique de l’évaluation du programme national** .................................... 46

Annexe 5. **Liste de contrôle pour lancer ou améliorer les services de traitement de l’hépatite** .............................................................................................................................................................. 53

**Références** .................................................................................................................................. 55
REMERCIEMENTS

Le présent document a fait l’objet de plusieurs amendements et d’essais sur le terrain avant sa publication. Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont donné leur avis sur les différentes versions après avoir utilisé le document dans leurs évaluations de programme. Plusieurs professionnels de divers horizons et spécialités ont contribué à la rédaction de ce document. L’OMS exprime sa sincère gratitude aux personnes citées ci-après pour le temps qu’elles y ont consacré et pour leur soutien.

Benedetta Allegranzi, Organisation mondiale de la Santé; Rana Jawad Asghar, Field Epidemiology and Training Program, Islamabad, Pakistan; Francisco Averhoff, US Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; Mazuwa Banda, Organisation mondiale de la Santé; Isabelle Bergeri, Organisation mondiale de la Santé; Peter Beyer, Organisation mondiale de la Santé; Nicolas Clark, Organisation mondiale de la Santé; Neelam Dhingra-Kumar, Organisation mondiale de la Santé; Martin Donoghoe, Organisation mondiale de la Santé; Philippa Easterbrook, Organisation mondiale de la Santé; Sergey Eremin, Organisation mondiale de la Santé; Marta Gacic-Dobo, Organisation mondiale de la Santé; Jesus Maria Garcia Calleja, Organisation mondiale de la Santé; Massimo Ghidinelli, Organisation mondiale de la Santé; Charles Gore, Alliance mondiale contre l’hépatite; Angelos Hatzakis, Hepatitis B and C Public Policy Association; Lisa Hedman, Organisation mondiale de la Santé; Ana Maria Henao Restrepo, Organisation mondiale de la Santé; Greet Hendrickx, Université d’Anvers; Karen Hennessy, Organisation mondiale de la Santé; Sowmya Kadandale, Organisation mondiale de la Santé; Karyn Kaplan, Treatment Action Group (TAG); Achim Kautz, Association européenne des malades du foie (ELPA); Selma Khamassi, Organisation mondiale de la Santé; Tinne Lernout, Viral Hepatitis Prevention Board; Ying-Ru Jacqueline Lo, Organisation mondiale de la Santé; Niklas Luhmann, Médecins du Monde; Frank Lule, Organisation mondiale de la Santé; Mamunur Malik, Organisation mondiale de la Santé; Ana Maria Padilla Marroquin, Organisation mondiale de la Santé; Isabelle Meyer-Andrieux, Médecins sans Frontières; Antons Mozalevskis, Organisation mondiale de la Santé; Carmem Lucia Pessoa da Silva, Organisation mondiale de la Santé; Vason Pinyowiwat, Organisation mondiale de la Santé; Tatjana Reic, Association européenne des malades du foie (ELPA); Gabriele Riedner, Organisation mondiale de la Santé; Anita Sands, Organisation mondiale de la Santé; Gerard Schmets, Organisation mondiale de la Santé; Andreas Ulrich, Organisation mondiale de la Santé; Annette Verster, Organisation mondiale de la Santé; Jack Wallace, Coalition pour l’éradication de l’hépatite virale en Asie-Pacifique (CEVHAP); Nick Walsh, Organisation mondiale de la Santé; Eric Wiesen, Organisation mondiale de la Santé; Stefan Wiktor, Organisation mondiale de la Santé; Junping Yu, Organisation mondiale de la Santé.

Le présent travail a été coordonné et le document révisé par Hande Harmanci, Organisation mondiale de la Santé. Les premières versions ont été rédigées par Joe Schofield et Sarah Hess. La révision technique a été assurée par Bandana Malhotra, New Delhi, Inde.
<table>
<thead>
<tr>
<th>SIGLE</th>
<th>SIGNIFICATION</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CDI</td>
<td>Consommateur de drogues injectables</td>
</tr>
<tr>
<td>CSU</td>
<td>Couverture sanitaire universelle</td>
</tr>
<tr>
<td>HSH</td>
<td>Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes</td>
</tr>
<tr>
<td>HBeAg</td>
<td>Antigène-e de l’hépatite B</td>
</tr>
<tr>
<td>HBsAg</td>
<td>Antigène de contact surface de l’hépatite B</td>
</tr>
<tr>
<td>IEC</td>
<td>Information, éducation et communication</td>
</tr>
<tr>
<td>Ig</td>
<td>Immunoglobuline</td>
</tr>
<tr>
<td>IPC</td>
<td>Infection, prévention et contrôle</td>
</tr>
<tr>
<td>IST</td>
<td>Infection sexuellement transmissible</td>
</tr>
<tr>
<td>JANS</td>
<td>Evaluation conjointe des stratégies nationales</td>
</tr>
<tr>
<td>MS</td>
<td>Ministère de la Santé</td>
</tr>
<tr>
<td>NU</td>
<td>Nations Unies</td>
</tr>
<tr>
<td>OMS</td>
<td>Organisation mondiale de la Santé</td>
</tr>
<tr>
<td>ONG</td>
<td>Organisation non gouvernementale</td>
</tr>
<tr>
<td>ONUSIDA</td>
<td>Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA</td>
</tr>
<tr>
<td>OST</td>
<td>Traitement de substitution aux opiacés</td>
</tr>
<tr>
<td>PAS</td>
<td>Programme de distribution d’aiguilles et de seringues</td>
</tr>
<tr>
<td>PIS+</td>
<td>Partenariat International pour la Santé +</td>
</tr>
<tr>
<td>S&amp;E</td>
<td>Suivi et évaluation</td>
</tr>
<tr>
<td>STAG</td>
<td>Groupe consultatif stratégique et technique</td>
</tr>
<tr>
<td>SWOT</td>
<td>Forces, faiblesses, opportunités, menaces</td>
</tr>
<tr>
<td>TB</td>
<td>Tuberculose</td>
</tr>
<tr>
<td>TIC</td>
<td>Technologie de l’information et de la communication</td>
</tr>
<tr>
<td>UNODC</td>
<td>Office des Nations Unies contre la drogue et le crime</td>
</tr>
<tr>
<td>VHA</td>
<td>Virus de l’hépatite A</td>
</tr>
<tr>
<td>VHB</td>
<td>Virus de l’hépatite B</td>
</tr>
<tr>
<td>VHC</td>
<td>Virus de l’hépatite C</td>
</tr>
<tr>
<td>VHD</td>
<td>Virus de l’hépatite D</td>
</tr>
<tr>
<td>VHE</td>
<td>Virus de l’hépatite E</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PRÉFACE


Le travail de l’OMS dans le domaine de l’hépatite ayant pris de l’ampleur, les pays ont commencé à demander des conseils pour l’élaboration des plans nationaux de lutte contre cette maladie. Etant donné qu’une riposte globale à l’hépatite virale chevauche plusieurs domaines d’activité, il s’est avéré utile, par souci de commodité, de rassembler toutes les recommandations de l’OMS y afférentes. Ainsi, la section de planification générale est délibérément brève, avec des références aux documents pertinents de l’OMS, et davantage de place est réservée à l’information et aux recommandations actuelles spécifiques à la riposte à l’hépatite. On trouvera ici des références exhaustives aux documents et liens relatifs à des domaines particuliers tels que la sécurité transfusionnelle, la sécurité des injections, la vaccination et la réduction des effets nocifs, entre autres.

Le manuel a pour objet de donner des orientations aux professionnels de la santé publique chargés de gérer la riposte à l’hépatite virale. Étant donné que les besoins de chaque pays varient en fonction de l’épidémiologie et du niveau de riposte actuel, ce manuel sera utilisé de différentes manières. Il vise à:

- aider à réfléchir plus globalement à la question de la riposte à l’hépatite dans un pays;
- offrir une approche graduelle de l’élaboration d’un plan et/ou programme national de lutte contre l’hépatite;
- proposer une structure de gouvernance susceptible d’être adaptée selon les besoins;
- proposer les grandes lignes d’un plan national de lutte contre l’hépatite.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Charge de morbidité

L’hépatite virale est un groupe de maladies infectieuses qui représentent un important problème de santé à l’échelle mondiale. L’hépatite virale est causée par l’un des cinq types de virus – les virus hépatiques A, B, C, D et E. Selon les plus récentes estimations de l’étude sur la charge mondiale de morbidité, l’hépatite virale est responsable d’environ 1,5 million de décès par an, ce qui est comparable au nombre de décès imputables annuellement au VIH/sida (1,3 million), au paludisme et à la tuberculose (0,9 million et 1,3 million, respectivement) (1).

Selon les estimations, 240 millions de personnes souffrent d’une infection chronique par le virus de l’hépatite B (VHB), et entre 130 et 150 millions par le virus de l’hépatite C (VHC). On estime également que la majorité des personnes souffrant d’hépatite B chronique et/ou d’hépatite C ignorent leur infection et ne bénéficient pas de soins, traitements et interventions cliniques destinés à réduire la transmission ultérieure. En l’absence de diagnostic et de traitement appropriés, environ un tiers des personnes souffrant d’une infection chronique par le virus de l’hépatite virale mourront des suites d’une maladie grave du foie, notamment la cirrhose, le cancer du foie et l’insuffisance hépatique (2).

En réponse à ce problème mondial de santé publique, l’Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2010 la résolution WHA63.18 sur l’hépatite virale, invitant instamment les États Membres à reconnaître et à résoudre la question de l’hépatite virale à travers l’amélioration des efforts de prévention et de lutte contre cette maladie (3).

En 2012, l’Organisation mondiale de la Santé a établi un cadre pour l’action mondiale de prévention et de lutte contre l’infection par le virus de l’hépatite virale, dont l’action a été alignée sur les quatre axes stratégiques suivants : la sensibilisation, la promotion des partenariats et la mobilisation des ressources; la politique fondée sur des bases factuelles et les données pour l’action; la prévention de la transmission; et le dépistage, les soins et le traitement (4).

En 2013, l’OMS a publié un rapport sur la politique mondiale en matière de prévention et de lutte contre l’hépatite virale (5), basé sur une enquête auprès des États Membres. Il ressort du rapport que la mise en œuvre d’une réponse nationale globale est un défi pour beaucoup de gouvernements, en raison de la forte charge de morbidité des maladies liées à l’hépatite, des différents modes de transmission et des résultats pour la santé de la population. Moins de la moitié des États Membres ayant répondu à l’enquête avaient une stratégie nationale écrite portant exclusivement ou essentiellement sur l’hépatite virale, et moins d’un tiers étaient dotés d’une unité ou d’un département public chargé exclusivement des activités liées à l’hépatite virale.

Il a été demandé aux États Membres d’indiquer comment l’OMS pourrait les aider à élaborer une riposte nationale vigoureuse. Cinquante-huit pour cent ont demandé une assistance technique pour l’élaboration d’un plan national de lutte contre l’hépatite virale.
L’Assemblée mondiale de la Santé qui s’est tenue en mai 2014 a adopté la résolution WHA67.6 qui note avec inquiétude que l’accès aux interventions de prévention, de dépistage et de traitement de l’hépatite virale est insuffisant et exhorte l’OMS et les États Membres à prendre un certain nombre de mesures pour élargir à nouveau des ripostes contre l’hépatite virale à l’échelle nationale et mondiale. La résolution invite instamment les États Membres à mettre au point et à appliquer des stratégies nationales multisectorielles coordonnées pour prévenir, diagnostiquer et traiter l’hépatite virale, en fonction du contexte épidémiologique local (6).

La résolution WHA67.6 charge l’OMS de fournir un appui technique, des orientations et un avis d’expert en matière de conception, d’exécution, de suivi et évaluation de solides plans nationaux de lutte contre l’hépatite.

L’OMS examinera la première stratégie mondiale du secteur de la santé et les objectifs de la lutte contre l’hépatite virale à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé prévue en mai 2016. Une large consultation est en cours actuellement avec tous les partenaires appropriés à travers une variété de moyens de communication (réunions virtuelles et physiques, consultations en ligne, enquêtes) afin de parvenir à un consensus mondial sur les priorités d’action et les objectifs à atteindre pour éliminer l’hépatite virale en tant que problème de santé publique. Pour atteindre ces objectifs mondiaux, les pays doivent mettre en œuvre des programmes plus robustes de lutte contre l’hépatite basés sur des plans globaux pertinents.

**TABLEAU 1** Résumé des actions de la résolution WHA67.6

<table>
<thead>
<tr>
<th>Les États Membres sont instamment invités à :</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Mettre au point et appliquer des stratégies nationales multisectorielles coordonnées pour prévenir, diagnostiquer et traiter l’hépatite virale, y compris :</td>
</tr>
<tr>
<td>- Des systèmes de surveillance robustes pour permettre l’élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles,</td>
</tr>
<tr>
<td>- Le renforcement des mesures de lutte contre l’infection dans les domaines de l’approvisionnement en denrées alimentaires, en eau potable, de l’hygiène personnelle et des prestations des soins de santé,</td>
</tr>
<tr>
<td>- L’élargissement de la couverture vaccinale et la mise en œuvre des programmes de vaccination, de réduction des risques, de dépistage et de traitement,</td>
</tr>
<tr>
<td>- L’accès accru au traitement antiviral,</td>
</tr>
<tr>
<td>- Des mesures administratives et juridiques pour combattre la stigmatisation et la discrimination liées à l’hépatite virale;</td>
</tr>
<tr>
<td>• Promouvoir la participation de la société civile dans la mise au point d’une riposte nationale à l’hépatite virale.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**1.2 Importance de la planification**

La planification est le processus qui consiste à réfléchir aux activités nécessaires à l’atteinte d’un objectif donné et à les organiser. Il s’agit de prendre des décisions dans le présent qui se traduiront par des changements positifs dans l’avenir. La présente section est adaptée du cadre de l’OMS pour la planification nationale, actuellement disponible en anglais.

Dans un pays, le plan national du secteur de la santé est élaboré à l’échelle la plus large pour toutes les activités et services de santé, et des plans spécifiques sont mis au point dans le cadre de la lutte contre des maladies (comme l’hépatite ou le VIH) ou en faveur de groupes prioritaires particuliers (Programme de santé maternelle et infantile, par exemple). Le type de plan approprié dépendra du contexte dans lequel la planification sera effectuée. Les pays à forte charge de morbidité pourraient nécessiter que des plans axés sur certaines maladies
Il convient de rappeler qu’un pays à faible prévalence peut encore avoir une forte charge de morbidité de l’hépatite, parce que l’hépatite chronique peut se caractériser par une forte prévalence concentrée au sein d’un certain groupe d’âge ou de quelques populations clés ; et dans une telle situation, les populations concernées nécessiteront des interventions de soins de santé spécifiques, telles que le traitement de maladies chroniques, la transplantation ou la chimiothérapie. Aussi conviendrait-il, dans l’intérêt du pays, de mettre en œuvre un plan national de lutte contre l’hépatite ciblant spécifiquement cette situation.

Les plans nationaux du secteur de la santé donnent l’orientation stratégique globale du secteur de la santé. Aussi est-il important que la planification spécifique des domaines d’action prioritaire, à savoir la lutte contre l’hépatite, la santé maternelle et infantile, la prévention et la lutte contre l’infection ou le VIH/sida, soit alignée sur la planification nationale du secteur de la santé. Toutefois, il y a souvent une absence de coordination entre la planification des programmes axés sur certaines maladies précises et les politiques, stratégies et plans nationaux de santé. Cela entraîne la fragmentation ainsi que l’accroissement des coûts opérationnels dans la mise en œuvre des programmes de santé. Les causes de ce décalage sont notamment les suivantes :

1. Analyse de situation insuffisante et inadéquation dans l’établissement des priorités en ce qui concerne les questions de programme et de système;
2. Décalage entre la planification opérationnelle par les divers programmes et le dialogue des décideurs sur les politiques, stratégies et plans nationaux de santé – ils sont souvent mis en œuvre par des groupes techniques différents avec des cycles de planification différents;
3. Mode d’allocation des fonds par les donateurs qui exigent l’établissement de rapports pour leurs – et leurs seules – contributions;
4. Concurrence pour les rares ressources disponibles, et
5. Déséquilibres dans l’établissement des priorités nationales.

