



**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE
CONTRE LES HEPATITES VIRALES
2017-2021**

Juillet 2017

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	1
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	6
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN.....	7
II. CONTEXTE /JUSTIFICATION	7
III. ANALYSE DE LA SITUATION	9
3.1. Contexte général.....	9
3.1.1. Données géographiques	9
3.1.2. Données administratives	10
3.1.3. Données démographiques	11
3.1.4. Données économiques	11
3.1.5. Données socioculturelles.....	12
3.2. Situation sanitaire	12
3.2.1. Organisation du système de santé	12
3.2.1.1. Organisation administrative.....	12
3.2.1.2. Organisation des soins	13
3.2.2. Financement du secteur de la santé.....	14
3.2.3. Partenariat	14
3.2.4. Planification dans le secteur de la santé.....	15
3.2.5. Les cadres de concertation	15
3.2.6. Ressources humaines	15
3.2.7. Profil sanitaire du Burkina Faso.....	15
3.3. Épidémiologie des hépatites virales au Burkina Faso	17
3.3.1. Différents types d'hépatites.....	17
3.3.2. Situation des hépatites B et C au Burkina Faso	18
3.3.3. Situation des groupes à risque et facteurs de risque	22
3.4. Situation de la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso.....	26
3.4.1. Moyens de lutte.....	26
3.4.2. Types d'intervention	30
3.4.3. Partenariat dans la lutte contre les hépatites	41
3.4.4. Co-infection VIH/ Hépatites virales	42
3.4.4.1. Co-infection VIH / Hépatite B	42

3.4.4.2. Co-infection VIH / Hépatite C [28].....	44
3.4.5. La gestion de l'information et la recherche.....	45
3.4.6. Information, éducation et communication (I.E.C) sur les hépatites virales.....	46
IV. PROBLÈMES PRIORITAIRES IDENTIFIÉS	48
V. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN.....	51
5.1. Vision	51
5.1. But et objectifs.....	51
5.1.1. But.....	51
5.1.2. Objectif général.....	51
5.1.3. Objectifs spécifiques	51
5.2. Axes stratégiques d'intervention.....	52
5.3. Chronogramme des activités	66
VI. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE	87
6.1. Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités.....	87
6.2. Suivi et évaluation	89
6.3. Conditions de réussite.....	91
VII. BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN	92
7.1. FINANCEMENT DU PLAN	92
7.2. RÉSUMÉ DES COÛTS DU PLAN	92
CONCLUSION	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: prévalence des différents types d'hépatites chez les donneurs de sang durant les neuf (9) dernières années au CNTS.....	19
Tableau II: Proportion des VHB et VHC chez les personnes dépistées dans la ville de Ouagadougou lors des activités commémoratives de la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales.....	19
Tableau III: répartition des types d'hépatites dépistés dans les différentes DRS en 2016	28
Tableau IV: situation des spécialistes pour la PEC des hépatites virales dans les structures de soins en 2017	29
Tableau V: évolution des couvertures vaccinales en penta dans le PEV de routine de 2006 à 2016 au Burkina Faso	30
Tableau VI: situation de la disponibilité et coût des examens de prise en charge des hépatites dans les structures de soins au Burkina Faso en (2017)	38
Tableau VII: orientations stratégiques, objectifs spécifiques, axes stratégiques et interventions.....	58
Tableau X: acteur concerné, rôle et responsabilité.....	88

Liste des figures

Figure 1: carte des 13 régions avec les principales voies de communication du Burkina Faso	10
Figure 2: prévalence des hépatites B au Burkina Faso dans les 13 régions en 2010 Source AFRAVIH 2016	Erreur ! Signet non défini.
Figure 3: prévalence des hépatites C au Burkina Faso dans les 13 régions en 2010 Source AFRAVIH 2016	21

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMU : Assurance maladie universelle

ANRS : Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales

ASBC : Agent de santé à base communautaire

CAMEG : Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques

CERBA : Centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni

CDI : Consommateurs de drogues injectables

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUBC : Centre hospitalier universitaire Blaise COMPAORE

CHUPCDG : Centre hospitalier universitaire Charles De Gaulle

CHUSS : Centre hospitalier universitaire Souro SANON

CHUYO : Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO

CM : Centre médical

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CNTS : centre national de transfusion sanguine

CRSN : Centre de recherche en santé de Nouna

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DGESS : Direction générale des études et des statistiques sectorielles

DGS : Direction générale de la santé

DRS : Direction régionale de la santé

ECD : Equipe cadre de district

EDS : Enquête démographique et de santé

EICVM : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages

FBR : Financement basé sur les résultats

HD : Hôpital de district

HTA : Hypertension artérielle

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDH : Indice de développement humain

IEC : Information Education Communication

INSD : Institut national de la statistique et de la démographie

IRSS : Institut de Recherche en Sciences de la Santé

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infection sexuellement transmissible

ME : Maïeuticien d'Etat

MNT : Maladies non transmissibles

MESRSI : Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PEC : Prise en charge

PEV : Programme élargi de vaccination

PIB : Produit intérieur brut

PI : Prévention de l'infection

PNDS : Plan national de développement sanitaire

PNUD : Programme des nations unies pour le développement

PS : Professionnel du sexe

PSL : Produit sanguin labile

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

RGPH : Recensement général de population et de l'habitat

SFE : Sage-femme d'Etat

SOGEMAB : Société de gestion, d'équipement et de maintenance des appareils biomédicaux

SOS : Save our souls

TPS : tradipraticiens de santé

STEPS : Enquête sur les facteurs de risques communs de maladies non transmissibles

UFR/SDS : Unité de formation et de recherche/science de la santé

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH /SIDA: Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience humaine acquise

INTRODUCTION

Les hépatites virales constituent un problème de santé publique mondial et il s'avère nécessaire pour les gouvernements et les populations d'instaurer des mesures de prévention, de diagnostic et de traitement. En outre, il a été demandé d'une part à l'OMS d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie mondiale à l'appui de ces efforts et d'autre part aux Etats membres de renforcer les politiques et programmes à cet effet.¹

Bien que parcellaires, les données disponibles montrent que le Burkina Faso est touché par l'épidémie tout comme les autres pays en développement et ce, de manière préoccupante. Les principales complications à savoir, le cancer primitif du foie et la cirrhose hépatique sont d'autant plus redoutables que leur découverte est tardive et les moyens de diagnostic et de traitement très limités avec un coût financier élevé. Il en découle une forte létalité et des conséquences socio-économiques importantes.

Au regard de cette situation, le ministère de la santé a décidé d'élaborer un plan stratégique de lutte contre les hépatites virales pour la période 2017-2021. Ce plan stratégique devra aboutir à la mise en œuvre d'interventions efficaces d'envergure nationale avec l'implication de tous les acteurs de la lutte contre les hépatites virales.

¹Résolutions WHA63.18 et WHA67.6 adoptées respectivement en 2010 et 2014 par l'Assemblée mondiale de la Santé

I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

L'élaboration de ce plan a suivi les étapes ci-dessous :

- rencontres préparatoires au niveau national;
- revue documentaire et collecte de données complémentaire sur le terrain ;
- rédaction d'un draft de plan stratégique par une équipe restreinte au niveau national ;
- atelier d'élaboration du présent plan stratégique 2017-2021 ;
- atelier de validation ;
- adoption en conseil des ministre.

II. CONTEXTE /JUSTIFICATION

Les hépatites virales constituent un problème majeur de santé publique dans le monde. Elles sont causes de morbidité et de mortalité élevées dans la population active.

Le virus de l'hépatite B (VHB) est présent dans le monde entier. On dénombre plus de 350 millions de porteurs chroniques, donc de personnes chez qui le virus reste présent plus de 6 mois après leur contamination.

Le VHB est responsable de 600 000 décès par an. Il représente la deuxième cause identifiée de décès par cancer après le tabac².

On retrouve le VHB dans trois grandes zones géographiques :

- Forte prévalence du VHB : Chine, Asie du Sud-Est, Afrique subsaharienne. L'infection chez l'enfant y est fréquente.

²WHO Aide-mémoire No 204, Hépatite B, révisé en juillet 2016

L'Afrique paye un lourd tribut avec près de 150 millions de cas d'hépatites chroniques B et C avec risque de développer une cirrhose ou un cancer de foie³.

- Prévalence moyenne : Bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Amérique du Sud, Europe de l'Est et ex-URSS,
- Le virus VHB est peu présent en Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie. L'infection est rare chez l'enfant.

Ainsi, lors de la 69^{ème} assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2016, les 194 états membres de l'OMS ont adopté la stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale visant à son élimination d'ici fin 2030.

Au Burkina Faso, bien que parcellaires, les données disponibles montrent que le pays est touché par l'épidémie. En effet, les données du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) font état de fortes prévalences au sein des donneurs de sang avec 10% pour l'hépatite B et 5,5% pour l'hépatite C en 2013. En 2015 selon la même source, la prévalence du virus de l'Hépatite B était de 9,1%, celui de l'hépatite C de 3,6% et celui du Delta de 0,10%⁴.

Selon l'OMS, l'hépatite B aigüe est responsable de 300 décès dans la population burkinabè, tandis que la cirrhose et le cancer primitif du foie causent respectivement 3100 et 1200 décès par an⁵.

D'autres études menées au sein de la population rapportent des prévalences similaires. Ainsi les prévalences des hépatites B et C sont respectivement de 9,1% et de 3,6% en 2016 selon une étude menée

³Consensus de Dakar sur l'hépatite virale en Afrique, Juillet 2013

⁴Projet ANRS 12270 : Epidémiologie des hépatites B, C et Delta au Burkina Faso ; Analyse des échantillons de l'enquête démographique de santé 2010

⁵WHO 2012. Department of Measurement and Health Information. Estimated total deaths by cause, sex and WHO Member State. [www. Int/evidence/bod](http://www.int/evidence/bod)

par le Centre Muraz, le CNTS et l'Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) 12 270⁶

Les principales complications à savoir le cancer primitif du foie et la cirrhose hépatique, sont d'autant plus redoutables que leur découverte est tardive et les moyens de diagnostic et de traitement très limités, avec un coût financier élevé. Il en découle une forte létalité et des conséquences socio-économiques importantes.

La principale stratégie de lutte en vigueur au Burkina est la vaccination contre l'hépatite B introduite dans le Programme élargi de vaccination (PEV) depuis 2006. Cependant, sur le terrain il existe des actions sporadiques de prévention et de prise en charge non coordonnées. Il en résulte un manque de synergie d'actions menées dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des patients atteints d'hépatites virales mais également, une absence de directives et de cadre multidisciplinaire de concertation.

Au regard de cette situation, le ministère de la santé a entrepris l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre les hépatites virales couvrant la période 2017-2021, afin de mettre en place des interventions efficaces et d'envergure nationale de lutte contre les hépatites virales.

III. ANALYSE DE LA SITUATION

3.1. Contexte général

3.1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'est par le Niger, au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. C'est un pays sans accès à la mer, couvrant une superficie de 274 000 km².

Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse courte et une saison sèche plus longue. Le pays subit aussi les conséquences du changement climatique, ce qui l'expose à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi à l'harmattan et à une forte chaleur, propices à l'écllosion de nombreuses maladies infectieuses.