La planification sanitaire à tous les niveaux doit être diversifiée, en prenant en considération les ressources réelles et potentielles des autres organes tels que le secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG), et en intégrant les actions appropriées de secteurs autres que celui de la santé.

Il convient de noter que les termes stratégie, politique, plan et programme sont utilisés de manière interchangeable dans le texte et d’un pays à l’autre, en fonction de plusieurs facteurs tels que les spécificités, la culture politique et l’histoire régionale et nationale. Cela met également en évidence la diversité des approches et des niveaux auxquels le processus est entrepris. Il en est de même pour les termes buts, cibles et objectifs. Aussi importe-t-il de tenir compte de cette diversité. Les définitions des termes clés utilisés dans le manuel sont présentées de façon détaillée à l’annexe 1.
Aux fins du présent manuel, une stratégie/un plan national :

- définit les priorités, buts et objectifs nationaux;
- indique les actions nécessaires pour atteindre certains objectifs et buts;
- permet l’utilisation efficace et efficiente des ressources;
- assigne des rôles et responsabilités clairs aux diverses parties prenantes;
- permet de mesurer le progrès réalisés et offre un cadre d’évaluation de la performance.

Certains pays peuvent s’attaquer à l’hépatite virale dans le cadre d’un autre plan axé sur certaines maladies précises (p. ex. prévention des infections virales transmises par voie sanguine, des maladies transmissibles/infectieuses ou du cancer). Si tel est le cas, nous leur recommandons d’utiliser le présent document pour s’assurer que tous les points relatifs à la prévention, au diagnostic et au traitement de l’hépatite sont abordés dans le plan et le programme en question.

La figure 1 présente un exemple de cadre des politiques, stratégies et plans de santé nationaux.

**FIGURE 1. Cadre pour les politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux (7)**

![Diagram showing the framework of national health policies, strategies, and plans](image-url)
1.3 But et objectifs

Le présent manuel vise à fournir un cadre et des orientations pour l’élaboration ou le renforcement des plans nationaux de lutte contre l’hépatite virale. Il est aligné sur une approche de la planification de la maladie pour les systèmes sanitaires, et il appuie un processus de prise de décisions fondé sur des bases factuelles afin de riposter à l’hépatite.

1.4 Public cible

Ce guide est destiné avant tout aux principaux décideurs et gestionnaires de programmes des ministères de la Santé qui sont chargés de l’élaboration et de la mise en œuvre des plans nationaux de lutte contre l’hépatite virale. Il présente également un intérêt pour toutes les parties prenantes qui participent à la riposte contre l’hépatite, notamment les prestataires de services, les universitaires, les partenaires de la société civile et les ONG.

1.5 Structure du manuel

Le manuel comprend les sections suivantes :

1ère Partie. Introduction
Cette section décrit le contexte et donne un aperçu de la situation actuelle de la planification de la lutte contre l’hépatite à l’échelle nationale et mondiale; elle met en exergue l’importance de la planification et décrit le but et la structure du manuel.

2e Partie. Principes directeurs pour l’élaboration efficace d’un plan national de lutte contre l’hépatite
Cette section décrit les principes clés à prendre en considération dans l’élaboration d’un plan. Le fait de tenir compte et d’inclure méthodiquement ces principes dans le processus de planification permettra de s’assurer que le plan national est efficace et approprié.

3e Partie. Planification nationale de la lutte contre l’hépatite dans le cadre de la couverture sanitaire universelle
Cette section situe la planification nationale dans le contexte des principes régissant la couverture sanitaire universelle.

4e Partie. Processus et étapes de l’élaboration d’un plan national de lutte contre l’hépatite
Cette section porte essentiellement sur le processus de planification, y compris l’attribution des rôles de gouvernance et de gestion, l’analyse de la situation, l’établissement des priorités, la définition des objectifs, la définition des synergies au regard des politiques et programmes mondiaux et nationaux pertinents, le repérage des occasions d’intégration, le calcul des coûts et le financement du plan.

5e Partie. Éléments du plan national de lutte contre l’hépatite
Cette section porte sur le contenu du plan. Des informations et des indications détaillées sont fournies pour chaque domaine pertinent : sensibilisation, perfectionnement du personnel, données pour l’élaboration de politiques et d’actions, prévention primaire, dépistage, test de diagnostic, et soins et traitement cliniques. La cinquième partie contient également les
résumés des recommandations de l’OMS concernant la riposte à l’hépatite, y compris la prévention, le test et le traitement. Des liens avec les documents originaux sont fournis pour de plus amples informations.

6° Partie. Modèle d’élaboration d’un plan national de lutte contre l’hépatite virale
La sixième partie présente un modèle de plan national comprenant des buts et des objectifs donnés à titre d’exemple, et propose des activités dans la perspective des pays. Le modèle vise à offrir des exemples et n’est donc pas exhaustif. Il devrait être considéré comme un point de départ utile pour un plan adapté au contexte du pays.

7° Partie. Cadre de suivi et évaluation
Ce cadre est fondé sur les quatre niveaux de suivi et évaluation (S&E) suivants : ressources, produits, résultats et impacts. L’importance du S&E est mise en exergue dans l’optique de la mise en œuvre et de l’efficacité du plan et du programme associé.

Annexe 1 : Définition des termes
Cette annexe contient les définitions de quelques-uns des termes utilisés dans le présent manuel.

Annexe 2 : Processus d’examen et de mise à jour d’un plan national et du programme associé
L’examen et la mise à jour du plan national sont essentiels pour continuer à progresser. Cette section donne des exemples de diverses activités d’examen qui peuvent être menées à des points précis du cycle du programme.

Annexe 3 : Outils de planification
Cette annexe contient des références aux outils de l’évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS) et de «OneHealth».

Annexe 4 : Guide thématique pour l’évaluation d’un programme national
Le guide thématique est un outil d’évaluation d’un programme de lutte contre l’hépatite virale. Il permet de repérer les lacunes et les besoins, et contribue donc au processus de planification et à l’examen des plans existants.

Annexe 5 : Liste de contrôle pour le démarrage et l’intensification des services de traitement de l’hépatite
Cette liste de contrôle permet une évaluation rapide de l’état de préparation du programme pour la mise en œuvre du traitement contre l’hépatite.

1.6 Comment utiliser le manuel, le guide thématique et le modèle
Le manuel a pour objet de servir de ressource pour appuyer le processus d’élaboration des plans de lutte contre l’hépatite au niveau régional. Il est destiné aux pays qui veulent renforcer un plan existant et à ceux qui en sont aux phases initiales de la planification. Par ailleurs, des exemples sont donnés pour orienter l’élaboration d’un plan propre à un contexte donné, pertinent et adapté aux conditions locales.
2. PRINCIPES DIRECTEURS DE L’ÉLABORATION EFFICACE D’UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE

L’objectif prioritaire de l’OMS est d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Le présent document a été élaboré sur la base de ce principe et de celui de la Déclaration universelle des droits de l’homme (8). Les pays qui envisagent d’entreprendre une planification nationale doivent prendre en considération les principes directeurs suivants.

2.1 Leadership et gouvernance

Le leadership et la gouvernance des systèmes de santé constituent sans doute les éléments les plus complexes, mais essentiels de tout système de santé. Il s’agit du rôle du gouvernement dans la santé et de sa relation avec d’autres acteurs dont les activités influent sur la santé. Cela signifie la supervision et l’orientation de tout le système de santé – privé et public – afin de protéger l’intérêt général. Cette démarche nécessite une action politique et technique, parce qu’elle exige de concilier des demandes concurrentes avec des ressources limitées, dans un contexte changeant, par exemple, avec des attentes croissantes, des sociétés plus pluralistes, la décentralisation, ou un secteur privé en expansion. L’attention est surtout portée sur la corruption, ce qui implique le recours à une approche de la santé basée davantage sur les droits de l’homme. Il n’existe pas de modèle de leadership et de gouvernance sanitaires efficaces. Certes, en fin de compte, cela relève de la responsabilité du gouvernement, mais les fonctions de leadership et de gouvernance ne doivent en aucun cas être assumées uniquement par les ministères centraux de la santé. L’expérience semble indiquer que certaines fonctions clés sont communes à tous les systèmes de santé, quelle que soit la manière dont ceux-ci sont organisés.

- **Orientation politique** : formulation des stratégies sectorielles et des politiques techniques spécifiques; définition des objectifs, des orientations et des priorités de dépense dans l’ensemble des services; définition des rôles des acteurs publics, privés et bénévoles, et du rôle de la société civile;
- **Information et supervision** : obtenir, analyser et exploiter les informations sur les tendances et les lacunes en matière de moyens, d’accès au service, de couverture, de sécurité; sur la réactivité, la protection financière et les résultats sanitaires, en particulier pour les groupes vulnérables; sur les effets des politiques et des réformes; sur l’environnement politique et les possibilités d’action; et sur les options politiques;
• **Collaboration et création de coalitions** : dans l’ensemble des secteurs du gouvernement et avec des acteurs opérant à l’extérieur du gouvernement, y compris la société civile, pour influencer l’action sur les facteurs clés de la santé et l’accès aux services de santé; obtenir un appui en faveur des politiques publiques; et établir un lien entre les différentes parties dans ce que l’on appelle «gouvernement décloisonné»;

• **Règlement** : concevoir des règles et des incitations et s’assurer qu’elles sont appliquées en toute impartialité;

• **Conception du système** : assurer la concordance entre la stratégie et la structure, et réduire les doubles emplois et la fragmentation;

• **Responsabilité** : s’assurer que tous les acteurs du système de santé rendent compte publiquement de leurs activités. La transparence est nécessaire pour parvenir à une responsabilisation réelle.

Pour de plus amples informations, prière de se référer à «L’affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires : Cadre d’action de l’OMS» (9).

2.2 **Droits humains et équité**

L’hépatite virale aura probablement un impact disproportionné sur certains groupes de la société, y compris ceux dont le niveau socioéconomique est faible, ceux qui ont un accès limité aux soins de santé, les populations indigènes, les émigrés et les groupes marginalisés comme les consommateurs de drogues injectables (CDI), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe et les prisonniers. De plus, les comorbidités avec le VIH, la tuberculose et une mauvaise santé mentale sont également très fréquentes dans ces groupes. Pour promouvoir l’équité en santé et réduire la charge de morbidité au sein de ces groupes, plusieurs questions de droits de l’homme telles que la stigmatisation, la discrimination, l’exclusion sociale et le faible accès aux services, doivent être abordées dans une perspective de justice sociale. Par exemple, la détention dans des lieux fermés comme les prisons, ne devrait pas priver les individus du droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible. Il importe également que des mesures soient prises pour s’assurer que les personnels concernés de ces lieux comprennent les questions qui affectent les populations à risque, ainsi que les voies et moyens de s’engager efficacement auprès de celles-ci et de les soutenir.

En fin de compte, la conception et l’offre d’informations culturellement appropriées sur l’hépatite virale, son traitement, sa prévention et les options de soins, sont essentielles pour surmonter les barrières inhérentes aux faibles compétences sanitaires dans certains milieux.

2.3 **Renforcement et intégration des systèmes de santé**

Un système de santé englobe toutes les organisations, institutions, ressources et populations dont le but principal est d’améliorer la santé. Le renforcement des systèmes de santé vise à accroître les capacités des individus, des systèmes et des organisations qui constituent le secteur de la santé. Le tableau 2 présente les composantes essentielles d’une riposte efficace du système de santé à l’hépatite virale.

Un plan national de lutte contre l’hépatite englobera un ensemble d’actions intégrées et globales à mettre en œuvre à l’échelle nationale dans un délai précis. Il convient de noter
L’importance considérable que revêtent l’intégration de la planification axée sur certaines maladies dans le secteur national de la santé, et l’intégration des services portant sur des maladies spécifiques dans le cadre des services existants. C’est le seul moyen de maximiser les synergies, d’éviter les doubles emplois, de pérenniser les résultats et de promouvoir un bon rapport coût-efficacité.

Dans le contexte de l’hépatite, les services de prévention, de diagnostic et de traitement pourront être offerts de différentes manières; par exemple par l’intermédiaire des installations polyvalentes et communautaires de soins de santé (telles que les centres de soins de santé primaires), ou des services de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), les dispensaires de soins prénatals, etc.

Il convient de noter l’importance considérable que revêtent l’intégration de la planification axée sur certaines maladies dans le secteur national de la santé, et l’intégration des services portant sur des maladies spécifiques dans le cadre des services de santé existants. C’est le seul moyen de maximiser les synergies, d’éviter les doubles emplois, de pérenniser les résultats et de promouvoir un bon rapport coût-efficacité.

2.4 Politique et planification fondées sur des bases factuelles

L’élaboration des politiques de santé fondées sur des bases factuelles est une approche des décisions politiques, qui vise à assurer que la prise de décision repose sur les meilleurs éléments de preuve disponibles. Elle est caractérisée par l’accès systématique et transparent aux éléments de preuve, et l’évaluation de ceux-ci en tant que contribution au processus de prise de décision. La figure 2 présente les phases du processus de prise de décision fondée sur des bases factuelles.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Six composantes du renforcement des systèmes de santé</th>
<th>Résultat attendu des programmes de lutte contre l’hépatite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leadership et gouvernance efficaces et transparents</td>
<td>Solide engagement politique, politique nationale favorable, leadership et responsabilisation, riposte coordonnée</td>
</tr>
<tr>
<td>Mécanismes de financement équitables et durables</td>
<td>Disponibilité en temps opportun des ressources financières pour la mise en œuvre des programmes, la protection des populations contre les coûts prohibitifs des interventions dont elles ont besoin, mais qu’elles ne peuvent pas financer</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressources humaines pour la santé</td>
<td>Un nombre suffisant de membres du personnel formés de manière appropriée pour mettre en œuvre des interventions de haute qualité adaptées sur le plan culturel</td>
</tr>
<tr>
<td>Produits médicaux, infrastructure et technologie essentielles</td>
<td>Acquisition et fourniture de médicaments, de produits et d’outils peu coûteux pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l’hépatite</td>
</tr>
<tr>
<td>Prestation de services</td>
<td>Mise en œuvre d’interventions de grande ampleur contre l’hépatite en faveur des populations qui en ont besoin</td>
</tr>
<tr>
<td>Système d’information fonctionnel sur la santé pour assurer le suivi et évaluation, et orienter la prise de décision</td>
<td>Production, analyse et diffusion en temps opportun d’informations fiables</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TABLEAU 2 Les six composantes du renforcement des systèmes de santé
2.5 Faisabilité, coût-efficacité et impact

L’évaluation de la faisabilité d’un projet de programme de santé implique une évaluation du programme afin de déterminer la possibilité de le mettre en œuvre en utilisant la capacité technique existante du pays. L’évaluation de la faisabilité englobe également des considérations de coût-efficacité. Par exemple, peut-on exécuter le programme proposé avec le budget prévu et accorder la priorité aux interventions sur la base de l’ampleur de leur impact sur la mortalité et la morbidité ? Lorsqu’un système de santé a une portée limitée ou faible, les activités et l’appui au renforcement des capacités doivent être inclus dans le plan stratégique national.

2.6 Une approche de santé publique

Les principes d’une approche de santé publique offrent un cadre utile pour orienter une riposte à l’hépatite virale. On peut transformer les étapes classiques en une approche de santé publique contre l’hépatite virale, en procédant de la manière suivante :

1. Définir le problème à travers la collecte systématique des informations sur l’ampleur, la portée, les caractéristiques et les conséquences de l’hépatite virale.
2. Établir les causes des infections hépatiques, en recourant à la recherche et aux signes épidémiologiques pour identifier les déterminants sociaux de l’infection, les facteurs qui accroissent ou réduisent le risque individuel et ceux qui peuvent être modifiés par des interventions appropriées.

Concrètement, une approche de santé publique au titre de la conception et de la mise en œuvre des interventions contre l’hépatite doit être fondée sur les quatre concepts suivants : des interventions abordables, acceptables, accessibles et appropriées (11)?
3. PLANIFICATION NATIONALE DE LA LUTTE CONTRE L’HÉPATITE DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Il est important de conceptualiser le plan national de lutte contre l’hépatite dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU). La CSU a été définie comme le résultat visé en matière de performance du système de santé, par lequel tous ceux qui ont besoin de services de santé (promotion, prévention, traitement, réadaptation et soins palliatifs) les reçoivent, sans contraintes financières injustifiées. La CSU comprend deux composantes interdépendantes : l’éventail complet des services de santé essentiels, de haute qualité selon les besoins, et la protection contre les contraintes financières, y compris l’appauvrissement éventuel consécutif au paiement des frais réels des services de santé. Les deux composantes devront être bénéfiques à l’ensemble de la population (12).

Pour qu’une communauté ou un pays assure la CSU, plusieurs facteurs doivent être mis en place, notamment :

- Un système de santé solide, efficace, bien organisé qui couvre les besoins de santé prioritaires grâce aux soins intégrés axés sur les populations (y compris les services de lutte contre l’hépatite, le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, et les soins de santé maternelle et infantile) à travers les actions suivantes :
  - Informer les populations et les encourager à rester en bonne santé et à prévenir les maladies (promotion de la santé et prévention);
  - Détecter précocement les problèmes de santé (diagnostic précoce);
  - Avoir la capacité de traiter les maladies (traitement);
  - Aider les malades en matière de réadaptation.
- Accessibilité économique – un système de financement des services de santé qui met ses utilisateurs à l’abri des contraintes financières. Cela peut être réalisé de diverses manières.
- Accès aux médicaments et technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux.
- Un nombre suffisant d’agents de santé bien formés et motivés pour offrir des services destinés à satisfaire les besoins des malades sur la base des meilleures données probantes disponibles.

Conformément au cadre de la CSU, les plans nationaux de lutte contre l’hépatite pourront être structurés comme suit :

- Offrir les services essentiels de lutte contre l’hépatite dans le cadre du continuum des soins;
- Couvrir les populations et assurer l’équité;
- Couvrir les coûts.

Il n’existe pas de modèle universel unique de CSU; les pays devront adapter leurs propres stratégies et voir comment intégrer l’hépatite dans ce cadre.
4. PROCESSUS ET PHASES D’ÉLABORATION D’UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE

Le plan national de santé fait référence au processus qui consiste à définir le problème de santé, recueillir et synthétiser les données, formuler et organiser les activités nécessaires pour atteindre un objectif défini afférent au problème de santé. En d’autres termes, la planification d’une maladie spécifique nécessite l’utilisation des données et des compétences pour analyser la charge de morbidité et les schémas pathologiques du pays; l’établissement des priorités pour réduire cette charge; la mise en œuvre d’une série d’actions ciblées, évaluées et réalisables, ainsi que des mécanismes confirmés de suivi et évaluation de l’exécution du plan.

Les phases décrites dans la figure 3 sont examinées en détail dans les sections suivantes.

**FIGURE 3.** Phases d’élaboration, de mise en œuvre et d’évaluation d’un plan national

**Élaboration**
- Établir une structure de gestion et des mécanismes de gouvernance.
- Elaborer un plan de travail.
- Faire une analyse de situation, y compris une analyse des intervenants, l’épidémiologie, le contexte socioéconomique, l’offre de services courants, le contexte politique et juridique, et contexte financier.

**Élaboration du plan**
- Définir les priorités (buts, objectifs, cibles, activités); désigner les organismes responsables et partenaires.
- Évaluer et allouer le budget du plan national.
- Élaborer un plan de suivi et évaluation.

**Mise en œuvre**
- Approuver, lancer et diffuser le plan national.
- Faire élaborer des plans opérationnels par des groupes de travail techniques pour s’assurer de la réalisation des activités nécessaires.

**Suivi et évaluation**
- Assurer régulièrement le suivi des indicateurs de données et de performance de l’activité.
- Évaluer les progrès périodiquement conduct performance reviews.
- Évaluer les réalisations, examiner les besoins et les priorités, et stimuler le plan national.
4.1. Phase 1 : Élaboration

4.1.1 Mettre en place une structure de gestion et des mécanismes de gouvernance
Dans beaucoup de pays, l’hépatite n’est pas mentionnée explicitement dans la définition des fonctions à remplir par tout employé du ministère de la Santé. Une première phase importante consiste à désigner une personne, au moins à temps partiel au départ, pour se charger de la phase d’élaboration. Si, à la fin de l’analyse de situation, on juge possible et nécessaire de mettre en place une structure de gestion plus visible, la dotation en personnel pourrait alors être évaluée et adaptée aux besoins.
Cette personne doit être autorisée à lancer et à gérer la phase d’élaboration, voire à proposer un Groupe consultatif stratégique et technique (STAG) (voir Section 4.3), faire fonction de secrétariat et rapporter l’évolution de la situation au ministre ou à un haut responsable désigné.

4.1.2 Élaborer un plan de travail au titre du processus de planification
Le responsable désigné, en collaboration avec le STAG, doit élaborer un plan de travail assorti d’un calendrier, d’étapes et d’un budget clairs, et définir les rôles et les responsabilités. Si l’assistance technique est nécessaire pour l’élaboration d’un plan national, il convient de solliciter de l’aide dès le début du processus.

4.1.3. Faire une analyse de situation
Une analyse de la situation sanitaire est une évaluation de la situation actuelle, et elle est fondamentale pour concevoir et actualiser les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé.
Une analyse de situation solide ne se limite pas à une simple collecte de faits qui décrivent l’épidémiologie, la démographie et l’état de santé de la population. Elle doit être complète, englobant toute la gamme des questions de santé actuelles et des questions futures potentielles liées à l’hépatite ainsi que leurs déterminants. L’analyse de situation doit aussi être désagrégée par virus hépatiques spécifiques (A, B, C, D et E) pour s’assurer que tous les aspects pertinents de la prévention et de la lutte contre cette maladie sont abordés. Elle doit également évaluer la situation actuelle et la comparer aux attentes et aux besoins du pays. Une analyse de situation sert de base à l’établissement des priorités et elle doit inclure une évaluation des points suivants :
• Les déterminants sociaux de la santé, y compris la charge de morbidité actuelle et prévue;
• Les attentes, y compris la demande de services actuelle et prévue;
• La performance du système de santé;
• La capacité du secteur de la santé;
• Les ressources du système de santé (y compris les politiques, stratégies et plans nationaux de santé) (13).

a. Contexte épidémiologique
Pour l’essentiel, l’analyse du contexte épidémiologique répondra aux questions suivantes :

1. Qui est affecté par l’hépatite ? *Populations à risque, tendances de la répartition par âge de l’incidence, de la prévalence et de la mortalité*

2. Quand l’infection touche-t-elle ? *Dans quelles circonstances la transmission a-t-elle lieu et dans quels populations et groupes d’âge?*

3. Quelles zones sont les plus touchées ? *Répartition géographique de la charge morbide de l’hépatite, zones de flambées et de forte prévalence*

4. Comment est-on atteint ? *Analyse de la population, et impact et répercussions individuels de la maladie*

*b. Déterminants sociaux*


Il est démontré que divers facteurs influent sur le risque encouru par les populations de contracter l’hépatite, de solliciter le dépistage ou les soins. La charge morbide de l’hépatite est plus forte dans certains groupes ethniques et communautés indigènes. Des lieux comme les prisons accélèrent la transmission et peuvent réduire l’accès aux soins et traitements appropriés. Des groupes marginalisés tels que les travailleurs du sexe, les CDI et les HSH courent un risque accru de contracter l’hépatite et d’autres maladies sexuellement transmissibles.

L’adoption d’une approche axée sur les déterminants sociaux de la planification d’une riposte à l’hépatite exige que les gouvernements coordonnent et alignent différents secteurs et différents types d’organisations dans la poursuite des objectifs de santé et de développement.

c. Analyse des intervenants

L’analyse des intervenants est un processus qui consiste à recueillir et analyser systématiquement les informations visant à déterminer ceux dont les intérêts doivent être pris en considération lors de l’élaboration et/ou de la mise en œuvre d’une politique ou d’un programme (15). Les personnes ou organisations ayant des intérêts acquis dans le programme sont considérées comme des intervenants, et cela englobera divers niveaux du ministère de la Santé et d’autres ministères concernés, les programmes annexes, les dirigeants provinciaux et de districts, les institutions universitaires et de recherche, la société civile, les organisations communautaires, les ONG, le secteur privé, et dans certains cas, les donateurs/partenaires du développement, y compris les fondations philanthropiques.

La participation des intervenants à diverses phases de l’élaboration et de la validation d’un plan national permettra de s’assurer que l’ensemble des activités et acteurs pertinents et efficaces sont intégrés dans le plan et le programme. Cela influe directement sur la force du plan, garantit sa conformité avec les stratégies et priorités nationales, et accroît la probabilité de son adoption et de sa mise en œuvre.

d. Contexte politique et juridique

Un examen de la politique englobe une description des règles, lois et politiques existantes qui influent sur les déterminants de l’hépatite virale et les populations les plus à risque
et celles touchées par la maladie. À ce niveau, il est important de découvrir d'autres documents et stratégies politiques qui portent sur des domaines d'activité pertinents (p. ex. politique nationale de sécurité transfusionnelle, politique nationale de sécurité des injections, politique nationale de vaccination, etc.). La mention de l'hépatite dans le plan national de santé justifiera plus fortement l'élaboration, par le programme technique, d’un plan national de lutte contre cette maladie. Il importe également de mettre en évidence les documents d’appui technique qui existent dans le pays, tels que les directives sur le traitement, la surveillance ou le dépistage.

De plus, les politiques relatives à la lutte contre les infections dans les établissements sanitaires, la réduction des risques, les soins prénatals, etc. doivent être pris en considération, ainsi que les politiques antidiscriminatoires, de défense des droits de l’homme et de respect de la confidentialité des informations concernant les malades.

Plusieurs changements politiques et juridiques peuvent s’avérer nécessaires pour appuyer l’exécution du plan national. Il peut s’agir des moyens administratifs et juridiques visant à :

- promouvoir l’accès aux services et technologies de prévention, de diagnostic et de traitement, y compris les services de réduction des risques;
- prévenir et lutter contre la stigmatisation et la discrimination subies par les populations vivant avec et affectées par l’hépatite virale dans les domaines de l’emploi, de l’éducation, du logement et de l’accès aux soins.

Les pays devraient envisager de définir et de supprimer les obstacles à la mise en œuvre efficace de leur plan dans les domaines réglementaires et législatifs complémentaires, y compris en matière de lutte contre les infections dans les établissements sanitaires et d’autres lieux (p. ex. là où le tatouage et le piercing sont effectués), ainsi que dans ceux de la justice criminelle, de la toxicomanie et du sevrage, des droits sociaux, de l’égalité et des droits humains.

Une fois toutes les politiques pertinentes dans le pays définies, on peut y faire référence dans le plan national.

**e. Capacité existante, infrastructure et offre de services**

En plus des services existants en matière de lutte contre l’hépatite virale, la capacité (humaine et financière), les structures, les systèmes, les programmes et la gestion de la prévention et du traitement de l’hépatite virale doivent aussi être évalués. Cette démarche est cruciale, en particulier si les pays doivent intégrer la prévention, le dépistage, les soins et le traitement de l’hépatite virale dans les systèmes de soins de santé existants, et faire le meilleur usage des infrastructures et stratégies en place. Les services qui travaillent avec les communautés les plus affectées doivent faire l’objet d’une attention particulière. Les visites sur le terrain, les entretiens, les rapports publiés ou non serviront de sources d’information. Il convient d’identifier et de décrire les occasions où les politiques et programmes des systèmes de santé existants peuvent être réorientés ou élargis pour inclure les activités liées à la lutte contre l’hépatite.

Le guide thématique à l’annexe 4 offre un bon cadre pour cette évaluation.
4.2 Phase 2 : Plan de développement

4.2.1 Définir les priorités (buts, objectifs, cibles, activités); désigner les organismes responsables et partenaires

Le programme a pour buts et objectifs d’établir les critères et les normes qui peuvent servir de référence pour l’évaluation de la performance du programme.

Il s’agit d’une déclaration générale sur les attentes à long terme de ce qui doit se passer à la suite du programme (résultat souhaité). Il constitue le fondement de l’élaboration des objectifs du programme.

Les objectifs sont des déclarations qui décrivent les résultats à atteindre, et la manière dont ils seront atteints. De nombreux objectifs sont généralement nécessaires pour aborder un objectif unique. Les attributs de SMART (acronyme anglais) sont utilisés pour élaborer un objectif clairement défini (voir l’encadré 1).

L’analyse de situation, y compris l’épidémiologie et la charge morbide, et l’état de la riposte actuelle, offriront une vue d’ensemble des problèmes et besoins clés du pays en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de l’hépatite. Cela apportera des informations qui contribueront à l’élaboration d’un ensemble de priorités qui, à leur tour, s’inscriront dans les catégories suivantes : buts, objectifs, cibles et activités.

Pour chaque activité, un ou plusieurs indicateurs de performance doivent être définis. Il s’agit de mesures quantitatives qui seront utilisées pour évaluer les progrès accomplis en matière d’exécution des actions. Dans des circonstances spéciales, des mesures qualitatives peuvent être utilisées. Le temps nécessaire pour l’exécution de chaque action doit être précisé. Les indicateurs de performance et le temps imparti sont des composantes essentielles du suivi et évaluation du programme.

Finalement, chaque action doit indiquer l’organisme responsable de l’exécution, et les organismes partenaires chargés d’appuyer la mise en œuvre.

ENCADRÉ 1: Critères SMART

Les objectifs doivent se conformer aux critères SMART suivants (16):

• Précis : englobe les questions «qui», «quoi» et «où». Utiliser seulement un verbe d’action pour éviter des questions assorties de mesures des résultats.
• Mesurable : met l’accent sur «l’ampleur» du changement attendu.
• Réalisable : définit l’action réaliste, les ressources disponibles du programme et la mise en œuvre prévue.
• Pertinent : concerne directement les buts du programme/de l’activité.
• Limité dans le temps : met l’accent sur «quand» l’objectif sera atteint.
ENCADRÉ 2. Définition des priorités


| Stratégie | Améliorer l’accès aux services de dépistage et de traitement de l’hépatite C dans les zones métropolitaines et rurales pour toutes les populations atteintes d’hépatite C. |
| Activité | Créer des postes d’infirmières cliniciennes consultantes (hépatite C) attachées aux services de traitement complémentaires pour appuyer l’offre de traitement. Mettre en place des services de traitement communautaires pour les groupes de population communautaires, y compris à travers la formation accréditée des agents de santé autochtones. |
| Indicateurs de performance | Huit postes d’infirmières cliniciennes consultantes sont créés et répartis dans l’ensemble des centres de traitement spécialisés métropolitains, avec un accent sur les hôpitaux métropolitains et l’incorporation des services d’intervention aux centres de santé de Warinilla, Nunkuwarrin Yunti, O’Brien St Practice et Parks Medical Centre. |
| Calendrier | 2012 |
| Organisme responsable | Stratégie des services au niveau des États |
| Organismes partenaires | Politiques et programmes de lutte contre le VIH/Sou.
HCV Council of South Australia
Centres de traitement spécialisés
Adelaide University
Nunkuwarrin Yunti
Conseil de santé autochtone de l’Australie du Sud |

4.2.2 Évaluer et allouer un budget pour le plan national

Le plan national doit être totalement évalué dans son ensemble et englober un cadre des dépenses qui indique comment les actions proposées seront financées pendant la durée du plan. L’établissement des coûts détermine le montant nécessaire pour la mise en œuvre des activités proposées dans le plan. Le ressourcement fait référence à la provenance de ces ressources. L’évaluation d’un plan est importante parce qu’elle oriente les dirigeants dans la prise des décisions, elle permet de faire des comparaisons avec d’autres plans ou activités, et elle contribue au suivi. Elle constitue également la première étape vers l’allocation d’un budget pour les activités énoncées dans le plan.

L’expérience en matière d’élaboration de plans nationaux montre que les coûts ne sont pas souvent établis de manière rigoureuse, ni avec la compétence nécessaire. Il est recommandé d’établir les coûts en utilisant des compétences appropriées. De plus, l’évaluation des produits et des coûts opérationnels inhérents à l’acquisition et à l’offre revêt une importance capitale et nécessite également des compétences spécifiques.