La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont : le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

3.1.2. Données administratives

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes et 8 228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département, le village ou le secteur.

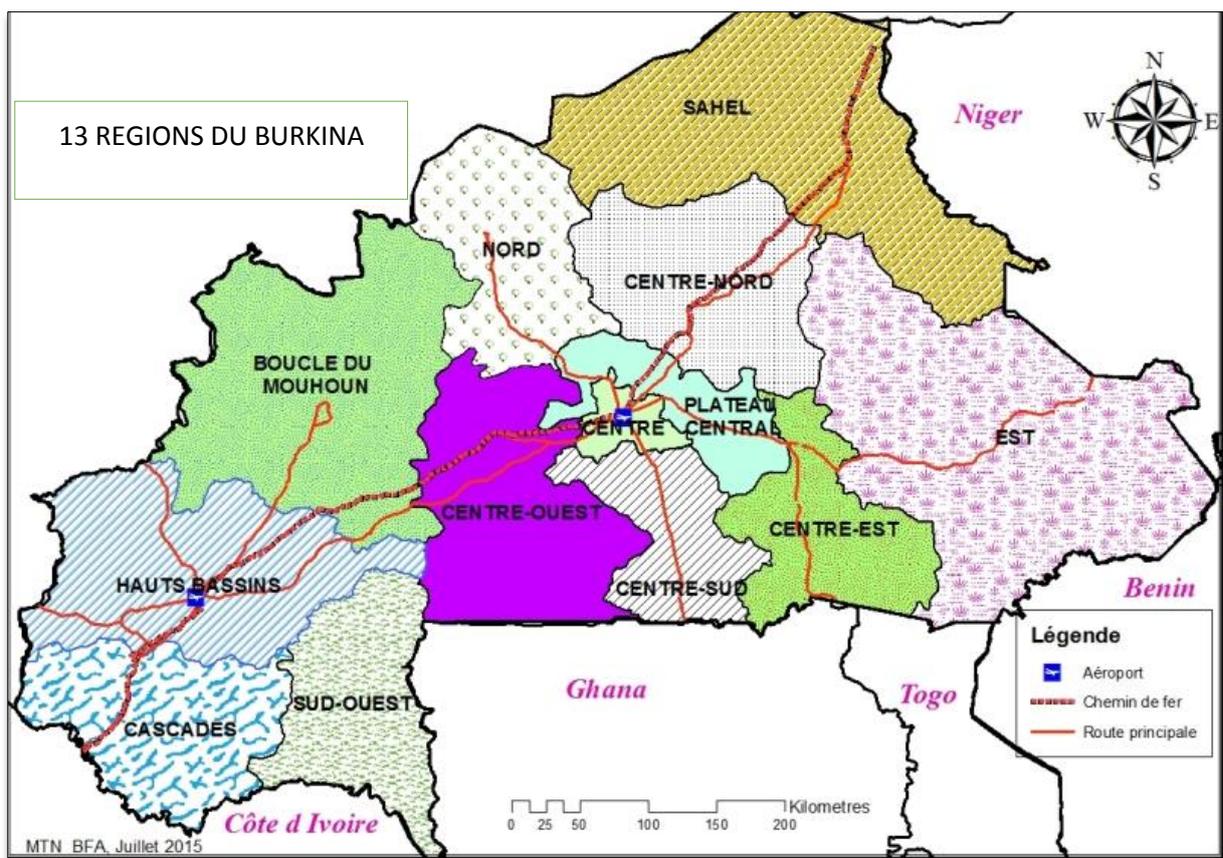


Figure 1: carte des 13 régions avec les principales voies de communication du Burkina Faso

3.1.3. Données démographiques

Selon la projection du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 2006)⁷, la population du Burkina Faso en 2016 est de 19 034 397 habitants. Avec une densité d'environ 69,7 habitants au km², elle croît à un rythme de 3,1% l'an (RGPH 2006). Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale.

La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural et pratique l'agriculture et l'élevage.

Le taux brut de natalité est de 46 pour mille. La population est essentiellement jeune, la tranche de 0 à 15 ans constituant 46,4%. Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2010, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 par femme pour l'ensemble du pays⁸. Le taux de mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance a été évaluée à 56,7 ans (RGPH 2006). En moyenne, les femmes vivent relativement plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans)⁹.

3.1.4. Données économiques

Le Burkina Faso est un pays à faible revenu. Avec un produit intérieur brut (PIB) par tête d'habitant qui s'élevait en 2012 à 310 817 FCFA, il fait partie des pays les moins avancés. Le pays occupe le 183^e rang sur 188 pays, selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain et un indice de développement humain (IDH) à 0,402 en 2015.

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années ont été fortement ralenties par les sévères crises énergétique, alimentaire, financière et socio-politique.

L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et des produits alimentaires).

⁷INSD, RGPH 2006 du Burkina Faso – Résultats Définitifs

⁸INSD, EDS 2010

⁹INSD, EICVM 2009-2010

Selon la Banque mondiale, l'indice de pauvreté qui était de 46% en 2009 est passé à 40,1% en 2014¹⁰.

Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (Nord : 70,4% ; Boucle du Mouhoun : 59,7% ; Sud-Ouest : 41,7% ; Hauts Bassins : 34,4% et le Centre : 9,3%)¹¹.

Cette situation de pauvreté est caractérisée par un accès difficile aux services sociaux de base et un niveau élevé de malnutrition.

3.1.5. Données socioculturelles

Au niveau de l'éducation, le taux brut de scolarisation est de 83,7% (en 2014/2015) et d'alphabétisation chez la population de plus de 15 ans est de passé de 19,5% en 1996 à 34,5% selon l'enquête multisectorielle continue (EMC, 2014, l'INSD).

Le pays est d'une très grande diversité culturelle et religieuse. On dénombre plus d'une soixantaine de groupes ethniques. Au plan religieux, on note trois grandes religions qui sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%)¹².

3.2. Situation sanitaire

3.2.1. Organisation du système de santé

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale. Il prend en compte l'organisation des structures administratives et celle des structures de soins.

3.2.1.1. Organisation administrative

Elle comporte trois (3) niveaux :

- le niveau central, comprend des directions centrales, des directions techniques et des structures rattachées. Il est organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il définit la politique, les

¹⁰ Rapport Banque Mondiale sur la pauvreté en 2015

¹¹ INSD, rapport enquête multisectorielle continue (EMC), 2014, profil de pauvreté et d'inégalités

¹² PNDS 2011-2020 du MS

normes et les standards et a un rôle de coordination technique et administrative au sein du département ;

- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires qui sont au nombre de 70. Ces districts sont des entités opérationnelles du système national de santé, chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

3.2.1.2. Organisation des soins

Les structures de soins sont organisées autour de trois sous- secteurs qui sont : le sous- secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur médecine et pharmacopée traditionnelles :

- ✓ le sous-secteur public de soins comporte trois niveaux :
 - le premier niveau est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons :
 - le premier échelon, constitué par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) ;
 - le deuxième échelon, constitué par les hôpitaux de districts (HD) ou centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) qui sont des structures de référence pour le premier échelon.

En 2015, le pays comptait 47 CMA, 43 CM et 1698 centres de santé (CSPS) publiques fonctionnels¹³. Le rayon d'action théorique de 6,8 km.

- le deuxième niveau est constitué par les 8 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui servent de référence pour les CMA ;
 - le troisième niveau est le niveau de référence pour les CHR. Il est constitué des 5 centres hospitaliers universitaires (CHU-YO, CHU-SS, CHUP-CDG, CHU-BC, CHU de Ouahigouya)
- ✓ le sous-secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement les structures en charge des médicaments

¹³ MS, Annuaire statistique 2015

et les structures de soins. Ces structures sont concentrées dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. En 2015, on dénombrait 435 formations sanitaires privées dont 6 polycliniques, 47 cliniques, 03 CMA et 183 cabinets de soins infirmiers;

- ✓ la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la santé publique et font aujourd'hui l'objet d'une politique formelle du département de la santé. Il existe aux CHR de Ouahigouya et de Tenkodogo, des pavillons d'interface médecine moderne et médecine-pharmacopée traditionnelle.

3.2.2. Financement du secteur de la santé

La proportion du budget de l'État allouée à la santé est passée de 11,6% en 2007 à 12,6% en 2015. Les dépenses de santé sont caractérisées par une part contributive élevée des ménages. Selon les résultats des comptes nationaux de la santé 2015, la première source de financement de la santé est constituée par les ménages (35%), suivis respectivement de l'Etat (33%), les bailleurs de fonds extérieurs (22,5%), et les entreprises privées (9,5%).¹⁴

3.2.3. Partenariat

De nombreux partenaires techniques et financiers (coopération bilatérale et multilatérale) accompagnent le Ministère de la santé dans la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) à travers plusieurs modalités de financement (appui budgétaire général, appui budgétaire sectoriel, panier commun, projets/ programmes, fonds ciblés). Il existe des financements communautaires gérés par les ONG/associations. Leurs domaines et zones d'intervention sont très divers.

¹⁴ Comptes nationaux de santé Burkina Faso 2015/MS

D'autres stratégies de financements sont en cours d'expérimentation dans le secteur de la santé telle que le Financement basé sur les résultats (FBR), l'assurance maladie universelle (AMU)...

3.2.4. Planification dans le secteur de la santé

Le pays a adopté en 2010 une politique nationale de santé (PNS). Cette politique est opérationnalisée à travers le plan national de développement sanitaire 2011-2020. Pour sa mise en œuvre, des plans stratégiques ont été élaborés dont celui de lutte contre les cancers qui couvre la période 2013-2017.

3.2.5. Les cadres de concertation

Plusieurs cadres de concertation intra sectorielle et multisectorielle existent aux différents niveaux du système de santé pour aider à la prise de décision et pour la diffusion des informations et des directives du ministère de la santé.

3.2.6. Ressources humaines ¹⁵

Le ratio population / personnel de santé se présente comme suit :

- 1 Médecin pour 15 518 habitants ;
- 1 IDE pour 4 243 habitants ;
- 1 SFE/ ME pour 7 743 habitants.

3.2.7. Profil sanitaire du Burkina Faso

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité élevés.

Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8 ‰ en 2006¹⁶. La mère et l'enfant

¹⁵ Annuaire statistiques 2015, op. cit

constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 330 pour 100 000 naissances vivantes (EMDS, 2014, INSD). Selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 42,7 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 81,6 pour 1000 naissances vivantes¹⁷.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, le VIH/ Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole, etc.).

Des efforts importants de prévention, notamment par la vaccination, sont faits pour lutter contre ces pathologies notamment à travers le PEV. Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser.

Les maladies non transmissibles (MNT) regroupent entre autres, les maladies cardio-vasculaires, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers, les maladies mentales, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route. Elles absorbent 60 % du budget de la

¹⁶ INSD, RGPH, 2006, op. cit

¹⁷ MS, PNDS 2011-2020, op. cit

santé destiné aux évacuations sanitaires hors du pays, dont 80% pour la prise en charge des cancers¹⁸.

Les principaux facteurs de risque des cancers dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée et les infections chroniques liées aux virus de l'hépatite B (HBV), de l'hépatite C (HCV) et certains types de papillomavirus humain (HPV).