L’outil OneHealth est un logiciel conçu pour renforcer l’analyse et le calcul du coût des systèmes de santé et pour élaborer différents scénarios de financement au niveau des pays. L’outil a pour but principal d’évaluer les besoins en investissements relatifs à la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La plupart des outils d’établissement des coûts adoptent une approche axée sur des maladies spécifiques, mais OneHealth est le premier à présenter les composantes détaillées de chaque domaine de programme dans un format uniforme et à les relier afin de renforcer la capacité globale des systèmes de santé nationaux. Les planificateurs disposent d’un cadre unique de planification, de calcul des coûts, d’analyse des impacts, d’élaboration du budget et de financement des stratégies relatives à toutes les principales maladies et aux composantes du système de santé. L’outil a un format modulaire et peut être adapté facilement au contexte local, tout en permettant le calcul des coûts spécifiques par programme/maladie ainsi que le calcul des coûts globaux du secteur de la santé. L’outil doit être utilisé par les experts qui participent à la planification sanitaire nationale, y compris les planificateurs publics de la santé, les organismes des Nations Unies, les donateurs, les chercheurs et les consultants.

4.3 Phase 3 : Mise en œuvre

4.3.1. Approuver, lancer et diffuser le plan national
Après avoir été élaboré et approuvé par le Groupe consultatif stratégique et technique (STAG), il est important que le plan national soit formellement adopté par le ministère de la Santé, publié et distribué aux intervenants et à la communauté. Les sites Web constituent le lieu idéal à cet effet. L’adoption officielle du plan marque également le début du processus de mise en œuvre.

4.3.2. Examiner la structure de gestion et les mécanismes de gouvernance
Pour mettre en œuvre un plan national de lutte contre l’hépatite virale à travers le programme connexe, il faudra disposer de leadership, d’engagement, d’un budget clairement défini et avoir des relations constructives avec les intervenants. L’examen de la structure de gestion et de gouvernance doit constituer l’une des premières étapes.

La structure de gestion et les mécanismes de gouvernance nécessaires pour une mise en œuvre efficace seront définis par la structure existante de la culture de gestion et de leadership au sein du pays. Sur la base de l’expérience nationale en matière de planification dans certains pays, les structures de gestion et les mécanismes de gouvernance ci-après se sont avérés efficaces. Certes, les noms des différents groupes varieront, mais les fonctions seront essentiellement similaires.

Il est important de se rappeler l’essence et les raisons de la structure proposée plutôt que de considérer celle-ci comme une prescription. On peut étendre ou réduire les structures en fonction de la charge morbide.

1. Fonction de supervision
   a. Comité directeur : Il s’agit du groupe chargé de la supervision du programme. Un haut responsable du ministère de la Santé, nommé par le ministre, préside généralement
le comité directeur. Celui-ci peut inclure des représentants d’autres ministères ou secteurs, en fonction de la charge morbide de l’hépatite. Il se réunit au moins une fois par an pour examiner les indicateurs du programme.

2. Attribution consultative
   a. Groupe consultatif stratégique et technique. Le STAG comprend des experts dans divers aspects de la prévention et de la lutte contre l’hépatite virale. Il se réunit au moins une fois par an pour donner des avis au ministère de la Santé sur les orientations stratégiques, les priorités et les activités.

   Ce groupe est chargé d’évaluer la charge morbide de l’hépatite dans le pays en collectant, organisant et interprétant les données, et en utilisant les informations pour éclairer ses recommandations. Il comprend une grande diversité d’intervenants y compris les milieux universitaires (enseignants et chercheurs), les organisations professionnelles nationales (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.), la société civile, les groupes de patients et de prestataires de services (laboratoires, banques de sang, hôpitaux, etc.), entre autres. Dans certains pays, l’OMS et d’autres institutions techniques internationales sont aussi invitées à rejoindre ce groupe. L’unité technique (ou le point focal de la lutte contre l’hépatite) au sein du ministère de la Santé assure le secrétariat de ce groupe. Si, à la fin de l’analyse de situation, le STAG juge nécessaire d’élaborer un plan national de lutte contre l’hépatite virale, il revient également au groupe d’approuver sa version définitive avant son adoption officielle.

   Après le lancement du plan national, le STAG se réunit au moins une fois par an pour examiner les indicateurs du programme et la charge morbide, et il fait des recommandations au Comité directeur et aux unités d’exécution.

3. Fonction d’exécution

   b. Le Groupe de coordination interne du ministère de la Santé comprend les unités pertinentes au sein du ministère de la Santé. Il vise principalement à coordonner les activités de ces différentes unités. Les groupes comprendront les représentants des programmes de vaccination, de sécurité transfusionnelle, de prévention et de lutte contre l’infection (IPC) (y compris la sécurité des injections), de santé au travail, de laboratoire, d’eau et assainissement (si les hépatites A et E sont incluses dans le programme), d’éducation publique et de communication, de surveillance de la maladie, d’achat de médicaments et de produits, d’établissements de soins de santé, de dépistage (p. ex. soins prénuptiaux, prénatals, etc.) et les services de traitement pertinents de l’hépatite ou d’autres programmes (p. ex. programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, etc.).

   c. Les Groupes de travail techniques sont ceux qui sont créés pour trouver des solutions aux problèmes spécifiques. En général, le premier groupe de travail technique rédige le plan national, à savoir le Groupe de travail technique sur la planification. Ses
membres comprennent des experts techniques du ministère de la Santé, des groupes de patients, la société civile, des représentants des organisations professionnelles, des groupes de recherche, des représentants d’autres secteurs offrant des services de soins de santé, et d’autres, le cas échéant. Il importe que ce groupe soit inclusif pour garantir l’adoption du plan national par tous les intervenants.

D’autres groupes de travail techniques peuvent être créés (et dissous) au fur et à mesure que des problèmes spécifiques apparaissent durant la mise en œuvre du plan national, ou bien ils peuvent être permanents pour aborder des domaines problématiques spécifiques tels que la prévention, l’éducation publique, l’information stratégique, etc. (Figure 4).

**FIGURE 4. Mise à jour du plan**

**SUPERVISER**

Comité directeur

**CONSEILLER**

Groupe consultatif stratégique et technique

**METTRE À JOUR**

Unité de lutte contre l’hépatite du MoH

Unité de coordination interne

Groupes de travail techniques

4.4 Phase 4 : Suivi et évaluation

Chaque plan national de lutte contre l’hépatite doit inclure un cadre de suivi et évaluation qui décrit comment la mise en œuvre et l’efficacité du programme seront mesurées et évaluées. La plupart des pays auront déjà des mécanismes de S&E du plan national élargi du secteur de santé qui peuvent être adaptés au plan de lutte contre l’hépatite. (Voir la section 7 pour une discussion plus détaillée sur ce sujet).
5. CONTENU D’UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE

Cette section du guide présente les principales sources d’information dont les États doivent tenir compte lors de l’élaboration de leurs plans nationaux de lutte contre l’hépatite virale. Les informations sont regroupées en fonction des domaines d’action de la couverture sanitaire universelle, à savoir les statistiques sanitaires et les systèmes d’information, la prestation de services de soins de santé essentiels, en termes de couverture des populations et de couverture des coûts. Le contenu et le poids accordé à chaque domaine dans chaque pays dépendront du contexte épidémiologique, du niveau et de la qualité des services existants.

Les informations et les liens concernant les principales orientations de l’OMS et d’autres directives internationales sont fournis. En l’absence d’une politique mondiale, les principaux documents fondés sur des données factuelles ont été référencés.

5.1 Systèmes d’information sanitaire

Toutes les hépatites virales répondent aux critères des conditions appropriées pour la surveillance : elles peuvent être diagnostiquées à l’aide de tests de laboratoire confidentiels et spécifiques, prises en charge à travers des mécanismes de prévention et de contrôle appropriées, et suivies à l’aide des outils épidémiologiques disponibles. La surveillance produit également des données qui peuvent servir au suivi et à l’évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan national.

Des systèmes de surveillance robustes et efficaces sont nécessaires pour détecter les foyers et suivre les tendances de l’incidence et des facteurs de risque; évaluer la charge de morbidité de l’hépatite chronique et ses conséquences éventuelles (notamment la cirrhose du foie, le cancer, les transplantations, les décès); suivre la couverture et les résultats du traitement antiviral; et évaluer l’efficacité des interventions visant à prévenir et lutter contre l’hépatite virale (p. ex. la couverture vaccinale, la réponse aux campagnes de dépistage, etc.). Outre la surveillance, les données en matière de politique et d’action pourraient être obtenues à partir de la recherche socio-comportementale et clinique qualitative et quantitative visant à identifier les obstacles et les facteurs favorables à la prévention, au diagnostic et au traitement des personnes atteintes ou exposées à l’infection.

L’OMS a élaboré un guide technique qui présente les principales composantes d’un système national de surveillance de l’hépatite virale. Bien qu’étant principalement destiné aux pays

*Surveillance de l’hépatite virale : guide technique pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (projet). Genève : Organisation mondiale de la santé. (Non publié).*
à revenu faible ou intermédiaire, les principes sont généralement applicables à tous les pays et peuvent être utilisés pour développer la composante hépatite de tout programme national de surveillance.

Il est important d’élaborer des méthodes susceptibles de satisfaire les besoins et objectifs de la surveillance. Le tableau suivant pourrait être utile lors de la planification de la surveillance nationale de l’hépatite.

### 5.2 Fourniture de services essentiels

Les services essentiels doivent être régulièrement révisés dans leur ensemble pour garantir que, au fur et à mesure qu’apparaissent de nouveaux éléments factuels, et que de nouvelles technologies et approches sont développées, les innovations sont rapidement intégrées et de nouvelles opportunités adoptées.

Les stratégies de prévention et de lutte contre l’hépatite sont plus efficaces lorsqu’elles donnent la priorité aux interventions de qualité garantie et à fort impact, et abordent les conditions et les comportements à risque qui exposent les personnes à l’infection par le virus de l’hépatite, et les contextes favorables à ces conditions et comportements. Un environnement propice qui promeut l’équité en santé et les droits de l’homme est donc indispensable, au même titre qu’une étroite collaboration avec les partenaires, en particulier ceux de la société civile.

#### 5.2.1 Promotion de la santé

Les campagnes mondiales de santé publique accroissent la sensibilité et l’entendement des questions de santé et mobilisent le soutien à l’action, de la communauté locale au niveau international. Environ 240 millions de personnes souffrent d’une hépatite B chronique et de 130 à 150 millions de personnes d’une hépatite C chronique, mais la plupart ignorent leur statut sérologique. Les activités de sensibilisation peuvent encourager les gens à accéder au test de sérodiagnostic, et les personnes infectées à se soumettre à des soins cliniques et à un traitement. Ces activités peuvent également être utilisées pour engager le dialogue avec les personnes à risque d’infection, les informer sur les voies de transmission et donner des conseils importants sur la réduction des risques et d’autres mesures préventives.

Il est également important de sensibiliser les décideurs et les prestataires de soins de santé sur l’hépatite virale. Les principaux objectifs comprennent l’accroissement de la sensibilisation générale à l’hépatite virale, un soutien accru aux mesures de prévention et de contrôle, et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui peuvent être associées à la maladie.
SENSIBILISATION : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

Journée mondiale de l’hépatite (JMH)

L’OMS a adopté le 28 juillet comme Journée mondiale de l’hépatite, créant ainsi un foyer d’événements de sensibilisation à travers le monde. Chaque année, des millions de personnes participent à des activités de la JMH pour sensibiliser les décideurs, les professionnels de la santé et le public sur l’hépatite virale, de manière à renforcer les mesures de prévention et de lutte tout en éliminant la discrimination contre les personnes infectées. L’Alliance mondiale pour l’hépatite soutient les campagnes nationales en fournissant un ensemble de ressources thématiques que les États peuvent adapter au niveau local avec des messages spécifiques. Les États membres doivent envisager la manière dont ils peuvent utiliser la JMH pour soutenir les efforts de sensibilisation, notamment en faisant la promotion des points clés et des principales réalisations de leurs plans nationaux de lutte contre l’hépatite virale. (Pour plus d’informations, se rendre sur le site http://www.worldhepatitisday.org/.)

Activités de promotion de la santé ciblées sur l’hépatite

Les efforts nationaux visant à sensibiliser et comprendre l’hépatite virale doivent inclure notamment, mais pas exclusivement, la Journée mondiale de l’hépatite. Tout au long de l’année, il y a des occasions de promouvoir les questions de prévention et de contrôle auprès des groupes prioritaires tels que les professionnels de la santé et les populations à risque. Il pourrait s’agir des campagnes et des interventions visant à encourager les professionnels de la santé à discuter de l’hépatite virale avec les malades, à promouvoir les tests de sérodiagnostic auprès des populations à risque, et à souligner l’importance de se soumettre à des soins cliniques et à un traitement auprès des personnes qui ont été diagnostiquées positives au VHB et au VHC.

Lors de l’élaboration des campagnes de sensibilisation, les États doivent envisager les mesures suivantes :

- sélectionner les éléments factuels pour les messages les plus efficaces et les médias destinés à la population cible;
- forger des partenariats avec un ensemble de médias et de groupes de la société civile pour garantir la pertinence des messages et une couverture efficace;
- soutenir les organisations communautaires qui travaillent avec les populations à risque afin d’accroître la portée des supports de la campagne au sein de ces groupes spécifiques;
- veiller à ce que les campagnes ne contribuent pas à la stigmatisation des populations à risque ou des personnes vivant avec l’hépatite virale.

5.2.2. Prévention

L’hépatite virale peut être prévenue à travers une combinaison d’interventions fondées sur des bases factuelles. La panoplie d’interventions nécessaires dépendra de l’épidémiologie au niveau local et national, ainsi que du développement continu des interventions de prévention novatrices. Les décideurs pourraient envisager ce qui suit lors de l’élaboration du volet prévention de leur plan national.

Vaccination

Des vaccins sûrs, efficaces et abordables sont actuellement disponibles contre le VHA, le VHB et le VHE. Il est important de considérer que le vaccin contre le VHB prévient également la maladie du VHD qui cause une mortalité importante dans certains pays. Il n’existe actuellement aucun vaccin contre le VHC.
VACCINATION CONTRE L’HÉPATITE B : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

- Tous les nourrissons doivent recevoir une dose de vaccin contre le VHB dès que possible après la naissance, de préférence dans les 24 heures, suivie par 2 ou 3 doses pour compléter la première série.
- La vaccination contre le VHB doit faire partie des programmes nationaux de vaccination des enfants.
- La vaccination de rattrapage doit être envisagée pour les générations d’enfants ayant une faible couverture comme un moyen d’accroître le nombre d’enfants protégés.
- Les stratégies de rattrapage ciblant les adolescents pourraient être envisagées comme un complément à la vaccination systématique des nourrissons, en fonction du contexte épidémiologique.
- Le vaccin contre le VHB doit également être mis à la disposition des personnes à risque accru de contracter ou de transmettre le virus, notamment :
  - Les personnes qui nécessitent souvent du sang ou des produits sanguins, les malades dialysés, les receveurs de transplantation d’organes solides;
  - personnes incarcérées;
  - les consommateurs de drogues injectables;
  - les contacts familiaux et sexuels des porteurs d’une infection chronique par le VHB;
  - les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels;
  - les professionnels de la santé et d’autres personnes qui peuvent être exposées au sang et aux produits sanguins dans leur travail;
  - les personnes devant se rendre dans des régions où le virus est endémique.

VACCINATION CONTRE L’HÉPATITE A : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

- La vaccination contre le VHA doit faire partie d’un plan national de prévention et de lutte contre l’hépatite virale.
- L’inclusion de la vaccination contre le VHA dans les programmes de vaccination systématique des enfants doit être dictée par le contexte local, notamment la proportion de personnes vulnérables au sein la population, le niveau d’exposition au virus et le facteur coût-efficacité.
- La vaccination des groupes ci-après doit être envisagée dans des contextes de faible et très faible endémicité afin de fournir des bénéfices sanitaires individuels :
  - les personnes devant se rendre dans des régions où le virus est endémique;
  - les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes;
  - les consommateurs de drogues injectables;
  - les personnes nécessitant un traitement à vie avec des produits sanguins;
  - les personnes atteintes d’une infection rénale chronique, notamment les porteurs d’une infection active au VHB ou au VHC;
  - les travailleurs en contact avec des primates non humains.