3.3. Épidémiologie des hépatites virales au Burkina Faso

Les hépatites constituent un problème de santé publique dans le monde. Elles sont causes de plusieurs maladies aiguës et chroniques.

L'hépatite se définit comme une inflammation du foie, le plus souvent provoquée par une infection virale. Il y a cinq virus principaux de l'hépatite, nommés A, B, C, D et E. En général les hépatites A et E sont causées par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Les hépatites B, C et D surviennent habituellement après un contact parentéral avec des liquides biologiques contaminés (transfusions sanguines par exemple, ou procédures médicales invasives avec du matériel contaminé). L'hépatite B peut également se transmettre par voie sexuelle.

3.3.1. Différents types d'hépatites

Ces hépatites diffèrent les unes des autres en termes de durée d'incubation, de mode de transmission, de niveau de gravité et de potentiel évolutif de la maladie. L'hépatite virale est dite « aiguë » lors du premier contact de l'organisme avec le virus. Elle peut provoquer des douleurs abdominales, un ictère, une fatigue, etc. Mais bien souvent elle est sans symptômes apparents donc pouvant passer inaperçue. Elle peut

¹⁸ MS, PNDS, Op.cit

évoluer vers une forme grave, dite fulminante, menant à la destruction rapide du foie et, sauf transplantation d'un foie sain, au décès.

L'hépatite virale est dite « chronique » lorsqu'elle persiste au-delà de six mois après le début de l'infection. Ceci est possible avec les virus, B, C et D. Une personne peut être infectée par plusieurs de ces virus, en même temps ou à des moments différents.

Les hépatites peuvent également être d'origine non virale : consommation excessive d'alcool, consommation de certains médicaments, bactéries, parasites et troubles du métabolisme (par exemple, surcharge en graisse du foie, ou encore dysfonction du système immunitaire). Certains virus non hépatotropes (CMV, EBV ; arbovirus, HSV...) peuvent aussi causer des hépatites.

Les principales complications dues à la destruction des cellules du foie sont la cirrhose, le cancer du foie et les perturbations métaboliques (ex : hémorragie) dues à l'arrêt des fonctions vitales pour l'organisme (en particulier l'épuration du sang des différents déchets du métabolisme et des substances dites « toxiques » comme l'alcool).

Les hépatites B et C sont de loin les plus préoccupantes en termes de santé publique car constituant les causes majeures des complications et des décès.

3.3.2. Situation des hépatites B et C au Burkina Faso

Le Burkina Faso fait partie des zones à haute endémicité, pour les hépatites virales. Cependant, le système d'information actuel ne permet pas de disposer en routine des données fiables et exhaustives sur les hépatites. Néanmoins selon l'annuaire statistique 2015, le nombre de

cas d'infection notifiés dans les formations sanitaires était de 2010 pour le VHB et 180 pour le VHC.

Bien que parcellaires, les données disponibles sur les hépatites B et C sont préoccupantes. En effet, les données du CNTS font état de fortes prévalences au sein des donneurs de sang sur plusieurs années comme l'indique le tableau suivant.

Tableau I: prévalence des différents types d'hépatites chez les donneurs de sang durant les neuf (9) dernières années au CNTS

Année	Total de dons testés	Pourcentage VHB (%)	Pourcentage VHC (%)
2008	37 591	12,39	5,42
2009	50 044	11,50	5,66
2010	57 975	10,20	5,36
2011	57 152	9,54	6,44
2012	49 321	8,34	4,98
2013	59 969	10,07	5,58
2014	71 337	9,70	5,81
2015	76 062	8,55	5,54
2016	75 609	8,66	4,55

Source : CNTS

Les données¹⁹ de l'Association « SOS Hépatites Burkina », de 2012 à 2016, ont montré les résultats suivants :

Tableau II: Proportion des VHB et VHC chez les personnes dépistées dans la ville de Ouagadougou lors des activités commémoratives de la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales

Années	Nombres de personnes dépistées	(% de personnes dépistées) positives au VHB	(% de personnes dépistées) positives au VHC
2012	294	16,7 (49/294)	1,0 (3/294)
2013	700	13,4 (94/700)	1,1 (8/700)
2014	1406	17,6 (248/1406)	-
2015	343	20,69 (71/343)	-
2016	2304	12,5 (288/2304)	-

Source : SOS Hépatites Burkina

¹⁹ Rapport d'activités des journées mondiales contre l'hépatite de l'association « SOS Hépatites Burkina »

Une étude fondée sur les données et les échantillons de sang collectés au cours de l'EDS 2010 a estimé la prévalence des hépatites virales B et C en population générale au Burkina Faso :

Sur un échantillon de 15 389, la prévalence de l'hépatite B était de 9,10% et celle de l'hépatite C de 3,6%.

La situation par région sanitaire est illustrée dans les figures suivantes.

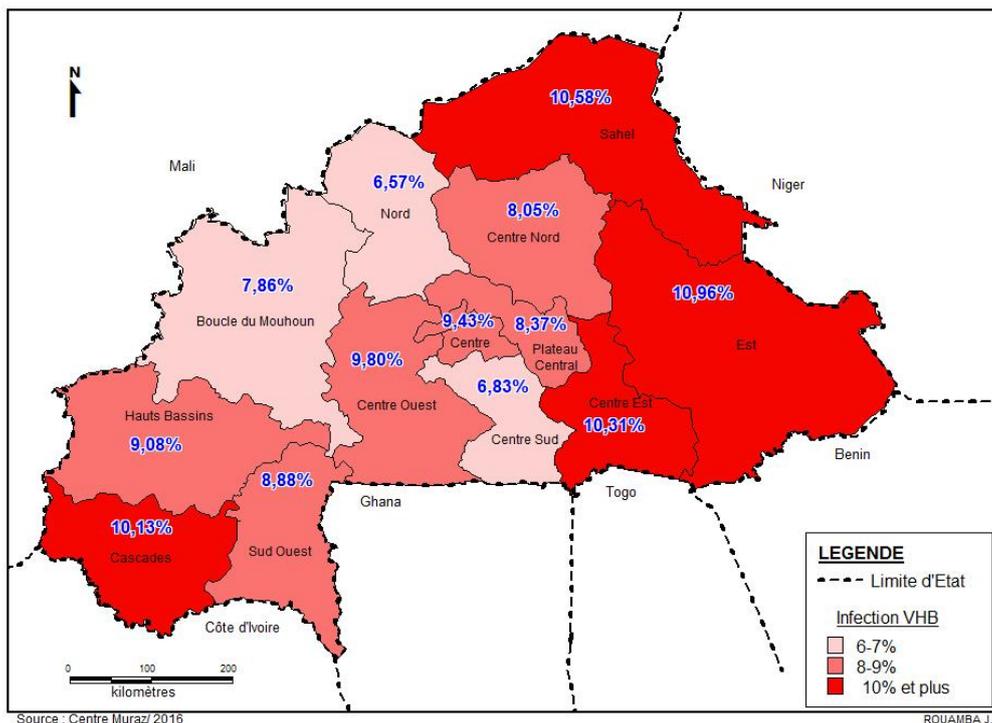


Figure 2: prévalence de l'hépatite B au Burkina Faso dans les 13 régions en 2010

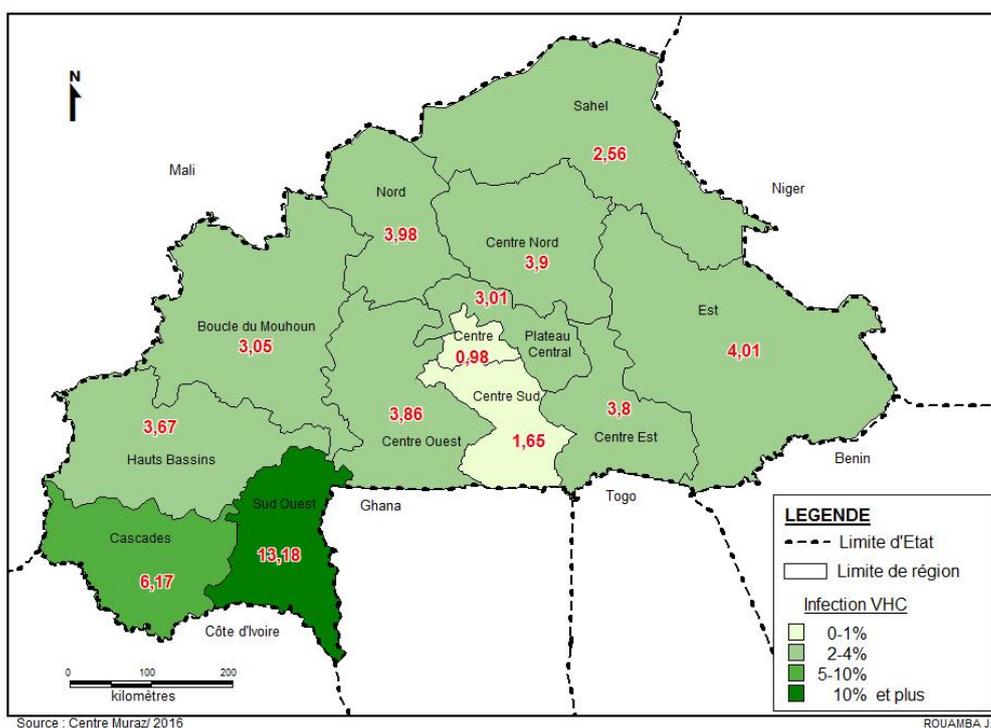


Figure 3: prévalence de l'hépatite C au Burkina Faso dans les 13 régions en 2010

Les prévalences des hépatites qui varient d'une région à une autre peuvent s'expliquer par des facteurs de risque spécifiques qui restent à déterminer.

Des travaux de thèses d'étudiants en médecine ont dénombré respectivement 1306 cas d'hépatite B (839 hommes et 460 femmes) et 114 cas d'hépatite C (65 hommes et 28 femmes) de 2004-2016 chez des sujets âgés de plus de 15 ans, dans le service d'hépatogastroentérologie du CHUYO, tandis que le service de pédiatrie a enregistré 4 cas hépatite B confirmés chez les enfants de 10 à 15 ans en 2013. Deux cent trente-trois (233) cas de cirrhose et deux cent quatre-vingt-seize (296) cas de cancer du foie dus à des hépatites ont été diagnostiqués au CHU-YO en 2013.

3.3.3. Situation des groupes à risque et facteurs de risque

A l'image des autres pays en développement, les principales voies de contamination par les hépatites demeurent la transmission de la mère à l'enfant, les rapports sexuels non protégés, par contact anal surtout. Il y'a aussi l'usage fréquent d'objets piquants ou tranchants souillés chez les consommateurs de drogue par voie injectable et en milieu carcéral, les interventions chirurgicales ou toute manœuvre invasive sans les conditions d'hygiène requises, le partage des effets personnels (lames, rasoirs, brosse à dent, coupe-ongle, aiguille...) d'une personne infectée. Les conditions socio-économiques difficiles exposent donc l'ensemble de la population burkinabé aux hépatites et plus particulièrement des groupes vulnérables comme les consommateurs de drogues injectables (CDI), les prisonniers, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les femmes enceintes, les nouveaux nés et les professionnels de santé.

Chez les professionnels de santé, une étude conduite par Ouedraogo HG et al. en 2010 à Ouagadougou et à Kaya a montré une forte prévalence du virus de l'hépatite B et une faible couverture vaccinale anti-VHB. En effet, sur un total de 452 professionnels de santé, l'AgHBs a été observé chez 13,8% d'entre eux, dont 15,1% dans le district sanitaire de Kaya et 12,9% dans celui de Bogodogo²⁰. Seulement 47,7% des professionnels de santé ont été en contact au moins une fois avec le vaccin anti-VHB. Cependant, en considérant la couverture vaccinale

²⁰ 04. HG Ouédraogo ; S Kouanda; GA Konseimbo; CE Yetta; E Tiendrébeogo; S Tiendrébeogo; A Savadogo; Y Traoré; B Sondo. Séroprévalence de l'antigène HBs (AgHBs) et facteurs associés parmi les professionnels de santé au Burkina Faso. *Burkina Médical*, 2012, Vol. 016, N° 01.

suivant le respect du calendrier vaccinal préconisé, 10,9% de l'échantillon étudié étaient correctement vaccinés²¹.

La transmission de la mère à l'enfant demeure une réalité en témoigne certaines études menées dans les centres hospitaliers.

En effet, une étude menée par Sangaré et al. chez des femmes admises pour accouchement au CHU Yalgado-Ouédraogo de Ouagadougou a révélé un taux de transmission anténatale du VHB de 37,1 %²². Ladite étude a aussi montré un taux de co-infection VIH-VHB de 1,4% avec un risque de transmission anténatale estimée à 2,5 fois plus en cas de mère VIH-VHB positive. Une autre étude indique que la prévalence des anticorps du VHC chez la femme enceinte était de 2,4%²³.

Il n'existe pas de programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) des hépatites, ce qui fait que l'offre et le taux de dépistage des hépatites virales chez les femmes enceintes restent faibles.

En effet, une étude menée par l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) dans un échantillon représentatif de 426 formations sanitaires du pays révèle que seulement 15% d'entre elles offrent le dépistage du VHB durant les consultations prénatales, avec cependant de forte disparité selon le type de FS (100% des CHU, 50% des CHR²⁴,

²¹ Ouedraogo HG, Kouanda S, Tiendrebeogo S, Konseimbo GA, Yetta CE, Tiendrebeogo E, Savadogo AA, Sondo B. Statut vaccinal contre le virus de l'hépatite B et facteurs associés parmi le personnel de santé au Burkina Faso. *Med Sante Trop* 2013 ; 23 : 72-77. doi : 10.1684/mst.2013.0157,

²² L. Sangaré , R. Sombié , A.W. Combasséré , A. Kouanda, D. Kania, O. Zerbo& J. Lankoandé, Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH, Ouagadougou, Burkina Faso, 2009 ;

²³ L. Sangaré , R. Sombié , A.W. Combasséré , A. Kouanda, D. Kania, O. Zerbo& J. Lankoandé op. cit

²⁴ Huit (8) CHR sur neuf ont participé à l'étude

59,1% des CMA, 26% des CM, 3,4% des CSPS, 66,7% des cliniques, 100% des polycliniques) et selon les régions sanitaires²⁵.

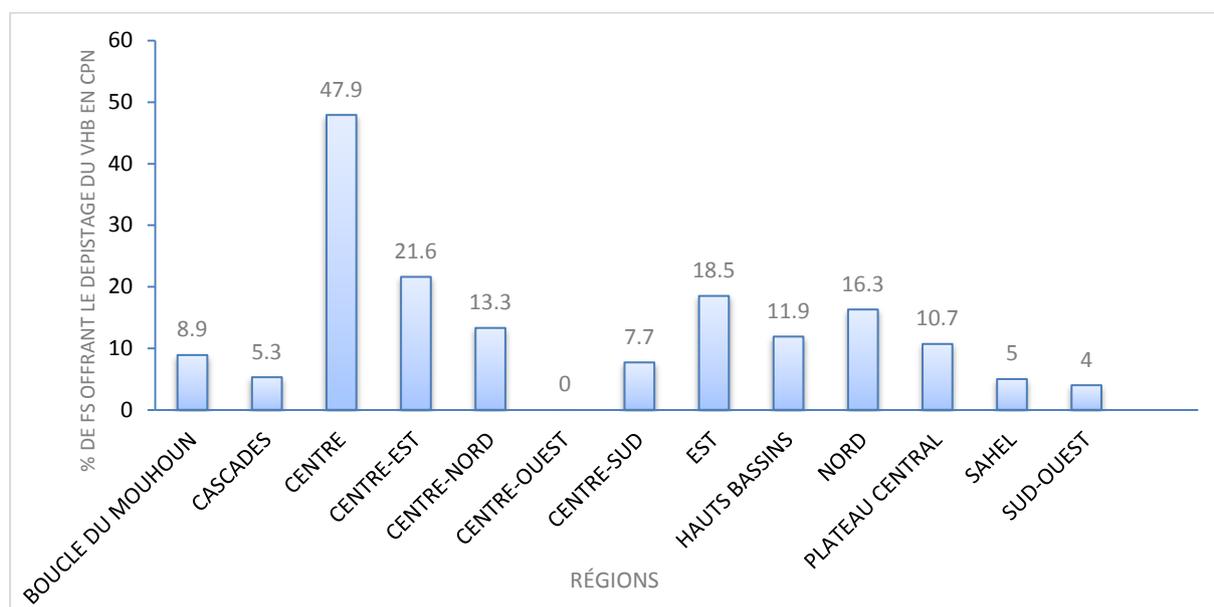


Figure 4 : Pourcentage de formations sanitaires toutes catégories confondues qui offrent le dépistage du VHB selon la région sanitaire (Source : IRSS-2016)

La faiblesse de l'offre du dépistage s'accompagne d'une très faible couverture du dépistage prénatal du VHB chez la femme enceinte. Sur un total de 177 084 femmes enceintes suivi en CPN de Aout 2015 à juillet 2016, seulement 3 846 (2,2%) ont bénéficié du dépistage de l'hépatite B (6,6% en milieu urbain et 0,01% en milieu rural)²⁶.

De telles conditions favorisent le maintien d'une prévalence élevée des infections par le VHB et VHC dans les populations.

Un autre facteur de risque est l'infection à VIH.

En effet, des travaux réalisés par Sangaré L. à Bobo Dioulasso en 2011 et Ouédraogo W.T. à Ouagadougou en 2007 ont montré respectivement

²⁵ HG. Ouédraogo, S.Kouanda-IRSS-2016: Etude sur les pratiques de dépistage prénatal des infections maternelles dans les formations sanitaires au Burkina Faso.

²⁶ HG. Ouédraogo, S.Kouanda-IRSS-2016: Etude sur les pratiques de dépistage prénatal des infections maternelles dans les formations sanitaires au Burkina Faso.

des prévalences de 12,8% chez les personnes séropositives (VIH+) en général et 9% de portage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes VIH+.²⁷

Ces dernières années, des efforts importants ont été faits en matière de sécurité transfusionnelle. En effet, le recours aux donneurs volontaires non rémunérés, le dépistage systématique des marqueurs infectieux tels que l'antigène HBs et l'Ac anti VHC par toutes les structures qui collectent du sang au Burkina Faso ont permis de réduire les risques de transmission des hépatites B et C par transfusion sanguine. Cependant, il demeure deux problématiques majeures, source d'un risque résiduel non encore maîtrisé. Premièrement, la question de période silencieuse (fenêtre sérologique) qui est très longue dans les hépatites, 66 jours pour le VHB et 56 jours pour le VHC. Nagalo B. et al²⁸ dans une étude sur la prévalence et l'incidence des marqueurs infectieux chez les donneurs de sang retrouvaient des taux d'incidence (séroconversion) de 5038 et 5978 pour 100 000 dons pour le VHB et le VHC respectivement. Deuxièmement, pour ce qui est du cas de l'hépatite B occulte, qui se définit comme une hépatite à AgHBs négatif et à ADN positif. Barro L.²⁹ dans son travail de fin d'étude pour le master complémentaire de médecine transfusionnelle retrouvait une prévalence des hépatites occultes de 1,52% chez les donneurs de sang dépistés négatifs pour l'AgHBs. Aussi en 2015, sur les 101102 produits sanguins transfusés au Burkina Faso, 1537 étaient potentiellement contaminants du seul fait de

²⁷ Thèse OUEDRAOGO Ouagadougou

²⁸ Nagalo B et al. Séroprévalence and incidence of transfusion transmitted infectious diseases among blood donors from regional blood transfusion centres in Burkina Faso, West Africa, Trop Med Int Health 2012; 17(2):247-53

²⁹ Barro L. Problématique de la sécurité transfusionnelle au Burkina Faso : le dépistage de l'anticorps de core du virus de l'hépatite B (Ac anti-HBc) serait-il un examen de trop ? Travail de fin d'études Pour l'obtention du diplôme de Master complémentaire en médecine transfusionnelle 2013-2014, Université de Liège, Belgique

l'hépatite B occulte. Ces chiffres posent un problème du choix de l'algorithme de dépistage des hépatites chez les donneurs de sang.

3.4. Situation de la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso

3.4.1. Moyens de lutte

- **Organisation de la lutte contre les hépatites virales**

La politique sanitaire nationale et le PNDS 2011-2020 inscrivent la lutte contre la maladie comme des axes prioritaires. Aussi, en 2016, la soixante-sixième session de l'OMS (région Afro) tenue à Addis-Abeba du 19 au 23 août, a évoqué en son point 14 la stratégie mondiale 2016-2021 du secteur de la santé contre l'hépatite virale avec pour but d'éliminer d'ici à 2030 l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique. Le premier objectif est de guider les états membres de la région africaine dans la mise en œuvre de cette stratégie afin de contribuer à la réalisation de programme de développement durable à l'horizon 2030 en assurant la couverture universelle. Cependant, à ce jour, la lutte contre les hépatites ne répond à aucun programme ni plan spécifique. Peu de dispositions spécifiques sont mises en place pour le dépistage et la prise en charge des cas dans les hôpitaux et les formations sanitaires. Ces dernières se résument aux directives générales dans le cadre des activités de laboratoire et de transfusion sanguine.

Il n'y a pas à ce jour de ressources financières spécifiques pour la lutte contre les hépatites.

Il faut cependant noter l'implication de la société civile notamment par l'organisation d'activités ponctuelles de sensibilisation et de dépistage à l'endroit du public.

- **Infrastructures/équipements**

Sur le plan des infrastructures, le Burkina Faso dispose de très peu de structures spécialisées dans la prise en charge des hépatites. En effet, des offres de soins spécialisées en hépato gastroentérologie n'existent que dans les CHUYO, CHUSS, CHUBC et CHU de Ouahigouya, CHR de Kaya, Dédougou, Koudougou, Dori, Fada N'Gourma et Gaoua ainsi que dans certaines structures privées.

Les autres structures sanitaires du pays mènent essentiellement des activités de dépistage, la référence des cas suspects et le traitement symptomatique.