Bibliographie
Sécurité transfusionnelle

Dans de nombreux pays, la transmission de l’hépatite virale par la transfusion sanguine et des produits sanguins persiste. Les pays qui n’arrivent pas à mettre en œuvre des normes rigoureuses en matière de recrutement et de sélection des donneurs de sang, de dépistage et de traitement du sang, ainsi que de transfusion clinique sont confrontés à un risque unacceptable de transmission d’infections qui pourraient facilement être évitées. La sécurité transfusionnelle englobe les actions visant à s’assurer que toute personne a accès à un sang et à des produits sanguins sûrs qui sont adaptés à ses besoins, qu’elle est transfusée uniquement lorsque cela est nécessaire et dans le cadre d’un programme durable de transfusion sanguine de qualité. L’OMS recommande que les pays mettent en œuvre des stratégies clés qui garantissent au niveau national la fourniture de sang suffisant et sûr, notamment un service de transfusion sanguine coordonné à l’échelle nationale, entièrement intégré au système de santé national et doté de ressources suffisantes et continues.

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

- Mettre en place des systèmes visant à accroître les dons de sang à partir de donneurs volontaires réguliers non rémunérés; contrôler chaque fois l’admissibilité des donneurs avant le prélèvement de sang, et exclure les donneurs à haut risque de transmission d’infections par le virus de l’hépatite.
- Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des stratégies nationales appropriées pour le dépistage des dons de sang pour les infections transmissibles par transfusion, notamment l’hépatite B et C, mais également pour les tests de confirmation de ceux présentant des résultats réactifs.
- Mettre en place des mécanismes garantissant un approvisionnement continu en tests de dépistage de haute qualité avec la sensibilité et la spécificité nécessaires pour dépister le sang.
- Mettre au point des systèmes efficaces de contrôle de la qualité afin de garantir la fiabilité et la régularité du dépistage sanguin.
- Fournir des services de notification, de consultation, d’orientation-recours pour les soins et le suivi des donneurs porteurs de marqueurs d’infection positifs pour qu’ils soient traités et pris en charge en temps opportun, et pour minimiser le risque que l’infection continue à se propager.
- Réduire les transfusions inutiles et minimiser l’exposition des malades au sang et aux produits sanguins à travers une gestion active du sang des malades, une bonne utilisation clinique et le recours à des solutions de rechange.

Bibliographie


SÉCURITÉ DES INJECTIONS : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES
ANNEXES

- Consolider ou renforcer et soutenir les pratiques usuelles de lutte contre les infections dans les établissements de santé et autres, notamment l’hygiène des mains, la manipulation et l’élimination sécurisées des déchets de soins pointus et tranchants et autres déchets cliniques, ainsi que le nettoyage sécurisé des équipements conçus pour être réutilisés.
- Élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à garantir les meilleures pratiques en phlébotomie, prélèvement de sang et gestion des risques professionnels dus aux agents pathogènes transmissibles par le sang.
- Élaborer des normes sur l’utilisation rationnelle des injections et des politiques nationales visant à soutenir le passage à l’utilisation exclusive, lorsque c’est indiqué, de matériel d’injection sécurisé, notamment les seringues non réutilisables et celles ayant un dispositif de protection contre les blessures causées par les objets pointus et tranchants, pour les injections thérapeutiques d’ici 2020.
- Établir à l’échelle du système de santé des politiques et des normes d’achat, d’utilisation et d’élimination en toute sécurité des seringues à usage unique dans des situations où elles demeurent nécessaires, notamment dans le cadre de programmes de distribution des seringues pour les personnes qui s’injectent des drogues.
- Élaborer une stratégie de mise en œuvre de l’approvisionnement en seringues sécurisées, la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé sur leur utilisation, ainsi que la gestion rationnelle des déchets. Créer un programme de communication ciblée et un cadre d’évaluation des progrès.

Bibliographie


Réduction des risques pour les personnes qui s’injectent des drogues

PERSONNES QUI S’INJECTENT DES DROGUES : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

Neuf interventions essentielles de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH que l’on doit rendre accessibles à tous les consommateurs de drogues injectables :

1. Programmes de distribution d’aiguilles et de seringues (PAS), notamment la fourniture d’autres accessoires utilisés pour les injections
2. Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la toxicomanie
3. Dépistage du VIH et accompagnement psychologique
4. Traitement antirétroviral
5. Prévention et traitement des IST
6. Programmes de distribution de préservatifs aux CDI et à leurs partenaires sexuels
7. Information, éducation et communication destinées aux CDI et à leurs partenaires sexuels
8. Vaccination, diagnostic et traitement de l’hépatite virale

Recommandations supplémentaires pour la prévention des infections par le virus de l’hépatite chez les CDI

- Proposer le régime rapide de vaccination contre l’hépatite B.
- Encourager ces personnes à l’aide de mesures incitatives dans le but d’accroître l’acceptation et d’achever le programme de vaccination contre l’hépatite B.
- Mettre en œuvre les PAS stériles dans le cadre desquels les seringues à faible espace résiduel sont également distribuées.
- Proposer des interventions par les pairs afin de réduire l’incidence de l’hépatite virale.
- Proposer le TSO pour traiter la dépendance aux opiacés, réduire les comportements à risque d’infection et de transmission de l’hépatite C à travers l’usage de drogues par injection, et renforcer le respect du traitement du VHC.
- Intégrer le traitement de la dépendance aux opiacés à la prise en charge médicale de l’hépatite.

Recommandations supplémentaires pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres, les travailleurs du sexe et les personnes vivant dans les prisons et autres lieux clos

- Des stratégies de vaccination de rattrapage contre l’hépatite B doivent être instituées là où la vaccination des nourrissons n’a pas atteint une couverture totale.

Bibliographie
**Prévention de la transmission sexuelle : principales recommandations et directives annexes**

- Promotion des pratiques sexuelles sans risque, notamment l'utilisation efficace et l'accès aux préservatifs, ainsi qu'à un lubrifiant soluble dans l'eau pour les personnes à haut risque.
- Vaccination de rattrapage contre l'hépatite B pour les HSH, les travailleurs du sexe et d'autres groupes à risque là où la vaccination des nourrissons n’a pas atteint une couverture totale.
- Interventions ciblées sur les groupes vulnérables, à savoir adolescents, travailleurs du sexe, HSH et CDI.
- Mettre en place des mesures visant à éliminer la discrimination et la violence basée sur le genre, ainsi qu’à accroître l’accès aux services médicaux et sociaux pour les personnes vulnérables.

**Bibliographie**


**Assainissement, hygiène de l’eau et sécurité alimentaire**

La transmission d’origine alimentaire et hydrique du VHA et du VHE est courante dans plusieurs parties du monde et est responsable de flambées sporadiques et d’épidémies qui causent la maladie et des décès. Il existe un large éventail de publications internationales traitant de l’assainissement, de l’hygiène de l’eau potable et de la sécurité alimentaire ; par conséquent, il est impossible dans le cadre du présent document de résumer toutes les recommandations. Pour plus de détails, se reporter à la bibliographie dans l’encadré ci-après.

**Assainissement, hygiène de l’eau et des aliments : principales recommandations et directives annexes**

**Élaboration et mise en œuvre de normes et directives nationales concernant :**

- L’hygiène de l’eau et des aliments;
- L’élimination sans risque des déchets cliniques et des autres déchets de soin ;
- La gestion sans risque des déchets d’origine humaine et d’autres déchets potentiellement infectieux.

**Bibliographie**


**Transmission sexuelle**

L’hépatite B se transmet par contact avec du sang, du sperme ou d’autres fluides corporels infectés ; elle est considérée dans de nombreux pays comme une IST. Il y a peu ou pas de risque de transmission sexuelle du VHC chez les couples hétérosexuels ou les HSH qui ne sont pas infectés par le VIH. Toutefois, des données récentes indiquent que la transmission sexuelle du VHC peut se produire, en particulier chez les personnes infectées par le VIH.
5.2.3 Dépistage

Des approches proactives de test sérodiagnostic ciblé peuvent réduire la proportion des cas non diagnostiqués, fournir des occasions de prévenir la transmission et d’accroître l’accès aux soins cliniques et aux traitements. Le dépistage doit en premier lieu bénéficier à la personne dépistée. Dans de nombreux pays, les personnes infectées par le VHC et le VHB ont un accès limité aux tests de sérodiagnostic et ne sont diagnostiquées que lorsqu’elles se présentent dans un centre de santé avec des symptômes d’une maladie grave comme la cirrhose ou le cancer du foie. Le fait de se présenter tardivement avec une hépatite virale chronique est associé à de mauvais résultats thérapeutiques et à un nombre réduit d’options de traitement pour le malade. Le dépistage doit être facilement accessible et confidentiel. Lorsqu’une personne reçoit un diagnostic positif d’hépatite virale, il est impératif que des informations complètes lui soient fournies concernant la maladie, sa gestion, les options de traitement et les possibilités de réduire les préjudices.

DÉPISTAGE : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

• Il convient d’élaborer des stratégies de sérodiagnostic basées sur des indices épidémiologiques. Les populations prioritaires qui doivent être prises en compte pour le dépistage comprennent :
  – les personnes issues d’une population ayant un taux de prévalence élevé du VHC ou du VHB. Certains pays pourraient envisager le dépistage par cohorte de naissance, en fonction de l’épidémiologie locale;
  – les personnes ayant des antécédents d’exposition à l’hépatite ou de comportement à risque, notamment
    » les personnes précédemment incarcérées;
    » les personnes ayant subi des soins médicaux ou dentaires dans des milieux où les pratiques de lutte contre les infections sont de qualité inférieure;
    » les CDI;
    » les personnes ayant reçu des transfusions sanguines avant le lancement des tests sérologiques de dépistage du sang ou dans des pays où le test sérologique des dons de sang n’est pas systématique;
  – les personnes exposées à un risque accru de morbidité et de mortalité à cause d’une maladie ou d’un traitement antérieur (p. ex. les personnes vivant avec le VIH, celles qui sont sous un traitement cytotoxique ou immunosupresseur);
• Il convient d’élaborer et mettre en œuvre des politiques qui soutiennent les approches de santé publique visant la notification des contacts et la gestion des cas diagnostiqués.

Bibliographie


5.2.4 Prise en charge clinique et traitement

Les efforts visant à accroître l’accès au traitement antiviral à son acceptation et à son ‘évaluation clinique peuvent jouer un rôle clé dans la détermination des résultats sur la santé des personnes affectées par l’hépatite. Il est possible d’accroître l’accès au traitement en rendant possible son administration dans les établissements de soins de santé primaires et en faisant participer les intervenants communautaires. La prise en charge clinique et le traitement doivent être administrés conformément à des directives fondées sur des données factuelles.

Il est important d’identifier et d’utiliser les stratégies d’approvisionnement les plus réalisables afin de garantir la disponibilité des meilleurs médicaments au meilleur prix possible dans le pays. Cela nécessite une clarification de la situation des brevets et, lorsqu’il n’y a qu’un seul fournisseur, l’exploration d’autres options pour réduire le prix.

Une gestion clinique efficace de l’hépatite virale réduit le fardeau individuel, social et sanitaire lié à l’infection. L’OMS a publié des lignes directrices sur la prise en charge et le traitement des porteurs d’une infection à VHB et à VHC 

L’OMS a également noté la nécessité d’accroître l’accès au traitement antiviral au sein des populations infectées et a souligné les opportunités de prise en charge et de traitement devant être assurées dans une variété de milieux communautaires, dans le cadre de partenariats entre les services spécialisés et les prestataires de soins de santé primaires.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT : PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET DIRECTIVES ANNEXES

Élaborer des directives cliniques nationales pour la prise en charge et le traitement des porteurs d’une infection chronique avec le VHB et le VHC, basées sur les directives de l’OMS ou d’autres directives fondées sur des données factuelles. Les directives nationales doivent aborder les éléments suivants :

- Évaluation clinique initiale, notamment :
  - évaluation de l’état d’avancement de l’atteinte hépatique sur la base de critères cliniques ou de tests non invasifs;
  - évaluation visant à réduire le risque individuel de progression de la maladie, notamment le dépistage de la consommation d’alcool et l’assistance psychologique pour réduire la consommation modérée ou forte d’alcool.
- Évaluation pour commencer le traitement antiviral, notamment :
  - dépistage et tests pour les comorbidités, à savoir insuffisance rénale, indice de masse corporelle élevé et tabagisme afin d’étayer les plans de traitement (interactions médicamenteuses, hépato toxicité potentielle et autres);
  - dépistage et tests pour les co-infections telles que le VIH et la tuberculose;
  - priorisation du traitement des malades sur la base de critères cliniques;
  - réduction du risque de transmission à l’aide de méthodes appropriées, par exemple les interventions visant à réduire les préjudices pour les CDI;
  - suivi des malades pour lesquels le traitement a été différé.
• Administration du traitement antiviral, notamment :
  – schéma thérapeutique de première ligne optimal;
  – suivi de la réponse au traitement;
  – suivi et prise en charge des effets indésirables tels que la toxicité;
  – objectifs et points finals de la thérapie et règles d’arrêt du traitement bien définis.

Élaborer des plans détaillés d’accès aux traitements abordant les questions suivantes : communication, leadership et plaidoyer ; notation en personnel et ressources humaines ; médicaments et fournitures ; organisation du système ; infrastructure ; coûts ; financement ; suivi et évaluation. (Voir à l’annexe 5 une liste de vérification.)

Bibliographie
Nouvelles lignes directrices pour le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par le virus de l’hépatite C (en anglais). Genève : OMS ; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 1er mai 2014).

5.3 Couverture des populations et atteinte de l’équité

Un grand nombre de personnes à haut risque ou vivant avec une hépatite virale n’ont pas accès aux services de prévention, demeurent sans diagnostic, n’utilisent pas ou n’adhèrent pas à leur traitement médical. Les approches existantes s’attaquent rarement aux facteurs sous-jacents – notamment la discrimination et la criminalisation, la pharmacodépendance et la mauvaise santé mentale – qui peuvent provoquer des inégalités en matière de santé. Les interventions et services sont souvent mal orientés et n’atteignent pas les personnes les plus exposées ou affectées, ce qui amoidrit leur impact.

Les récentes innovations en matière de technologie et de voies d’administration des médicaments permettent aux pays d’identifier plus facilement les populations à risque, les insuffisances dans les prestations de service, ainsi que de réussir des prestations équitables de services et interventions à fort impact. Il est également important de s’attaquer aux facteurs sous-jacents – notamment la discrimination et la criminalisation, la pauvreté et l’exclusion sociale – qui contribuent à la génération d’inégalités en matière de santé. Le meilleur moyen pour y arriver consiste à faire participer activement les personnes vivant avec ou les plus exposées au risque d’hépatite virale à l’élaboration de stratégies et programmes.

Les populations particulièrement vulnérables à l’hépatite virale comprennent les nouveau-nés et les nourrissons, les receveurs de sang ou de produits sanguins ou de tissus et organes, les personnes exposées aux injections à risque, les professionnels de la santé, les CDI, les personnes subissant des pratiques de perçage de la peau comme le tatouage, les prisonniers et détenus, les communautés autochtones, les migrants, les travailleurs du sexe et les HSH.

Les populations à risque peuvent être exposées à la stigmatisation et à la discrimination, à la marginalisation sociale ou faire face à des barrières juridiques (notamment les lois sur l’âge du consentement pour les adolescents et la criminalisation des comportements tels que l’usage de la drogue ou le travail du sexe) qui les empêchent d’accéder aux services de prévention ou de traitement de l’infection. Certaines de ces barrières peuvent être surmontées si les modèles de prestation de service existants sont évalués et améliorés de
5.4 Couverture des coûts

Les pays font face au problème de renforcement de leurs services de lutte contre l’hépatite en investissant dans l’ensemble du continuum des interventions et en faisant la promotion de la couverture maladie universelle. Le financement d’une réponse viable requiert que l’on agisse dans trois domaines :

- mobiliser des fonds en faveur des programmes, notamment à travers les mécanismes nationaux de financement public et privé, ainsi que des sources externes telles que les subventions des bailleurs de fonds;
- mettre en place des mécanismes équitables de mise en commun des fonds pour assurer la protection contre les risques financiers liés à la santé, y compris à l’hépatite virale, notamment à travers les régimes d’imposition et d’assurance maladie;
- optimiser l’utilisation des ressources en améliorant l’efficience et l’efficacité des services, ainsi qu’en réduisant les coûts des médicaments, des test diagnostics et des autres produits de santé.