Le diagnostic des différents types d'hépatites virales est disponible au niveau des laboratoires du CHUYO, du CHUSS, CHUPCDG, du CHUBC, Centre Muraz et IRSS Bobo. Le génotypage se fait dans les structures privées et confessionnelles : EXALAB et LORENTIA à Bobo, CERBA à Ouagadougou.

Plusieurs hôpitaux de district, et CHR offrent des examens de dépistage de l'hépatite B et C ; toutefois, il faut noter des ruptures fréquentes de réactifs dans ces structures. En ce qui concerne la détermination de la charge virale et des génotypes, la plupart des examens sont réalisées par des structures privées et confessionnelles. Les structures publiques de soins et de recherche bien que disposant du matériel et des équipements adéquats sont souvent en rupture de réactifs.

Tableau III: répartition des types d'hépatites dépistés dans les différentes DRS en 2016

Structures	Hépatites virales au sérotype A positif	Hépatites virales au sérotype B positif	Hépatites virales au sérotype C positif	Total
Boucle du Mouhoun	5	40	1	46
Cascades	1	92	13	106
Centre	8	549	292	849
Centre Est	1	195	215	411
Centre Nord	5	552	7	564
Centre Ouest	6	169	12	187
Centre Sud	1	10	10	21
Est	6	142	8	156
Hauts Bassins	4	231	29	264
Nord	17	160	63	240
Plateau Central	3	23	6	32
Sahel	0	48	2	50
Sud-Ouest	12	101	14	127
Total	69	2012	622	2703

Source : Annuaire statistique de la santé 2016 page 192

- **Ressources humaines**

Le personnel soignant travaillant dans les unités de prise en charge des cas d'hépatites sont les médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie et les infectiologues, les médecins internistes, les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, les pédiatres, les médecins et pharmaciens biologistes, les techniciens biomédicaux (TBM), les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat (SFE/ME) et les infirmiers. On compte trente-deux (32) médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie, huit (08) infectiologues, quinze (15) médecins internistes, et sept (07) virologues cliniciens pour l'ensemble du pays (secteur public et secteur privé y compris). A ce personnel soignant s'ajoutent des chercheurs de différents profils travaillant sur le sujet dans les instituts de recherche.

Les spécialistes se répartissent comme suit dans les structures de santé :

Tableau IV: situation des spécialistes pour la PEC des hépatites virales dans les structures de soins en 2017

Structures	Hépatogastro-entérologues	Infectiologues	médecins internistes	virologues	Observations
CHU YO	07	05	05	01	
CHUSS	04	03	04	01	
CHUBC	03			01	
CHR Kaya	02		01		
CHU Ouahigouya	02		01		
CHR Koudougou	01		01		
CHR Dédougou	01				
CHR Fada	01				
CHR Dori	01				
CHR Gaoua	01				
CHR Tenkodogo			01		
Clinique Souka	01				
Structures privées et confessionnelles	08				CMA Schiphra, PNDP, cabinet Pascal Bonkougou, HOSCO (Saint Camille), Cabinet médical ILBOUDO Bruno, CMA Paul VI, clinique Yati
CHUCDG				01	
Muraz				02	
IRSS Bobo				01	
CMA Pissy			01		
Hôpital Bogodogo			01		
Total	32	08	15	07	

En 2017, vingt-trois (23) médecins sont en formation en hépatogastro-entérologie.

A ce jour, il n'y a pas d'infirmiers attachés en hépatogastro entérologie (endoscopie, aide à la biopsie hépatique, au fibroscan et à la laparoscopie).

Par ailleurs les formations continues spécifiques sur la PEC des cas d'hépatites virales ne sont pas organisées.

Ce récapitulatif met en exergue non seulement l'insuffisance quantitative et qualitative en personnel mais aussi sa mauvaise répartition géographique.

3.4.2. Types d'intervention

- **La prévention**

La principale stratégie de prévention en vigueur est la vaccination contre l'hépatite B introduite dans le PEV depuis 2006 avec l'appui financier des Fonds GAVI. Il s'agit d'un vaccin contenant les toxoïdes de l'antigène de surface purifié de l'hépatite B inclus dans un vaccin pentavalent qui ne peut être administré qu'aux enfants de deux mois et plus. Son administration s'effectue en trois doses à partir de la 8^{ème} semaine de naissance conformément au calendrier vaccinal en vigueur au Burkina Faso. Le tableau 5 montre l'évolution des taux de couverture vaccinale de ce vaccin depuis son introduction au Burkina Faso

Tableau V: évolution des couvertures vaccinales en penta dans le PEV de routine de 2006 à 2016 au Burkina Faso

Année	Couverture (%)	
	Penta 1	Penta 3
2006	101,58	75,76
2007	108,55	102,37
2008	110,93	106,91
2009	107,91	103,06
2010	107,35	103,24
2011	106,58	103,47
2012	106,79	102,85
2013	105,09	101,48
2014	108,7	103,1
2015	109	105
2016	106,5	103

Source : annuaire statistique 2016

En dehors du PEV de routine, les vaccins contre l'hépatite B enregistrés au Burkina Faso en 2016 sont ceux commercialisés dans les officines privées. Ce sont : antigène HBs purifié (Euvax B)[®] et Hepatiti B (Engerix) B [®]. Le vaccin est dosé à 20 µg pour les adultes et 10 µg pour les enfants de 0 à 15 ans ; 3 à 4 doses sont requises, la dose coûtant 7560 FCFA chez les adultes et 4725 FCFA chez les enfants.

En dehors du vaccin, il n'y a pas de mesures spécifiques de prévention des hépatites en occurrence pour la prévention de la transmission mère-enfant des hépatites B et C, des accidents d'expositions au sang et aux produits biologiques, et de façon générale dans les groupes à risque d'hépatites.

Les mesures existantes se résument à celles prises par les prestataires de soins dans les structures sanitaires pour la sécurisation de la transfusion du sang et autres produits biologiques dérivés, la prévention des infections lors des actes médicaux et chirurgicaux.

Il faut noter cependant, la contribution de la société civile à travers des associations de malades telles SOS hépatites Burkina, qui organisent des séances de sensibilisation et de dépistage à l'attention du public, lors de la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales célébrée le 28 juillet de chaque année.

Aux côtés des structures publiques, les cliniques et laboratoires privés offrent aussi des soins et examens spécialisés et la vaccination contre l'hépatite B.

Au vu des insuffisances dans le secteur public, le secteur de santé traditionnel est très sollicité pour la prise en charge des hépatites car offrant une panoplie de plantes médicinales à moindre coût mais dont la preuve de l'efficacité n'a pas encore été établie.

✓ Offre de soins

Les soins sont dispensés aux patients en suivant la pyramide sanitaire. Les soins de base assurés par les centres de santé et de promotion sociale, les soins de référence assurés par les hôpitaux de district, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires. On note également le recours aux tradipraticiens de santé et aux structures sanitaires privées.

L'insuffisance quantitative des structures et du personnel spécialisé ainsi que le cout élevé des produits de santé, rendent ces soins peu disponibles et peu accessibles à la population. L'offre de soins en matière de prise en charge des hépatites virales demeure donc insuffisante.

Les groupes spécifiques tels les toxicomanes, les prisonniers, les professionnels du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes (FSF), les femmes enceintes, les nouveaux nés, les enfants de la rue, les réfugiés ne sont toujours pas objet d'une attention particulière et par conséquent il n'existe pas un dispositif spécial pour le diagnostic et leur prise en charge.

Plusieurs considérations d'ordre social sont utilisées pour expliquer un supposé danger lié à la prise en charge médicale des hépatites (jaunisse). Ces interprétations sont souvent à l'origine de demandes de soins auprès de la médecine traditionnelle et un retard de recours au système moderne de soins.

Les références se font des structures périphériques vers les structures spécialisées. Les cas suspects d'hépatite sont référés vers les services

d'hépatogastroentérologie où, les médecins spécialistes prennent en charge les malades en soins ambulatoires ou en hospitalisation.

✓ **La prise en charge**

Le diagnostic

Les manifestations cliniques

Elles sont non spécifiques pour les 5 virus (A, B, C, D et E) dont l'hépatotropisme est dominant.

Hépatite aiguë

Le diagnostic n'est pas fait dans 70 à 80 % des cas d'hépatite aiguë car l'ictère est absent et les symptômes sont non spécifiques. Le diagnostic est plus facile dans la forme typique aiguë avec ictère. La maladie se manifeste par un syndrome pseudo-grippal avec fièvre modérée et surtout céphalées, urticaire, asthénie, anorexie, myalgies et arthralgies. Des douleurs abdominales, nausées et vomissements peuvent s'y associer. A la phase ictérique, l'on note une régression des syndromes infectieux et digestif et l'apparition d'un ictère progressif d'intensité variable, des urines foncées « bière brune » ou « Coca Cola » et des selles décolorées, parfois un prurit, une hépatomégalie modérée sensible, rarement une splénomégalie. Dans certains cas, il y a une persistance de la fièvre pendant l'ictère, des hépatalgies importantes, une éruption cutanée, des adénopathies. L'ictère dure de 2 à 6 semaines mais l'asthénie peut persister plusieurs mois.

Il n'existe pas de particularités sur le plan des manifestations cliniques chez l'enfant; cependant le diagnostic est tardif en raison de la confusion avec le paludisme grave.

L'hépatite fulminante est une forme rare. Il s'agit d'une hépatite aiguë grave avec ictère. On parle d'hépatite fulminante si les signes d'encéphalopathie hépatique s'installent dans les 15 jours suivant l'ictère

et d'hépatite subfulminante au-delà de 15 jours. Un syndrome hémorragique avec épistaxis, gingivorragie et hémorragie digestive est possible. Une encéphalopathie hépatique s'installe progressivement avec tout d'abord un astérisis ou « flapping tremor » (stade I) puis un syndrome confusionnel (stade II) et enfin un coma (stade III).

Des manifestations extra-hépatiques peuvent exister et parfois même être au premier plan. Les manifestations extrahépatiques apparaissent généralement de façon concomitante à l'infection aiguë qu'elles peuvent même révéler, ou dans les mois qui suivent: périartérite noueuse, ascite, pleurésie, péricardite, cardiomyopathie, cholécystite aiguë, pancréatite œdémateuse, diabète transitoire, méningo-encéphalite, myélite, Guillain-Barré, aplasie médullaire, anémie, thrombopénie, glomérulonéphrite, insuffisance rénale aiguë, cryoglobulinémie, thyroïdite subaiguë, porphyrie cutanée tardive.

Les examens complémentaires biologiques

Les tests sanguins hépatiques comporteront : transaminases, taux de prothrombine, bilirubine, Gamma GT et phosphatases alcalines.

Hépatite A

La responsabilité du virus A est affirmée par la sérologie avec la présence d'anticorps anti-VHA de type IgM (technique ELISA). Ceux-ci apparaissent rapidement dès les premiers symptômes et persistent quelques mois. Les anticorps anti-VHA de type IgG persistent de nombreuses années et sont associés à une immunité à long terme. Le diagnostic direct peut se faire par la recherche du virus par PCR (AgVHA, ARN-VHA) dans le sang (virémie brève) ou dans les selles (élimination prolongée).

Hépatite E

Le diagnostic de la maladie est habituellement fait par la détection sérologique (ELISA) des anticorps anti-VHE. La méthode diagnostique de référence repose sur l'amplification de l'ARN du virus par RT-PCR dans des spécimens de sérum ou de selles des patients (à congeler). L'hépatite aiguë E se caractérise par la présence d'IgM anti-VHE ou d'ARN-VHE.

La présence d'IgG anti-VHE, en l'absence d'IgM anti-VHE et d'ARN-VHE, est en faveur d'une infection ancienne.

Hépatite B aiguë

Le diagnostic est affirmé par la présence de l'antigène HBs. L'anticorps IgMHBc est présent dans l'hépatite B aiguë mais peut l'être aussi au cours des réactivations. Il faut noter que l'ADN-VHB n'est pas contributif dans le diagnostic d'infection aiguë. Durant la phase de convalescence, les AgHBs et anti-HBs peuvent être absents. Le diagnostic est posé alors sur la seule présence des IgM anti-HBc. La guérison de l'hépatite aiguë se traduit par la séroconversion HBs, définie par la disparition de l'AgHBs et l'apparition d'anticorps anti-HBs, 2 à 4 mois après le début du contagé.

Hépatite B-delta

Le diagnostic d'hépatite aiguë D repose sur la présence dans le sérum de l'antigène delta ou d'anticorps anti-delta IgM. L'antigène delta apparaît 1 à 4 semaines après le début de l'infection et persiste seulement quelques jours. Les IgM anti-VHD sont toutefois souvent le seul marqueur présent lors de la phase symptomatique de l'hépatite aiguë D (AgHD étant très vite complexé aux Ac circulants devient indétectable). Toutefois, ce test manque de sensibilité, en particulier

chez les immunodéprimés. Le plus important est surtout la détection de la présence de l'ARN delta par PCR.

Hépatite C aiguë

L'ARN-VHC est le marqueur le plus précoce de la phase aiguë (détectable la première semaine) avec l'anticorps anti-VHC positif. Si les anticorps sont présents seuls, il est prudent de reconstrôler les deux marqueurs (anti-VHC et ARN-VHC) à distance (1-3 mois), car une éclipse de la réplication peut survenir avant l'établissement de l'infection chronique.

Si une guérison ne survient pas, alors une évolution vers une hépatite chronique est possible pour les virus B, C et D.

Hépatite chronique

L'infection chronique est en règle générale asymptomatique. L'examen physique, en l'absence de cirrhose déjà constituée est souvent normal. Des manifestations extra-hépatiques sont possibles : arthralgies, glomérulopathies, cryoglobulinémie. Ainsi, la maladie évolue le plus souvent silencieusement et est découverte soit fortuitement, soit tardivement.

- élévation des transaminases conduisant à pratiquer les sérologies virales C, B et VIH ;
- positivité des sérologies C, B ou VIH découvertes lors d'un dépistage ou d'une complication (cirrhose, cancer du foie).

Hépatite B chronique, l'infection chronique est définie par un antigène HBs positif persistant plus de 6 mois. On distingue ces deux situations grâce à deux tests simples : le dosage des transaminases (qui reflète

l'existence de lésions inflammatoires du foie, ou hépatite) et la mesure de la charge virale par la quantité d'ADN du VHB présente dans le sérum (qui reflète le degré de réplication virale).

Le bilan initial comporte un second test de confirmation de l'AgHBs, un dosage de l'AgHBe, de l'anticorps anti-HBe et la mesure de la charge virale par PCR. Des sérologies de l'hépatite delta, de l'hépatite C et du VIH doivent être effectuées. Un bilan sanguin hépatique (transaminases, bilirubine, albuminémie, Gamma GT, PAL), un hémogramme, une glycémie et la créatininémie seront aussi réalisés. Une échographie abdominale (et/ou le scanner abdominal) est effectuée pour étudier le parenchyme hépatique et chercher des signes d'hypertension portale. La gravité de l'atteinte hépatique est évaluée par le stade de fibrose par ponction-biopsie hépatique ou par des tests non invasifs de la fibrose hépatique que sont le FibroMètreV®, le Fibrotest®, le FibroScan® ou le FIB 4). Il est important de noter que ces tests non invasifs sont plus utilisés. Mais en pratique en cas de discordance entre la clinique du malade et les tests non invasifs, il faudra avoir recours à une ponction-biopsie hépatique.

Hépatite C chronique

La persistance de l'ARN viral C au-delà de 6 mois signe l'hépatite C chronique. Des sérologies de l'hépatite delta, de l'hépatite B et du VIH doivent être effectuées. Un bilan sanguin hépatique (transaminases, bilirubinémie, albuminémie, Gamma GT, PAL), un hémogramme, une glycémie et la créatininémie seront aussi réalisés. Une échographie abdominale (et/ou le scanner abdominal) est effectuée pour étudier le parenchyme hépatique et chercher des signes d'hypertension portale. La gravité de l'atteinte hépatique est évaluée par le stade de fibrose par ponction-biopsie hépatique ou par des tests non invasifs de la fibrose

hépatique L'utilisation des tests non invasifs est validée dans l'hépatite C³⁰.

Tableau VI: situation de la disponibilité et coût des examens de prise en charge des hépatites dans les structures de soins au Burkina Faso en (2017)

Type d'Examens	Disponibilité					coût	
	CHU	CHR	CMA	CNTS	CRTS	Public	Privé
Antigène HBS	X	X	x			2000 à 5000	2 000 à 10 200
Anticorps anti-HBS	X	X				2000 à 5000	2 000 à 15 200
Anticorps anti-HBe	X	X				2000 à 5000	2 000 à 15 200
Antigène HBe	X	X	x			2000 à 5000	2 000 à 15 200
Anticorps anti-HBc totaux	X	X				2000 à 5000	2 000 à 15 200
Anticorps anti-HBc IgM						2 000 à HOSCO	
Quantification AgHBs						5 000 à HOSCO	8 000 à 20 000
Sérologie hépatite C Anticorps anti-VHC	X		x			2000 à 5000	2 000 à 15 200
Charge virale VHB	X					25 000	20 000 à 55 000
Charge virale VHC	ND	ND	ND	ND	ND		50 000 à 75 000
Génotypage	ND	ND	ND	ND	ND		90 000 à 120 000
Bilan sanguin hépatique	X	X	X			15 000	85 000
Fibromètre	ND	ND	ND	ND	ND		64 500
FIB-4	CHUSS					8 000	
FibroScan							30 000 à 50 000
Sérologie hépatite <i>Delta</i> ou D							20 000 EXALAB, CERBA/FRANCE
Echographie abdominale	X	X				7500	7500 à 20 000
Scanner abdominal	X					50 à 60 000	50 000 à 75 000
Ponction Biopsie Hépatique	X					30 000	65 000

*Réactif non encore disponible

**Bilan sanguin hépatique : transaminases, taux de prothrombine, bilirubine, Gamma GT et phosphatases alcalines

NB : La sérologie Delta est le plus souvent réalisée en France au coût variant entre 35 000 à 38 000 FCFA et la charge virale Delta entre 86 000 à 135 000 FCFA du fait de la faible demande au niveau du pays.

³⁰Évaluation des méthodes non invasives de mesure de la fibrose hépatique dans l'hépatite B chronique. HAS juin 2014.

Le cout du bilan initial et des examens complémentaires va de 90 000 à 250 000 FCFA pour l'Hépatite B et de 162 000 à 300 000 FCFA pour l'hépatite C. Le tableau x présente les détails des couts des examens de prise en charge des Hépatites et leur disponibilité dans le public et le privé

Protocole de surveillance

Hépatite B

Les patients traités ou non doivent avoir une surveillance tant que l'AgHBs reste positif : transaminases, échographie annuelle en l'absence de cirrhose et semestrielle si cirrhose, dosage semestriel de l'alphafoetoprotéine en cas de cirrhose.

Hépatite C

Les patients non traités doivent avoir une surveillance semestrielle : transaminases, hormones thyroïdiennes (TSH, T3, T4), ECG, consultation ophtalmologique, génotypage et bilan lipidique (triglycérides, cholestérol total HDL, LDL). Il n'est pas utile de surveiller l'ARN-VHC sauf pour vérifier une guérison spontanée (très rare), dans ce cas un contrôle annuel pourra être réalisé. Une échographie annuelle en l'absence de cirrhose et semestrielle si cirrhose, dosage semestriel de l'alphafoetoprotéine en cas de cirrhose.

Les patients traités

La surveillance est liée à l'efficacité du traitement et à sa tolérance. Le traitement sans Interféron avec les nouveaux antiviraux à action directe est à privilégier. Une prise de sang et une consultation mensuelle sont recommandées pendant la durée du traitement (03 mois).

Concernant l'efficacité, la *réponse virologique (disparition de l'ARN viral) doit être évaluée à un mois de traitement (facultatif), à trois (03) mois (fin du traitement) et trois (03) mois après l'arrêt du traitement* par une technique sensible. L'absence d'ARN viral détectable trois (03) mois après l'arrêt du traitement caractérise la *réponse virologique soutenue (RVS) mais la confirmation est faite 48 semaines après*. Cela

correspond à une *guérison définitive* (sauf en cas de cirrhose où il faudra continuer à effectuer le dépistage du carcinome hépatocellulaire).

Une surveillance mensuelle de l'hémogramme, des transaminases, et de la créatininémie.

La prise en charge médicamenteuse

Les personnes atteintes d'hépatite B chronique nécessitant un traitement peuvent se voir prescrits une thérapie antivirale mais aussi des injections d'interféron. Un tel traitement peut ralentir la progression d'une cirrhose, réduire l'incidence du carcinome hépatocellulaire et prolonger la survie. Il n'est cependant généralement pas disponible lorsque les ressources sont comptées. Le cout du traitement antiviral pour l'hépatite B est 33 948 FCFA/an avec le Tenofovir jusqu'à élimination du virus. En deuxième choix avec LAMIVUDINE : 7 560 FCFA/an jusqu'à élimination du virus.

En troisième ligne : interféron pégylé injectable (180 000/dose/semaine pendant 6 mois à 1 an), en privé sur demande)

Pour l'hépatite C, selon le génotype :

- SOFOSBUVIR + RIBAVIRINE à 280 000 FCFA/mois pendant trois (03) mois ;
- SOFOSBUVIR + RIBAVIRINE à 164 000 FCFA/mois pendant trois (03) mois ;
- SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR à 440 000 FCFA/mois pendant trois (03) mois ;
- SOFOSBUVIR + DACLATASVIR ± RIBAVIRINE à 278 800 FCFA/mois pendant trois (03) mois.

Le cout de la prise en charge est entièrement à la charge du patient et reste très au-dessus des moyens financiers de la plupart des Burkinabé.

Cependant, une réflexion se mène en collaboration avec la CAMEG pour la mise en place d'un mécanisme afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments.

Aujourd'hui, il existe des traitements antiviraux à action directe efficaces contre le virus de l'hépatite C sans distinction de génotype. Ces traitements sont efficaces selon les études et recommandations internationales sur l'infection même à des stades compliqués tels que la cirrhose. Cependant, les molécules coûtent très chers et sont hors de portée de nos populations.