Dans chaque pays, le mécanisme national de financement de la santé doit prendre en charge tous les besoins sanitaires dudit pays, en évitant les canaux de financement fragmentés et en cherchant à atteindre l’équité en santé.
6. MODÈLE DE PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE L’HÉPATITE

La présente section comprend un modèle indiquant les sections d’un plan national et le contenu suggéré pour chaque section, ce qui devrait être utile aux personnes qui élaborent un plan national de lutte contre l’hépatite. Il convient de noter que chaque plan national devrait être unique et refléter la charge de morbidité de la maladie, l’état de préparation pour y faire face et les structures de gouvernance. Toutefois, le modèle proposé ici a été utilisé et s’est avéré utile dans beaucoup de pays.

6.1 État des lieux, cartographie des acteurs et définition des priorités

• Donner un aperçu de la situation, notamment l’épidémiologie de la maladie, la charge morbide, les activités d’intervention existantes et les futurs changements prévus de la situation actuelle.
• Décrire les besoins sanitaires de la population, notamment les éventuelles sources d’inégalités au sein de populations particulières en ce qui concerne l’hépatite virale.
• Déterminer les priorités d’une prise en charge nationale de l’hépatite virale, notamment une justification de la manière dont l’efficacité (interventions susceptibles d’obtenir un gain maximum en matière de santé avec les ressources disponibles), l’équité (l’absence de différences évitables entre les groupes de personnes) et les exigences du public seront prises en considération.
• Cartographier les acteurs nationaux impliqués dans la prise en charge de l’hépatite virale (organisations professionnelles, groupes de malades, autres ministères, etc.).

6.2 Gouvernance et structure organisationnelle

• Décrire la gouvernance et les rôles au niveau national des dirigeants dans la prise en charge de l’hépatite virale, notamment la structure nationale de gestion et de supervision du processus de formulation et de coordination de la politique nationale.
• Expliquer en détail les principaux contributeurs à la formulation des politiques, notamment comités directeurs, groupes consultatifs techniques, groupes de mise en œuvre, groupes de travail techniques, etc.
• Indiquer les partenariats indispensables pour planifier la mise en œuvre, notamment les organisations communautaires, médecins, infirmières, universitaires, etc.
6.3 Rapport avec d’autres politiques, stratégies, plans et programmes

- Indiquer les synergies potentielles et existantes entre la prise en charge de l’hépatite virale et d’autres stratégies du système de santé et/ou plans spécifiques à d’autres maladies. Les éventuelles synergies pourraient se présenter comme suit :
  - populations ayant des priorités communes, par exemple les CDI, les personnes incarcérées et les femmes enceintes;
  - domaines d’action prioritaires communs ou similaires, par exemple sécurité transfusionnelle, vaccination et lutte contre les infections;
- besoin commun de renforcement des ressources humaines, de suivi et surveillance, et de renforcement du système de santé Faire des références claires aux autres politiques ou plans pertinents (p. ex. politiques sur la sécurité transfusionnelle, la sécurité des injections, la vaccination, etc.).
- Établir le lien entre le plan de lutte contre l’hépatite virale et le plan national du secteur de la santé, le cas échéant.

6.4 Prise en charge de l’hépatite virale

Cette section présente la planification détaillée des activités en fonction des finalités, objectifs et buts.

Le format tabulaire utilisé ici vise à faciliter la visualisation du plan avec les buts et objectifs à l’esprit. Étant donné que les circonstances de chaque pays exigèrent des finalités, des objectifs, des buts et des activités, des groupes responsables et d’autres parties prenantes spécifiques à chaque pays, le tableau ci-après doit être envisagé à titre d’exemple. Dans la mesure où le plan proprement dit devra être beaucoup plus détaillé, le format de cette page n’aura probablement pas suffisamment d’espace. Il convient également de garder à l’esprit qu’il pourrait y avoir des éléments supplémentaires à ajouter à ce tableau, notamment les coûts et les besoins en ressources financières.

Lorsque la stratégie générale de lutte contre l’hépatite sera adoptée, cette section du manuel sera révisée afin de refléter les orientations et les interventions stratégiques à l’intérieur de la stratégie générale.

6.5 Intégration et mise en œuvre

- Indiquer les opportunités pour remodeler ou étendre les politiques et programmes du système de santé existant pour prendre en charge les activités liées à la lutte contre l’hépatite.
- Consentir un effort spécial pour associer les mécanismes de prestation de service aux structures existantes afin d’accroître l’efficacité (p. ex. centres de prise en charge du VIH, centres de prise en charge prénatale, etc.).

6.6 Cadre financier

- Expliquer l’allocation planifiée des ressources internes.
- Expliquer les mécanismes de financement internes et externes.
- Indiquer le plan de budgétisation et les dépenses prévues.
### Finalités

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs</th>
<th>Buts (d'ici fin 2020)</th>
<th>Activités</th>
<th>Groupe(s) responsable(s)</th>
<th>Autres intervenants</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Sensibiliser sur l'hépatite virale</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.1. Améliorer les connaissances du grand public et des populations clés sur les risques et la protection contre l'hépatite virale</td>
<td>• 80 % des étudiants à l'université savent qui est à risque et comment se protéger de l'hépatite virale</td>
<td>• Commémorer la Journée mondiale de l'hépatite le 28 juillet</td>
<td>• Ayant comme tête de file les services d'information, éducation et communication (IEC), le MINSANTE et les groupes de médias avec l'assistance technique du groupe en charge de l'hépatite au sein du MINSANTE</td>
<td>• Associations d'enseignants, groupes de malades, groupes de la société civile, etc.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• 80 % des enseignants du secondaire savent qui est à risque et comment se protéger de l'hépatite virale</td>
<td>• Élaborer un support d'information imprimé pour les écoles élémentaires et les universités</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• 80 % des étudiants à l'université savent qui est à risque et comment se protéger de l'hépatite virale</td>
<td>• Ayant comme tête de file les services d'information, éducation et communication (IEC), le MINSANTE et les groupes de médias avec l'assistance technique du groupe en charge de l'hépatite au sein du MINSANTE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.2. Renforcer la sensibilisation des prestataires des soins de santé au dépistage des populations à haut risque</td>
<td>• Tous les agents des soins de santé primaires ont été informés sur l'hépatite</td>
<td>• Préparer le matériel d'information pour tous les agents de santé primaire</td>
<td>• Ayant comme tête de file l'Association nationale des médecins et des infirmiers avec l'appui du groupe en charge de l'hépatite au sein du MINSANTE</td>
<td>• Groupes de malades, autres associations des professionnels de la santé, etc.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Tous les médecins de soins de santé primaires savent comment interpréter les marqueurs sérologiques de l'hépatite en vue d'une référence chez un spécialiste</td>
<td>• Préparer le matériel d'information sur les marqueurs sérologiques de l'hépatite pour les médecins de soins de santé primaires</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Intégrer des séances sur l'hépatite aux réunions nationales/régionales</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.1. Réduire la stigmatisation et la discrimination associées à l'hépatite au sein de la société</td>
<td>• Promouvoir l'environnement social en faveur des personnes vivant avec ou affectées par l'hépatite</td>
<td>• Retirer toutes les formules juridiques susceptibles d'entraîner la stigmatisation et la discrimination, notamment les tests obligatoires pour l'emploi</td>
<td>• Groupe des politiques du MINSANTE</td>
<td>• Autres ministères concernés, société civile</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Surveiller la réponse du secteur de la santé à l'hépatite</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.1. Faire une estimation de la charge de l'hépatite chronique à l'échelle nationale</td>
<td>• Déterminer le taux de prévalence de l'hépatite B chronique par [an]</td>
<td>• Enquêtes sérologiques représentatives à l'échelle nationale pour l'hépatite B et C menées tous les 5–10 ans</td>
<td>• Ayant comme tête de file le groupe en charge de l'hépatite au sein du MINSANTE en collaboration avec l'institut national de statistiques</td>
<td>• Universitaires, société civile</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Déterminer le taux de prévalence de l'hépatite C par [an]</td>
<td>• Enquêtes sérologiques représentatives à l'échelle nationale pour l'hépatite B et C menées tous les 5–10 ans</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Faire une estimation du nombre de cirrhoses, insuffisances hépatiques, transplantations de foie et de décès liés à l'hépatite par [an]</td>
<td>• Surveillance sentimentelle pour la cirrhose dans les plus grands hôpitaux</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Faire une estimation de l'incidence des infections à l'hépatite par an</td>
<td>• Base de données nationale pour le cancer et la transplantation du foie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.2. Surveiller les tendances de l'hépatite chronique au fil du temps</td>
<td>• Réduction de 50 % du taux de prévalence de l'hépatite B et C</td>
<td>• Enquêtes sérologiques au sein des groupes tels que CDI, HSH, etc.</td>
<td>• Ayant comme tête de file le groupe en charge de l'hépatite au sein du MINSANTE en collaboration avec l'institut national de statistiques</td>
<td>• Universitaires, société civile</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Objectif stratégique : Réduire l’impact de l’hépatite virale sur les personnes, la société et l’économie.**
### Finalités

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs</th>
<th>Buts (d’ici fin 2020)</th>
<th>Activités</th>
<th>Groupe(s) responsable(s)</th>
<th>Autres intervenants</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1. Mettre fin à la transmission mère-enfant de l’hépatite B</td>
<td>• Zéro enfant né avec une infection par le virus de l’hépatite B</td>
<td>• Élaborer ou ajouter aux directives existantes sur la prise en charge prénatale des recommandations sur le dépistage de l’hépatite B chez la femme enceinte</td>
<td>• Groupe chargé de la vaccination au sein du MINSANTÉ en collaboration avec le groupe en charge de la santé maternelle et infantile, et celui chargé de l’hépatite</td>
<td>• Associations d’infirmières et de sages-femmes, associations médicales concernées, société civile, médias</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2. Prévenir la transmission de l’hépatite B et C liée aux soins de santé</td>
<td>• Zéro transmission de l’hépatite B et C liée aux soins de santé</td>
<td>• Organiser des campagnes pour réduire les injections et les transfusions sanguines non nécessaires</td>
<td>• MINSANTÉ et groupes de maladies</td>
<td>• Groupe de communications publiques au sein du MINSANTÉ, associations professionnelles, médias, communications group, professional associations, medias</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3. Réduire le nombre de personnes vulnérables dans la société</td>
<td>• Accroître la couverture par la troisième dose du vaccin de l’hépatite B à 98 %</td>
<td>• Administrer 2 ou 3 doses du vaccin de l’hépatite B à tous les nourrissons en plus de la dose initiale administrée à la naissance pour compléter la série</td>
<td>• Groupe chargé de la vaccination au sein du MINSANTÉ en collaboration avec le groupe chargé de l’hépatite</td>
<td>• Syndicats professionnels, médias, société civile</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4. Réduire l’incidence du VHC chez les CDI</td>
<td>• Accroître le nombre de seringues distribuées à 200/CDI/an</td>
<td>• Accroître le nombre de centres du PAS à 10</td>
<td>• Groupes de réduction des risques du MINSANTÉ</td>
<td>• Cellule hépatite du MINSANTÉ, ONG locale des CDI</td>
</tr>
<tr>
<td>Finalités</td>
<td>Objectifs</td>
<td>Buts (d’ici fin 2020)</td>
<td>Activités</td>
<td>Groupe(s) responsable(s)</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Réduire les décès dus à l’hépatite virale</td>
<td>4.1. Accroître la proportion des personnes diagnostiquées porteuses d’hépatite chronique</td>
<td>• Accroître le nombre de tests de dépistage effectués pour l’hépatite à 100% • Dépister l’hépatite B et C chez 50 % des CDI • Dépister l’hépatite B et C chez 80% des professionnels de la santé</td>
<td>Proposer le dépistage gratuit à tous les CDI à travers les PAS • Proposer le dépistage gratuit à tous les professionnels de la santé</td>
<td>• Ayant comme tête de file l’unité hépatite du MINSANTÉ en collaboration avec les groupes en charge du VIH et d’autres groupes concernés</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2. Assurer un suivi et une prise en charge satisfaisants des personnes diagnostiquées</td>
<td>• 100% des porteurs d’hépatite chronique bénéficient d’un bon soutien psychologique 50 % des personnes éligibles ont commencé un traitement</td>
<td>• Veiller à ce que des messages pertinents de soutien psychologique atteignent tous les porteurs d’hépatite chronique. • Réduire les pertes de suivi des personnes diagnostiquées porteuses d’hépatite chronique • Traduire et adapter les directives de l’OMS sur le dépistage et le traitement de l’hépatite B et C • Former les médecins traitants sur la nouvelle orientation</td>
<td>• Cellule hépatite du MINSANTÉ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Chaque plan national de lutte contre l’hépatite doit comporter un cadre qui explique comment la mise en œuvre et l’efficacité du programme seront mesurées et évaluées. La plupart des pays disposeront déjà de mécanismes de S&E de l’ensemble du secteur de la santé qui peuvent être adaptés au plan de lutte contre l’hépatite virale.

**FIGURE 5. Cadre de résultats du suivi-évaluation**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cadre</th>
<th>Intrant &amp; processus</th>
<th>Produits</th>
<th>Effets</th>
<th>Impact</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domaines d’indicateurs</td>
<td>Gouvernance</td>
<td>Infrastructure IT</td>
<td>Accès aux interventions et aux services</td>
<td>Couverture des interventions</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Financement</td>
<td>Personnel de santé</td>
<td>qualité et sécurité des Interventions</td>
<td>Prévalence des comportements et des facteurs de risque</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Chaîne d’approvisionnement</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Information</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Collecte des données</td>
<td>Ressources administratives</td>
<td>Evaluation des structures</td>
<td>Enquêtes basées sur les populations</td>
<td>Système d’informations cliniques :</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Système de suivi financier</td>
<td>Mise en place des services</td>
<td>couverture, niveau de santé, équité, protection du risque, réactivité</td>
<td>qualité, couverture, niveau de santé</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dossiers des données de base : RH, infrastructures, médicaments, etc...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Données politiques</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse et Synthèse</td>
<td>Evaluation de la qualité des données ; Revue des progrès et évaluation de performance</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Communication</td>
<td>Revue régulier des processus au niveau des pays ; Rapport mondial</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*RH ressources humaines, TIC technologie de l’information et de la communication, CNS comptes nationaux de santé*
Le cadre de S&E comprendra des informations sur les données qualitatives et quantitatives qui sont nécessaires pour évaluer les progrès par rapport aux indicateurs clés de performance. Toutes les données recueillies doivent être clairement liées aux objectifs et actions stipulés dans le plan national. Toute personne participant aux activités de S&E doit comprendre le type de données requises, la fréquence de la collecte des données, comment elles seront analysées et la procédure d’établissement de rapports sur les résultats.

Le cadre des résultats du S&E du Partenariat international pour la santé+ (IHP+) (22) constitue une bonne base pour guider la rationalisation et le choix d’un jeu d’indicateurs essentiels. Il place également les indicateurs dans la perspective élargie d’un cadre de S&E. Ce cadre comporte quatre principaux domaines marquants : intrant et processus du système, rendements, résultats et impact. Le cadre illustre l’orientation sur la manière dont les intrants (p. ex. financement, personnel de santé) et les processus (p. ex. chaîne d’approvisionnement) du système contribuent aux rendements (notamment la disponibilité de services et interventions de qualité) et aux résultats possibles (p. ex. la couverture d’une intervention et la prévalence de comportements liés à la santé), qui aboutissent en définitive à l’impact (p. ex. résultats améliorés en matière de santé). Ce cadre de la chaîne des résultats peut être utilisé pour attester la performance des interventions à la fois spécifiques à une maladie et des systèmes de santé (Figure 5).

L’OMS élabore actuellement un jeu d’indicateurs de suivi parallèlement à la stratégie mondiale de lutte contre l’hépatite. Lorsqu’ils seront publiés, ils constitueront pour les pays un cadre de suivi de la mise en œuvre et de l’efficacité de la prise en charge de l’hépatite.

### 7.1 Suivi

Le suivi du programme désigne la surveillance et l’établissement permanent de rapports sur les actions énoncées dans le plan national de lutte contre l’hépatite. Il consiste à rassembler les données provenant de toutes les sources pertinentes pour expliquer ce qui arrive, où et à qui. Les activités de suivi se focalisent sur le processus de mise en œuvre, en mesurant à la fois le niveau d’investissement dans le programme (intrants) et les activités de prestation de services qui en résultent (rendements).

Le suivi nécessite l’élaboration de solides systèmes administratifs pour recueillir et rendre compte des indicateurs provenant de tous les partenaires de prestation de service. Ces données seront transmises à l’agence de coordination centrale sous un format convenu pour permettre l’analyse et l’interprétation. Les rapports de suivi permettent à tous les intervenants de s’assurer que les activités de prévention et de contrôle ont suffisamment de ressources, et que la prestation est en cohérence avec les objectifs et les jalons convenus.

L’OMS publiera un jeu d’indicateurs visant à évaluer la riposte mondiale à l’hépatite. Il est possible que les États Membres souhaitent les adopter dans les meilleurs délais pour pouvoir rendre compte de leur riposte.

7.2 Évaluation

L’évaluation désigne l’estimation épisodique de l’efficacité des programmes. Elle se fonde sur les activités de suivi; toutefois, l’analyse prend en compte les évolutions contextuelles, tout en s’attaquant aux questions d’attribution et en explorant les situations contrefactuelles (23). On peut évaluer les résultats du programme à travers des enquêtes démographiques centrées sur le changement des modèles de comportement et d’attitude au sein des populations cibles, notamment l’évaluation de la sensibilisation, les taux de recours aux services et la prévalence des facteurs et des comportements à risque. Outre les changements au niveau individuel, l’on doit également entreprendre des études sur les changements dans les barrières structurelles aux services de santé.

L’évaluation consiste également à expliquer les impacts à long terme sur la santé des populations. Les données de la surveillance de la maladie et des études épidémiologiques apportent la preuve du changement des taux d’infection et des comportements favorables à la santé au sein des populations à risque. Ces résultats peuvent ensuite être modélisés pour obtenir des estimations de l’impact à long terme sur la charge de maladie, notamment les taux de morbidité et de mortalité, les inégalités en matière de santé et les coûts socioéconomiques.
ANNEXE 1.
DÉFINITION DES TERMES

Politiques, stratégies et plans sont des termes qui couvrent un large éventail de dimensions et de hiérarchies; ils vont des valeurs et de la vision, de l’orientation politique, de la stratégie et de la planification stratégique aux plans de fonctionnement détaillés; de la planification sanitaire globale à la planification de programmes spécifiques à une maladie; du plan à long terme au plan quinquennal, du plan triennal à horizon mobile au plan d’exploitation annuel; des plans nationaux aux plans régionaux et de district; du plus haut niveau d’approbation de la vision et des orientations politiques à l’approbation des plans de fonctionnement. Dès lors, il n’est pas surprenant de voir que les processus nationaux et la littérature font une utilisation interchangeable des termes tels que politique, plan, stratégie et programme. Apparemment, il n’y a ni consensus ni cohérence dans la manière dont les termes de base sont utilisés; tant de divergences dans l’usage reflètent une diversité d’approches et de niveaux auxquels le processus est engagé, ainsi que les différents objectifs des pays. Dans un pays donné, le cloisonnement entre les différents produits et la terminologie utilisée sont en grande partie déterminée par les spécificités régionales et nationales, par la culture politique et l’histoire, et par les défis concrets auxquels l’on est confronté. Par conséquent, la diversité entre pays et entre régions en matière de terminologie et de pratique doit être reconnue. En attendant, il demeure important d’avoir la même compréhension des termes utilisés dans le présent manuel, tels qu’ils sont proposés ci-dessous:

**Activités** : actions à mener pour assurer une intervention ou un service

**Analyse de la situation** : processus d’analyse et d’interprétation de toutes les informations disponibles provenant des systèmes de santé, notamment celles relatives à l’hépatite. L’analyse de la situation consiste à identifier les forces, faiblesses, possibilités et menaces sous forme de risques ou d’hypothèses (analyse FFPM) des systèmes de prestations sanitaires existants et du programme hépatite.

**But** : résultat intermédiaire en vue d’un objectif qu’un programme cherche à atteindre

**Efficacité** : meilleure utilisation des ressources pour obtenir des résultats

**Équité** : principe consistant à être juste vis-à-vis de tout le monde, par rapport à un ensemble de valeurs précises

**Finalité** : objectif final lié à l’impact sur le principal problème en termes de nombre de cas, de décès ou de transmission

---

**Indicateur** : variable mesurable ou tangible qui permet d’évaluer les finalités, objectifs et buts, et de mettre en évidence les changements au fil du temps

**Objectif** : énoncé d’un état futur souhaité en rapport avec les résultats que le programme de lutte contre l’hépatite voudrait atteindre

**Plans** :

**SPlan stratégique** : processus d’organisation des décisions et des actions pour atteindre un (des) but(s) et objectifs précis dans le cadre d’une politique. Il fixe des priorités et des activités précises, ainsi que les moyens pour les atteindre.

**Plan d’exécution** : plan d’action détaillé évolutif et pluriannuel qui définit les objectifs spécifiques en buts/jalons, décrit les interventions et les activités assorties des délais et des séquences correspondants, détermine les responsabilités et l’attribution des ressources

**Plan d’action ou plan de travail** : plan annuel détaillé qui guide les activités quotidiennes

**Politique** : expression des buts/objectifs nationaux en vue d’améliorer la situation sanitaire, les priorités parmi les buts/objectifs et les grandes orientations pour atteindre les buts/objectifs.

**Principe directeur** : règle ou norme éthique qui guide le fonctionnement du programme

**Stratégie** : approche visant à mettre en œuvre une intervention ou un ensemble d’interventions afin de maximiser l’impact sur les cas d’hépatite et les décès

**Vision** : déclaration exprimant la vision qu’on a d’un meilleur avenir souhaité
La revue des programmes permet d’évaluer les résultats du programme de lutte contre l’hépatite virale au cours d’une période donnée. Les informations provenant de diverses sources, y compris les activités de suivi et évaluation, sont utilisées pour déterminer si le programme et ses composantes suivent la bonne direction et produisent les résultats attendus.

Une série d’activités liées à la revue des programmes sont généralement menées à des moments précis du cycle du programme (24):

- **Les revues annuelles** servent à évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan national de lutte contre l’hépatite virale et à recenser toutes les nouvelles difficultés de la mise en œuvre du programme. Cette démarche comprend généralement un examen des données de suivi du programme par rapport aux objectifs énoncés dans le plan national. Les résultats des examens annuels permettent d’étayer les ajustements nécessaires pour renforcer la mise en œuvre du programme de lutte contre l’hépatite virale. Des exemples de bonnes pratiques peuvent être identifiés et adaptés pour améliorer la mise en œuvre dans les zones où les résultats sont médiocres.

- **Les revues à mi-parcours** sont généralement effectuées environ à mi-chemin d’un programme pluriannuel. Il est question de déterminer si la mise en œuvre du programme national va dans la bonne direction et est en bonne voie pour atteindre les objectifs énoncés dans le plan national. Tout en favorisant des améliorations dans la mise en œuvre, une revue à mi-parcours examine également les progrès réalisés dans les services fournis (rendements) et la manière dont les populations concernées adhèrent à ces services (résultats). Elle peut également évaluer l’impact des activités de prévention et de lutte lorsque les données sont disponibles ou qu’il est passé un temps suffisant pour que l’impact soit perceptible. Les résultats de la revue à mi-parcours fournissent aux parties prenantes les éléments de preuve leur permettant d’envisager les éventuels ajustements à apporter au plan national de lutte contre l’hépatite virale. Ces ajustements pourraient inclure la modification des objectifs, des groupes de population prioritaires, des stratégies de traitement ou des types d’intervention.

- **Les revues en fin de programme** sont effectuées au terme du programme pluriannuel. L’objectif est de déterminer dans quelle mesure l’ensemble du programme a bien été mis en œuvre. Cette revue complète s’appuie sur un examen de tous les résultats du S&E, avec un accent...
particulier sur ceux qui sont relatifs aux rendements et impacts du programme. La revue de fin de programme fournira les éléments de preuve permettant d’étayer la composante analyse de la situation du prochain plan national de lutte contre l’hépatite virale.

Les revues spéciales concernent les composantes les moins visibles du programme national, notamment :

- **Les revues thématiques** se concentrent généralement sur des interventions spéciales (p. ex. vaccination, dépistage, réduction des risques) ou des populations spécifiques (p. ex. CDI, HSH, professionnels de la santé). Elles pourraient également être centrées sur des questions telles que la décentralisation des soins cliniques, la sensibilisation du public ou l’approvisionnement.

- **Les revues de projets** sont effectuées pour des projets spécifiques, notamment ceux portant sur des sous-groupes particuliers de la population ou sur les habitants de zones géographiques spécifiques.
ANNEXE 3.
OUTIL DE PLANIFICATION

Évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS)

Cet outil constitue un cadre systématique et délibérément générique pour examiner les éléments essentiels de toute bonne stratégie nationale. Bien qu’il serve principalement à évaluer les stratégies ou les plans nationaux du secteur de la santé, il peut également être utilisé pour évaluer les stratégies multisectorielles ou spécifiques à un programme. Il a été élaboré par un Groupe de travail multilatéral sur les politiques, stratégies et plans nationaux réuni en 2008 sous les auspices de l’IHP+ (25).

OneHealth

L’outil OneHealth est un logiciel conçu pour renforcer l’analyse du système de santé et du calcul des coûts, et pour élaborer des scénarios de financement au niveau des pays. Le principal but de l’outil est d’évaluer les besoins d’investissement dans la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (26).
ANNEXE 4.
GUIDE THÉMATIQUE DE L’ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL

Le guide thématique ci-après est utilisé par l’OMS lors des revues conjointes des programmes nationaux de lutte contre l’hépatite dans les États Membres. Il sert d’aide-mémoire pendant les entretiens avec les responsables des services concernés. En associant les informations recueillies ici et celles sur la charge de maladie dans le pays, il est possible de repérer les lacunes et de formuler des recommandations pour le programme.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Domaine d'évaluation</th>
<th>Oui/Non/Sans objet et informations supplémentaires</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Mécanismes de gestion et de gouvernance des programmes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a. Existe-t-il un comité directeur chargé de mettre en place l’orientation, le financement et la supervision stratégique de haut niveau des plans et des programmes nationaux ?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b. Le comité directeur est-il dirigé par le ministre compétent ou un haut fonctionnaire nommé par le ministre ?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c. Existe-t-il un Groupe consultatif stratégique et technique (STAG) pour l’hépatite ?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| d. Le STAG inclut-il des représentants de ce qui suit :  
  • MINSANTÉ;  
  • autres ministères concernés;  
  • associations nationales des professionnels de la santé;  
  • universitaires;  
  • hauts dirigeants d’organisations participant aux opérations du plan;  
  • société civile, notamment les groupes les plus exposés au risque ou affectés par l’hépatite virale ? |                                           |
| e. Existe-t-il une unité ou une personne désignée au sein du MINSANTÉ en tant que responsable nationale de la lutte contre l’hépatite ? |                                           |
| f. Si une unité existe, quel est l’effectif du personnel correspondant qui travaille à temps plein sur l’hépatite virale ?  
  Si non, qui en est responsable ? |                                           |
| g. Le pays dispose-t-il d’un plan national actualisé de lutte contre l’hépatite virale ?  
  Si oui, quel est l’intitulé du document et quelle en est la durée de validité ?  
  Si non, existe-t-il des stratégies qui couvrent des services de lutte contre l’hépatite ? |                                           |
h. Quelles sont les parties prenantes dans ce qui suit :
- élaboration des plan et programme nationaux;
- offre et examen des conseils techniques;
- coordination de la mise en œuvre du plan;
- activités de suivi-évaluation ?

i. Comment le plan et le programme ont-ils été communiqués aux principales parties prenantes dans le pays, notamment aux prestataires des soins de santé, à ceux chargés d’établir la politique sur les soins de santé, les services de prévention, les populations à risque et l’ensemble de la population ?

j. Le coût du plan national a-t-il été calculé et financé ?

k. Quelles lois nationales, décrets ministériels et autres textes de loi, le cas échéant, régissent la sensibilisation, la prévention et la lutte contre l’hépatite virale dans le pays ?

l. Le plan national comporte-t-il un cadre qui explique le processus et le contenu des activités de suivi, d’évaluation et d’examen ?

m. Quel est le processus et le délai pour la revue à mi-parcours/en fin de programme et l’actualisation du plan national ?

2. Sensibilisation et engagement communautaire

a. Des activités et événements nationaux spéciaux sont-ils organisés sur ou autour de la Journée mondiale de l’hépatite ?
Si oui, qui participe aux activités de sensibilisation ? MINSANTÉ, organisations nationales de la société civile, autres ? (Veuillez préciser)

b. Activités autres que celles liées à la journée mondiale de l’hépatite; comment les questions liées à la prévention et à la lutte contre l’hépatite virale sont-elles vulgarisées auprès des groupes suivants :
- prestataires des services sociaux et de soins de santé;
- populations à risque;
- grand public;
- autres ? (Veuillez préciser)

Quels sont les thèmes traités dans le cadre de ces activités :
- information générale sur l’hépatite virale et ses voies de transmission;
- assainissement, hygiène de l’eau et sécurité alimentaire;
- pratiques sexuelles sans risque
- activités de réduction des risques pour les CDI;
- importance de la connaissance du statut sérologique;
- disponibilité et avantages des soins cliniques et du traitement pour les porteurs d’une hépatite B chronique et d’une infection au VHC;
- stigmatisation et discrimination ?

c. La sensibilisation et l’information sur l’hépatite virale sont-elles intégrées aux programmes scolaires/universitaires ?
Si oui, quel programme (enseignement primaire/secondaire/universitaire) et qui est chargé de l’assurance qualité de cette information ?

3. Mise en valeur des ressources humaines

a. Quels cadres de professionnels de la santé reçoivent une formation sur la prévention, la prise en charge et le traitement de l’hépatite virale dans le cadre de leur enseignement/formation professionnelle ?

b. L’hépatite virale est-elle une composante de la formation continue des professionnels de la santé ?
4. Données pour la politique et l’action

4.1 Surveillance et suivi

a. Existe-t-il un mécanisme national de surveillance de l’hépatite aiguë ?

b. Quels types d’hépatites sont couverts par ce mécanisme ?

c. Ce mécanisme de surveillance transmet-il des cas d’infection et de décès au registre central ?

d. Quelle est la définition de cas d’hépatite aiguë ?

e. Existe-t-il un registre des cas d’hépatite chronique ?
   • Au niveau national ?
   • Au niveau régional/infranational ?
   • Dans les sites sentinelles ?

f. Quelle est la définition de cas d’hépatite chronique ?

g. Existe-t-il des définitions standards de cas aux fins de la recherche épidémiologique ?
   • Définition d’un cas confirmé
   • Définition d’un cas possible

h. Les épidémies suspectées d’hépatite sont-elles signalées et font-elles l’objet d’une enquête approfondie ?
   Si oui, à qui cette information est-elle transmise et ces personnes appliquent-elles les procédures normalisées pour l’enquête et la gestion de l’épidémie ?

i. Existe-t-il un registre du cancer ?
   Si oui, est-il possible d’identifier les cas de cancer du foie liés à une hépatite virale ?

j. Les informations globales relatives aux cas d’infection et de décès dus à l’hépatite virale sont-elles régulièrement publiées ?
   Si oui, à quelle fréquence et où ces informations sont-elles publiées, et comment protège-t-on la confidentialité des données ?

k. Quelles informations sont recueillies et enregistrées sur les nouveaux cas d’hépatite dans le système de notification épidémiologique

l. Le principal génotype viral des nouveaux cas de VHB et de VHC est-il confirmé ?

m. Les indicateurs de performance sont-ils utilisés pour évaluer la qualité et la performance des systèmes de surveillance (p. ex. exhaustivité, opportunité). Si oui, veuillez donner des exemples.