3.4.3. Partenariat dans la lutte contre les hépatites

La prise en charge des hépatites nécessite une approche globale qui rassemble les acteurs clés au niveau international et national (central et décentralisé). La collaboration entre le PSSLS, le PNT, le PEV, le PNMNT, les centres de recherche, les associations, les sociétés savantes et les autres acteurs s'avère nécessaire pour une meilleure organisation de la lutte contre les hépatites virales. Cette lutte pourrait s'inspirer de l'expérience acquise dans la lutte contre le VIH/Sida.

Il existe très peu de partenaires qui appuient la lutte contre les hépatites au niveau national.

Cependant, quelques associations et ONG de lutte contre les hépatites interviennent sur le terrain mais ne couvrent pas tout le territoire national et ne prennent pas en compte tous les types d'hépatites.

Ces associations et ONG sont appuyées permanemment dans leurs actions par les partenaires suivants:

- l'OMS, l'Alliance mondiale contre l'hépatite, l'Initiative panafricaine de lutte contre les hépatites ;

- la Maison Source Med-Inc pour les tests rapides de dépistage ;
- le Laboratoire diagnostics Roche pour les tests de dépistage sur automate, plus les tests de quantification de la charge virale de l'hépatite B et la Ribavirine est donnée gratuitement ;
- le Centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni (CERBA)
- le CHU-YO, Gavi Alliance et le Centre de promotion de la vaccination.

De façon ponctuelle, des structures telles que Univers biomédical, la CAMEG, Service Bio-Médial Plus, TM Diffusion et le Laboratoire Sanofi Pasteur appuient également les actions de lutte.

A ce jour, il n'existe pas de cadre de concertation spécifique pour la lutte contre les hépatites.

3.4.4. Co-infection VIH/ Hépatites virales

3.4.4.1. Co-infection VIH / Hépatite B

a) Situation épidémiologique de la co-infection VIH/ Hépatite B au Burkina Faso

La plupart des études ont concerné des groupes particuliers [19, 20, 21]. Parmi les patients infectés par le VIH suivis à l'Hôpital de jour du CHUSS, cette prévalence était de 12,7%.

Sur 2130 femmes enceintes suivies à Ouagadougou, 115 étaient séropositives pour le VIH, parmi lesquelles 14 étaient co-infectées par l'hépatite B, soit une prévalence de 12,2% avec un taux de transmission verticale du VHB de 2,6%. Une autre étude transversale dans la ville de Bobo-Dioulasso a révélé une prévalence de 0,88% chez les femmes enceintes co-infectées par le VIH et le VHB.

b) Histoire naturelle de la co-infection VIH/VHB

b. 1. Effets de l'infection par le VIH sur l'hépatite B

L'infection à VIH a un effet délétère sur l'histoire naturelle de l'infection virale B.

Hépatite virale B aiguë

L'hépatite aiguë B chez les patients infectés par le VIH se distingue peu de celle décrite chez les patients non infectés par le VIH [23]. Tout au plus on rapporte une moindre fréquence de l'ictère et un pic d'alanine aminotransférase (ALAT) plus prolongé [24]. En revanche, le passage à la chronicité apparaît plus fréquent. Près de 20% des patients infectés par le VIH faisant une hépatite aiguë virale B deviennent porteurs chroniques des AgHBs et HBe contre 5% dans la population non VIH. Ce passage à la chronicité semble d'autant plus fréquent que le taux de CD4 est bas [24,25].

Hépatite chronique B

Chez les patients porteurs chroniques de l'AgHBs, une forte réplication virale et la présence de l'AgHBe sont habituelles en cas de co-infection VIH-VHB [26].

Au cours de la co-infection VIH-VHB [27] :

- la vitesse de progression vers la cirrhose semble accélérée par rapport aux sujets mono-infectés par le VHB, malgré une moindre activité histologique
- l'Ag HBe est plus fréquent et l'ADN viral B plus élevé traduisant une réplication virale intense
- la disparition spontanée de l'Ag HBe et la séroconversion AC antiHBe apparaissent moins fréquentes
- l'immunodépression induite par le VIH favorise la réplication du VHB dont l'intensité n'est pas corrélée au taux de lymphocytes CD4

circulants, mais dépend essentiellement de l'ancienneté de l'infection par le VHB.

L'infection par le VIH accélère la vitesse de progression de la fibrose, du développement de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire. L'âge, une réplication virale B importante, le statut immunitaire (taux de CD4 bas) et la persistance de l'AgHBe sont des facteurs prédictifs de mauvais pronostic de l'infection à VHB [28].

b. 2. Effets de l'hépatite B sur la progression de l'infection à VIH [28,29]

Jusqu' à l'avènement des multithérapies, les études réalisées n'auraient pas montré d'influence de l'infection par le VHB sur la survie ou la progression de l'infection à VIH.

b. 3. Traitement de la co-infection VIH/VHB [28, 29, 30]

Chez les patients co-infectés VIH et VHB, le traitement ARV est recommandé indépendamment de leur taux de CD4 et quel que soit le stade de fibrose et le stade clinique OMS pour le VIH.

Selon les recommandations de l'OMS, chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 3 ans et plus, il faut prescrire préférentiellement le ténofovir + emtracitabine ou lamivudine + Efavirenz en initiation du traitement ARV.

3.4.4.2. Co-infection VIH / Hépatite C [28]

a. Histoire naturelle de la co-infection VIH/VHC

a1. Effets de l'infection par le VIH sur l'hépatite C

La virémie du VHC est plus élevée que chez les mono-infectés VHC, avec un risque aggravé de transmission materno-fœtale, nosocomiale (transfusions sanguines, injections IM/IV, pratiques rituelles ou traditionnelles [scarifications]) et sexuelle du VHC. La probabilité de la guérison spontanée du VHC est diminuée.

Le pronostic de l'infection à VHC est aggravé, avec une progression plus rapide de la fibrose, le taux de fibrose est multiplié par 2 à 5, avec un délai d'apparition deux fois plus court (comparés aux patients mono-infectés par le VHC).

Les facteurs de risque de développement de la fibrose sont :

- la consommation d'alcool >50g/j, la durée estimée de l'infection VHC, l'âge à la contamination, une stéatose
- plus fréquente d'origine complexe (toxique, métabolique, VHC médicamenteuse), des CD4 < 200/mm³, une toxicité hépatique plus fréquente des ARV.

a2. Effets de l'hépatite C sur la progression de l'infection à VIH

L'infection par le VHC ne semble pas retentir sur l'évolution de l'infection à VIH (progression de la maladie ou restauration immunitaire sous ARV).

b. Traitement de la co-infection VIH/VHC

Il faut débiter le traitement ARV chez tout patient co-infecté VIH/VHC quel que soit la valeur des CD4. Le schéma thérapeutique de première ligne reste la combinaison ténofovir+lamivudine ou emtricitabine + éfavirenz.

Le traitement du VHC se fera avec des antiviraux à action directe (AAD) selon le génotypage du VHC.

Il existe des interactions importantes entre les ARV et les AAD qu'il faudrait prendre en compte dans le traitement de la co-infection.

3.4.5. La gestion de l'information et la recherche

La disponibilité des données sur les hépatites virales dans les formations sanitaires s'améliore grâce à la mise en place d'un logiciel d'Entrepôt de données sanitaires (ENDOS) qui permet de renseigner tous les cas d'hépatites virales réparties à tous les niveaux du système de santé.

Toutefois, des insuffisances demeurent, à savoir : faible notification des cas d'hépatites virales et absence d'un système de surveillance des hépatites virales.

Des études ont été menées dans le cadre des thèses et mémoires dans l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé (UFR / SDS) et à l'institut des sciences de la santé (INSSA) sur les hépatites virales. Des activités de recherche ont aussi été réalisées dans les centres de recherche (CERBA, MURAZ, IRSS, Nanoro, Centre de recherche en santé de Nouna ...) mais elles demeurent insuffisantes et les résultats peu divulgués.

3.4.6. Information, éducation et communication (I.E.C) sur les hépatites virales

La sensibilisation et l'accès à l'information sont des enjeux importants dans le champ de la prévention afin de mieux faire connaître les facteurs de risques de contracter les virus des hépatites B et C et susciter l'intérêt du dépistage et de la vaccination contre l'hépatite B. Les associations mènent des actions d'information et de sensibilisation des populations sur les dangers liés aux hépatites B et C, aux modes de transmission des hépatites virales et aux moyens de prévention à travers les causeries débats, les conférences débats, les affiches, des banderoles, des dépliants, les émissions radios interactives, la presse écrite, les spots télé et radio, la Journée Mondiale de lutte contre l'hépatite 28 juillet (OMS) et les interviews.

Ces activités d'IEC pour le changement de comportement des populations par les associations de lutte contre les hépatites virales sont très limitées sur le terrain et non financées par l'Etat

A l'issue de l'analyse, les constats suivants peuvent être retenus :

- inexistence d'un plan stratégique de lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso ;
- insuffisance dans l'organisation de l'offre de soins au niveau des structures de santé ;
- insuffisances d'infrastructures, équipements et d'intrants pour le dépistage, le diagnostic et le suivi;
- insuffisance du personnel qualifié pour la prise en charge des hépatites virales ;
- insuffisance de directives de PEC des hépatites virales ;
- insuffisance de subvention pour les examens et le traitement;
- insuffisance de données sur les hépatites virales ;
- insuffisance dans la notification des cas d'hépatites virales;
- absence d'un système de surveillance spécifique des hépatites virales ;
- insuffisance de sensibilisation des prestataires et de la population sur les hépatites virales ;
- inexistence de financement spécifique pour la lutte contre les hépatites virales ;
- non administration du vaccin contre l'hépatite virale B dès la naissance ;
- absence de programme de prévention de la transmission mère enfant (PTME) pour les hépatites virales;
- insuffisance de sécurisation des transfusions sanguines.

IV. PROBLÈMES PRIORITAIRES IDENTIFIÉS

1. La coordination et la collaboration en matière de lutte contre les hépatites virales à tous les niveaux du système de santé restent faibles.

Cette situation de faible collaboration et de coordination de la lutte contre les hépatites virales est caractérisée d'une part, par une absence de cadres de concertation entre les acteurs intervenant dans la lutte contre les hépatites virales et d'autre part par la faible collaboration entre les structures publiques de soins et les autres structures impliquées dans la lutte contre les hépatites virales.

Cela s'explique par l'absence d'un plan stratégique de lutte contre les hépatites virales, à l'absence d'instances de coordination et à l'absence de partenariat entre les acteurs impliqués dans la lutte.

Cette situation a pour conséquence une insuffisance dans la lutte contre les hépatites au niveau national.

2. Les ressources humaines pour la prise en charge des hépatites virales sont quantitativement et qualitativement insuffisantes.

La situation des ressources humaines est caractérisée par l'insuffisance de personnel qualifié pour la PEC des hépatites virales dans les formations sanitaires du pays.

Cela est dû à une insuffisance de formation d'agents spécialistes et à l'absence de formation continue en matière de prise en charge des hépatites virales.

Il en résulte une insuffisance de l'offre de soins de qualité en matière de prise en charge des hépatites virales à tous les niveaux du système de soins.