4.2 Application d’un programme de recherche en santé publique

a. Existe-t-il un programme national de recherche sur l’hépatite virale ?
   Si oui, décrire ses composantes et indiquer les principaux chercheurs/institutions.

b. Existe-t-il des normes/modes opératoires pour effectuer des enquêtes de dépistage biologique (p. ex. protocoles d’enquête normalisés) ?

c. Quelles informations sont recueillies dans le cadre des enquêtes de dépistage biologique ?

4.3 Existe t-il des standards opérationnels pour le diagnostic de laboratoire ?

a. Existe-t-il des capacités de laboratoire suffisantes pour soutenir les recherches et d’autres activités de surveillance (p. ex. dosage immunoenzymatique [DIE], test des acides nucléiques [TAN]) ?
## Domaine d’évaluation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui/Non/ Sans objet et informations supplémentaires.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b. Existe-t-il des capacités de laboratoire suffisantes pour améliorer les services de dépistage et de diagnostic ?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 5. Prévention de la transmission

#### 5.1 Vaccination

a. Existe-t-il une stratégie pour prévenir la transmission mère-enfant du VHB ?
- La prophylaxie post-exposition (immunoglobuline de l’hépatite B [Ig] et vaccin VHB) est-elle administrée à tous les nouveau-nés de mères positives à l’anticorps de surface de l’hépatite B (HBsAg) ?
- Tous les établissements de santé prévoient-ils dans leur règlement intérieur de vacciner tous les nouveau-nés avec le vaccin de l’hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance ?
- Existe-t-il des stratégies pour administrer le vaccin de l’hépatite B à tous enfants nés à domicile dans les 24 heures suivant la naissance ou dans les meilleurs délais ?

b. La vaccination contre le VHB fait-elle partie du programme de vaccination systématique des nourrissons ?

c. Existe-t-il une politique qui stipule la vaccination de tous les professionnels de la santé contre l’hépatite B avant qu’ils ne commencent à travailler ?

d. Quelle est la stratégie nationale en matière de vaccination systématique contre le VHB des groupes ci-après, et qui finance leur vaccination (gouvernement, eux-mêmes, autres) ?
- Personnel militaire
- Travailleurs du sexe
- CDI
- HSH
- Personnes vivant avec le VIH ou le VHC chronique
- Autres (veuillez préciser)

e. Quelle est la stratégie nationale en matière de vaccination systématique contre le VHA des groupes ci-après, et qui finance leur vaccination (gouvernement, eux-mêmes, autres) ?
- Personnes voyageant dans les régions à forte endémicité
- Personnel militaire
- Professionnels de l’environnement et de l’assainissement
- Personnes vivant avec le VIH ou le VHC chronique
- Autres

#### 5.2 Sécurité transfusionnelle

a. Existe-t-il une stratégie nationale de sécurité transfusionnelle et des politiques annexes qui régissent la collecte du sang des donneurs ?

b. Effectue-t-on un contrôle d’admissibilité sur les donneurs avant chaque prélèvement ?

c. Tout le sang collecté est-il dépisté pour le VHB, le VHC, le VIH, la syphilis et d’autres infections transmissibles par transfusion ?

d. Existe-t-il des systèmes de notification, de soutien psychologique et de référence en cas de détection d’anomalies ?

e. Quelle est l’approche nationale en matière de réduction des transfusions non nécessaires ?

#### 5.3 Prévention et lutte contre les infections, notamment la sécurité des injections

a. Existe-t-il des directives à l’échelle nationale sur la prévention et la lutte contre les infections à l’intention des établissements de santé (publics et privés) qui prennent en charge les aspects suivants :
- hygiène des mains;
- manipulation et élimination des objets pointus et tranchants;
- gestion des déchets cliniques;
- nettoyage sans danger du matériel devant être réutilisé ?
### Domaine d'évaluation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui/Non/ Sans objet et informations supplémentaires.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b. Comment les professionnels de la santé sont-ils informés et formés en matière de directives sur la lutte contre les infections ?</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Les seringues et aiguilles à usage unique sont-elles utilisées dans tous les établissements de santé ?</td>
</tr>
<tr>
<td>d. Existe-t-il une procédure pour enregistrer les pénuries/dysfonctionnements du matériel suivant ?</td>
</tr>
<tr>
<td>• Équipements de protection individuelle</td>
</tr>
<tr>
<td>• Seringes et/ou aiguilles à usage unique</td>
</tr>
<tr>
<td>• Boltes pour l’élimination d’objets pointus et tranchants et d’autres matériels usagés</td>
</tr>
<tr>
<td>• Installations/matériel pour la décontamination des équipements médicaux/dentaires réutilisables</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| e. Existe-t-il des directives à l’échelle nationale sur la gestion de l’exposition professionnelle au VHB et au VHC chez :
| • les professionnels de la santé ;
| • le personnel pénitentiaire et les personnes travaillant dans d’autres établissements résidentiels ;
| • autres ? |
| f. Quelles mesures sont prises pour garantir l’élimination sans risque des déchets médicaux ? |
| g. Quels sont les défis ou les insuffisances dans la mise en œuvre d’une lutte efficace contre les infections à l’échelle nationale, régionale ou dans des établissements spécifiques ? |

#### 5.4 Réduction des risques (consommation de drogues par injection)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui/Non/ Sans objet et informations supplémentaires.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Existe-t-il des directives à l’échelle nationale sur la prévention de la transmission de l’hépatite virale et d’autres virus transmissibles par le sang chez les CDI qui prennent en charge les aspects suivants :</td>
</tr>
<tr>
<td>• vaccination des CDI contre le VHB (calendrier accéléré) ?</td>
</tr>
<tr>
<td>• dépistage du VHB, du VHC et du VIH, et soutien psychologique;</td>
</tr>
<tr>
<td>• programmes visant à mettre à la disposition des CDI des aiguilles stériles, seringes à faible espace mort et d’autres matériels d’injection;</td>
</tr>
<tr>
<td>• interventions de pair à pair aux fins de la réduction des risques;</td>
</tr>
<tr>
<td>• TSO pour traiter la dépendance aux opiacés (et intégration des services de TSO à ceux qui assurent les soins et le traitement de l’hépatite)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### 5.5 Réduction des risques (risque sexuel)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui/Non/ Sans objet et informations supplémentaires.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Existe-t-il une politique nationale de promotion des pratiques sexuelles sans risque, d’accès aux préservatifs et à un lubrifiant approprié pour les groupes à haut risque ?</td>
</tr>
<tr>
<td>b. La vaccination contre le VHB est-elle recommandée et administrée aux HSH, travailleurs du sexe et d’autres groupes à risque ?</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Ce travail est-il soutenu par des campagnes d’information ciblées sur les groupes à risques et autres groupes vulnérables tels qu’adolescents, travailleurs du sexe, HRSH et CDI ?</td>
</tr>
<tr>
<td>d. Existe-t-il à l’échelle nationale une politique et une mesure visant à éliminer la discrimination et la violence basées sur le genre, ainsi qu’à accroître l’accès aux services médicaux et sociaux pour les personnes vulnérables ?</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Domaine d'évaluation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui/Non/ Sans objet et informations supplémentaires</th>
</tr>
</thead>
</table>

#### 5.6 Assainissement, hygiène de l'eau, sécurité alimentaire

a. Existe-t-il des politiques et des directives nationales concernant :
   - l’hygiène de l’eau;
   - l’hygiène alimentaire;
   - l’élimination sans risque des déchets cliniques et d’autres déchets de soins ;
   - la gestion sans risque des déchets humains et d’autres déchets potentiellement infectieux ?

#### 6. Dépistage et tests diagnostic

a. Existe-t-il des directives à l’échelle nationale sur le dépistage, les tests diagnostics et la consultation d’un spécialiste en vue d’un examen clinique pour le VHB et le VHC ?

b. Ces directives incluent-elles l’information à donner avant et après le test aux personnes qui devaient se faire examiner, et celles ayant été diagnostiquées positives à l’hépatite virale ?

c. Le test sérologique du VHB et du VHC est-il systématiquement proposé aux personnes issues des populations ayant un taux de prévalence élevé ou des antécédents d’exposition/ comportement à risque tels que :
   - enfants nés de mères infectées par le VHB ou le VHC;
   - personnes ayant subi des interventions médicales/dentaires dans des établissements de santé où les pratiques de lutte contre les infections sont insuffisantes (notamment s’il existe un taux de prévalence élevé du VHB et du VHC);
   - personnes ayant reçu des transfusions de sang/produits sanguins avant le lancement du dépistage du sang ou dans des pays où le dépistage n’est pas systématique;
   - CDI;
   - personnes ayant pratiqué des tatouages, le perçage corporel ou la scarification dans des milieux où les pratiques de lutte contre les infections sont insuffisantes;
   - personnes infectées par le VIH;
   - personnes utilisant ou ayant utilisé des drogues intranasales;
   - prisonniers et personnes précédemment incarcérées;
   - travailleurs du sexe;
   - populations autochtones;
   - migrants;
   - personnel militaire;
   - professionnels de la santé;
   - autres (veuillez préciser).

d. Quels établissements de santé, sociaux et autres (par exemple prisons) proposent des services abordables et confidentiels de dépistage du VHB et du VHC ?

e. Quel pourcentage de la population a accès à des services de dépistage abordables et confidentiels ?

f. Existe-t-il une politique nationale de dépistage du VHB chez les femmes enceintes ?
   Si oui, les femmes enceintes sont-elles systématiquement dépistées pour les antigènes suivants ?
   - HBsAg
   - Antigène e de l’hépatite B (HBeAg) ?

g. Les femmes enceintes infectées par le VHB ou le VHC sont-elles systématiquement confiées aux soins d’un spécialiste ?
7. Soins et traitement cliniques

a. Existe-t-il des directives à l’échelle nationale sur l’examen et le traitement des affections suivantes :
   - hépatite aiguë;
   - hépatite chronique;
   - cirrhose;
   - cancer du foie

Si oui, les problèmes relatifs aux aspects suivants sont-ils pris en charge :
   - évaluation de la gravité de la maladie;
   - risque d’évolution de l’infection en cirrhose et en cancer primitif du foie;
   - évaluation et prise en charge des comorbidités et des coinfections;
   - évaluation en vue du traitement antiviral, notamment les précautions et les contre-indications, la prise en compte des groupes spéciaux (p. ex. enfants, personnes co-infectées par la tuberculose et d’autres virus transmissibles par le sang, personnes ayant des calculs rénaux ou une maladie du foie aggravée);
   - traitement, notamment surveillance de la réponse à la thérapie, gestion des effets indésirables, buts et points finals de la thérapie, règles d’arrêt ?

b. Existe-t-il une stratégie nationale de surveillance de la résistance au traitement antiviral ?

c. Quels sont les mécanismes mis en place pour garantir une fourniture régulière d’agents thérapeutiques abordables pour le traitement du VHB et du VHC chronique ?

d. Quels sont les mécanismes de financement mis en place pour le traitement du VHB et du VHC chronique ?
   - financé par l’État, gratuit pour les malades
   - financé par les régimes d’assurance publics
   - financé par les régimes d’assurance privés
   - financé par les malades en tant que frais remboursables.

e. Quels sont les médicaments disponibles dans le pays pour traiter
   - l’hépatite B chronique
   - l’hépatite C chronique

f. Quels professionnels de la santé sont autorisés à prescrire des médicaments pour traiter l’hépatite chronique ?

g. Combien de ces professionnels de la santé (mentionnés au point «7f» ci-dessus) sont en service dans le pays ?

8. Suivi et évaluation

a. Existe-t-il un cadre de suivi et d’évaluation du plan national de lutte contre l’hépatite virale ?

b. Existe-t-il des mécanismes de revue et de mise à jour du plan et du programme (à mi-parcours et en fin de programme) ?
ANNEXE 5.
LISTE DE CONTRÔLE POUR LANCER OU AMÉLIORER LES SERVICES DE TRAITEMENT DE L’HÉPATITE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Communication, leadership et plaidoyer</th>
<th>Cocher si présent</th>
<th>Observations</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Présence d’une personne chargée d’élaborer ou de mettre à jour les directives ou les protocoles nationaux en matière de gestion et de suivi.</td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Présence d’une personne chargée d’élaborer le matériel didactique à l’intention des professionnels de la santé.</td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 3. Il existe un plan pour transmettre les recommandations relatives à l’amélioration des services  
  a. aux établissements de santé, notamment les institutions publiques, celles à but non lucratif et privées,  
  b. aux professionnels de la santé,  
  c. aux autres intervenants concernés tels que les porteurs d’hépatite chronique. | □ □ □ | |
| 4. Présence d’une personne chargée du plaidoyer auprès des parties prenantes, notamment les leaders politiques, le personnel de santé et les médias. | □ | |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dotation en personnel et ressources humaines</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. L’effectif supplémentaire des professionnels de la santé nécessaire pour la mise à niveau des services est calculé.</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Le profil des professionnels de la santé requis (médecins, agent de soins de santé, infirmières, sages-femmes, agents de santé communautaire, aide-laborantins, etc.) ont été identifiés</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>7. La manière dont ces professionnels de la santé peuvent être recrutés a été déterminée.</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>8. La délégation des tâches est envisagée comme une stratégie pour optimiser les ressources humaines disponibles pour la prestation des services sanitaires et d’expansion.</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Les besoins de formation des différents prestataires des soins de santé sont évalués.</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Les plans de renforcement des capacités sont mis au point, notamment la manière dont la formation sera assurée et payée.</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>Médicaments et produits</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Les mécanismes pour la prévision des besoins liés au traitement sont mis en place</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Les mécanismes pour fournir les médicaments recommandés et d’autres fournitures aux meilleurs prix possibles sont mis en place</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. La situation des brevets est maîtrisée dans le pays pour l’ensemble des options de traitement disponibles.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Les mécanismes de gestion sont renforcés pour faire face à la demande accrue de diagnostics et de médicaments.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Une procédure réglementaire est mise en place pour approuver et enregistrer les médicaments et les diagnostics en temps opportun.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Les mécanismes d’examen de la qualité et d’assurance qualité externes sont mis en place et pleinement opérationnels.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. La législation nationale autorise l’achat et l’importation de toutes les fournitures nécessaires.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Organisation des systèmes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19. Les liens et les systèmes d’orientation entre les services de dépistage et de traitement sont appropriés.</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Les services sont intégrés et/ou décentralisés pour soutenir la mise en œuvre des recommandations en vue de leur expansion</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Les plans d’accès au traitement sont élaborés en collaboration avec les responsables d’autres programmes concernés (p. ex. VIH, tuberculose, santé maternelle et infantile, réduction des risques, etc.).</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Les stratégies en matière de politiques et de prestation des services sont en place pour faire face aux éventuelles disparités d’accès aux soins et aux traitements.</td>
</tr>
<tr>
<td>23. Les interventions sont mises au point pour promouvoir et renforcer le respect et la poursuite du traitement.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
RÉFÉRENCES


Manual for the development and assessment of national viral hepatitis plans: a provisional document

As WHO’s work in the area of hepatitis expanded, countries began requesting guidance for devising national hepatitis plans. Since a comprehensive response to viral hepatitis cuts across many areas of work, it was important to pull together all relevant WHO guidance for ease of reference. This manual contains references to the currently existing WHO documents, both specific and relevant to the global hepatitis response.

The purpose of this manual is to provide guidance to public health professionals tasked with managing a response to viral hepatitis. As every country’s needs are different with respect to its epidemiology and the current level of response, people would use this manual in different ways. However, this manual is intended to help think more comprehensively about the hepatitis response in a country; to provide a step-by-step approach to setting up a national hepatitis plan and/or programme; to propose a governance structure that can be adapted according to needs; and to propose the outline of a national hepatitis plan.

Feedback and suggestions for improvement may be sent to: hepatitis@who.int.