3. La prévention et la prise en charge des hépatites virales sont insuffisantes

En effet, on note une faible accessibilité des services spécialisés par les patients, une insuffisance dans l'organisation de l'offre de soins au niveau des structures de santé, l'insuffisance dans l'immunisation des populations contre les hépatites virales, la non administration du vaccin contre l'hépatite virale B dès la naissance et l'absence de programme de prévention de la transmission mère enfant (PTME) pour les hépatites virales et l'insuffisance de sécurisation de la transfusion sanguine.

Cette situation peut s'expliquer par une insuffisance de compétence, l'absence de directives et protocoles de PEC des hépatites virales au niveau des services de santé, la non implantation d'algorithme de dépistage des hépatites chez les donneurs de sang, l'insuffisance des équipements et des infrastructures à tous les niveaux de soins, l'insuffisance et le coût élevé des médicaments et produits de santé pour la prise en charge des hépatites

Il en résulte une persistance de morbidité et de mortalité élevées.

4. Les infrastructures, les équipements et les produits de santé pour la prise en charge des hépatites sont peu satisfaisants.

Cette situation est caractérisée par une insuffisance de structures spécialisées dans la prise en charge des hépatites virales, des ruptures fréquentes des réactifs dans les laboratoires, une faible accessibilité des populations aux produits de santé eu égard à leurs coûts très élevés.

Aussi, la plupart des hôpitaux ne disposent pas d'un plateau technique adéquat pour le diagnostic et la prise en charge des hépatites virales.

Cela est dû à l'insuffisance de financement et de subvention pour la prise en charge des hépatites virales.

Il en résulte des insuffisances dans le dépistage et la prise en charge des hépatites virales entraînant ainsi de multiples complications.

5. La surveillance, la recherche et la communication sur les hépatites sont insuffisantes.

Cela se caractérise par une insuffisance dans la notification des cas d'hépatites virales, une insuffisance des études et recherches sur les hépatites virales ainsi qu'une insuffisance de sensibilisation des prestataires et de la population sur les hépatites virales.

Cela s'explique par l'absence d'un système de surveillance spécifique des hépatites virales, l'absence d'un plan de communication en matière de lutte contre les hépatites et l'insuffisance de financement pour la recherche sur les hépatites virales.

Ce qui a pour conséquences, une insuffisance en quantité et qualité de données sur les hépatites virales, une insuffisance dans le suivi et l'évaluation des interventions en matière de lutte contre les hépatites virales. Cette situation ne permet pas une bonne prise de décision. D'où une persistance de la morbidité et de mortalité liées aux hépatites virales.

6. Les financements pour la lutte contre les hépatites virales sont insuffisants

En effet, il n'existe pas de financement spécifique pour la lutte contre les hépatites virales, cela est dû à l'inexistence d'une ligne budgétaire spécifique pour la lutte contre les hépatites virales et à l'insuffisance d'engagements des partenaires financiers en faveur de la lutte contre les hépatites virales.

Il en résulte une insuffisance dans la mise en œuvre des actions de lutte contre les hépatites et une faiblesse de la prise en charge.

V. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN

5.1. Vision

Éliminer les hépatites virales B et C comme problème de santé publique d'ici 2030 au Burkina Faso.

5.1. But et objectifs

5.1.1. But

Promouvoir la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso

5.1.2. Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites virales d'ici à 2021

5.1.3. Objectifs spécifiques

- Assurer la coordination des interventions et le développement du partenariat dans la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021 ;

- Améliorer la prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021 ;
- Renforcer la prévention et le dépistage des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021 ;
- Renforcer la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et la recherche sur les hépatites virales d'ici à 2021.

5.2. Axes stratégiques d'intervention

Ces axes d'intervention s'inscrivent dans les orientations de l'OMS en matière de lutte contre les hépatites.

5.2.1. Leadership et gouvernance en matière de lutte contre les hépatites virales

Objectif spécifique 1 : Assurer la coordination des interventions et le développement du partenariat dans la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021

Cet objectif comporte trois interventions à savoir : (i) le renforcement de la coordination de la lutte contre les hépatites virales (ii) la mobilisation des ressources pour la lutte contre les hépatites et (iii) le suivi et l'évaluation.

Pour le renforcement de la coordination en matière de lutte contre les hépatites virales, les priorités seront axées sur le renforcement des cadres de concertation et de coordination, l'amélioration du cadre réglementaire existant et l'élaboration de directives de PEC des hépatites virales,

Pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les hépatites virales, elles porteront sur le renforcement du partenariat avec les institutions financières, les firmes pharmaceutiques, le secteur privé

et aussi sur le renforcement de la ligne budgétaire de lutte contre la maladie. Elle se fera également à travers la subvention des coûts de prestation, le plaidoyer pour la promotion de l'assurance maladie universelle. Les interventions seront menées dans le cadre du partenariat par les structures du Ministère de la santé et autres départements concernés ainsi que celles de la société civile, ONG et sous-secteur privé.

Pour le renforcement du mécanisme de suivi/évaluation, il s'agira d'organiser des sorties de supervision, de contrôle et d'appuis techniques. Des évaluations pourront être menées pour apprécier l'atteinte de certains objectifs fixés et mesurer l'impact des interventions.

5.2.2. Prise en charge des cas d'hépatites virales :

Objectif spécifique 2 : améliorer la prise en charge des hépatites virales

L'atteinte de cet objectif passera par : i) le renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites, ii) l'amélioration de la disponibilité des équipements et des produits de santé, iii) l'amélioration des compétence des agents impliqués dans la PEC des hépatite virales et iv) le traitement et le suivi corrects des cas.

Pour le renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites, il s'agira de veiller à la mise en place de structures adaptées et adéquates de proximité et aussi à la dotation des structures existantes en équipement adéquat, en matériels, médicaments, consommables et réactifs de laboratoire. Cela permettra un traitement et un suivi corrects de cas.

L'amélioration des compétences des agents impliqués dans la PEC des hépatites virales passera par le renforcement de la formation de base, la promotion de la formation continue et spécialisée du personnel (en hépato gastroentérologie, infectiologie, médecine interne, virologie), la prise en compte de la lutte contre les hépatites virales dans les curricula de formation de base dans les écoles de santé et à l'UFR/SDS.

5.2.3. Prévention et dépistage des hépatites virales

Objectif spécifique3: Renforcer la prévention et le dépistage des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021

Neuf (09) interventions sont identifiées pour l'atteinte de cet objectif : (i) le renforcement de l'IEC/CCC sur les hépatites virales B et C, (ii) le renforcement de la sécurisation transfusionnelle, (iii) la prévention et lutte contre les infections notamment la sécurité des injections, (iv) la réduction des risques pour les CDI, (v) l'assainissement, l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire, (vi) le dépistage de l'hépatite virale B et C dans la population générale et les personnes à risque, (vii) le dépistage et la PEC gratuite du personnel de santé ayant été victime d'un accident d'exposition au sang et liquides biologiques contaminés par le VHB ou VHC, (viii) la PTME du VHB, C chez les femmes enceintes, (ix) l'immunisation contre l'hépatite B à la naissance et la vaccination des personnes à risques. Les interventions seront menées dans le cadre d'un partenariat par les structures du Ministère de la santé et autres départements concernés ainsi que celles de la société civile, ONG et sous-secteur privé.

Pour le renforcement de l'IEC, il s'agira d'élaborer un plan de communication sur la lutte contre les hépatites virales et de mettre en

œuvre des activités de sensibilisation en faveur de la population et en particulier des groupes à risque.

Pour la sécurité transfusionnelle, on mettra l'accent sur la qualification des PSL à travers la mise en œuvre de l'algorithme de dépistage des hépatites virales chez les donateurs de sang qui garantisse la sécurité des transfusions sanguines. Afin de ne pas réduire le pool de donateurs de sang, prévoir la vaccination systématique gratuite contre l'hépatite B, pour tout donneur Ag HBs négatif, dans les CRTS. En outre, des plaidoyers seront menés pour l'implantation des techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donateurs de sang.

Dans le cadre de la prévention et lutte contre les infections notamment la sécurité des injections, il s'agira d'élaborer et de diffuser les directives de PI et la sécurité des injections.

En matière de réduction des risques pour les CDI, il s'agira de mettre en place des services spécifiques pour ce groupe spécifique.

Quant à l'assainissement, hygiène de l'eau et sécurité alimentaire, il s'agira de faire des plaidoyers au niveau des Ministères en charge de ces questions en vue de développer des activités de sensibilisation pour la population.

Concernant le dépistage, il s'agira de mettre en place des services/prestations de dépistage précoce systématique dans les structures sanitaires, de promouvoir le dépistage précoce volontaire. Le dépistage des marqueurs des hépatites virales B et C (Ag HBs et Ac anti VHC) sera inclus dans les examens de laboratoires réalisables avec les quittances (urgences et services d'hospitalisation) afin de réduire les

coûts pour les patients A cet effet, des activités de sensibilisation, de renforcement de capacités des acteurs et des structures (équipement, infrastructures) seront développées.

En ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B et C, le dépistage systématique sera fait lors des CPN chez la femme enceinte. L'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et de VHB/VHC, la formation des acteurs de SMI, l'élaboration et l'application d'un algorithme de PTME/VHB/ VHC en per partum dans les salles d'accouchement, l'administration de l'immunoglobuline aux nouveaux nés de mère porteuse et la vaccination adéquate systématique à la naissance s'avère nécessaires.

Pour l'immunisation, une vaccination contre l'hépatite B à la naissance (dans les 24 heures) sera faite chez les nouveau-nés de mères non infectées et une sérovaccination chez les nouveau-nés de mères porteuses du virus d'hépatite B et la vaccination des groupes à risques.

5.2.4. Gestion de l'information, surveillance épidémiologique et recherche.

Objectif spécifique 4 : renforcer la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et la recherche sur les hépatites virales

Cet objectif comporte deux interventions : (i) le renforcement du système d'information sur les hépatites et (ii) le renforcement de la recherche.

L'atteinte cet objectif requière l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire et la promotion de la recherche sur les hépatites virales.

Pour ce faire, il s'agira de renforcer la surveillance des tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité, ainsi que les facteurs de risque des hépatites virales à travers l'amélioration de la gestion des données.

Pour la promotion de la recherche sur les hépatites virales, des études et enquêtes épidémiologiques, de même que la recherche opérationnelle seront menées. Il s'agira aussi de valoriser les résultats de la recherche par leur diffusion et leur utilisation pour orienter les prises de décision dans le cadre de l'amélioration de la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso

Tableau VII: orientations stratégiques, objectifs spécifiques, axes stratégiques et interventions

Orientations stratégiques	Objectifs spécifiques	Axes stratégiques	Interventions
<p>Orientation stratégique n° 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé</p>	<p>1 Assurer la coordination des interventions et le développement du partenariat dans la lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021</p>	<p>1.1. Renforcement de la coordination de la lutte contre les hépatites</p>	<p>Action prioritaire 1.1.1 renforcer les cadres de concertation et de coordination en matière de lutte contre les hépatites</p>
		<p>Action prioritaire 1.1.2. améliorer le cadre réglementaire existant</p>	
		<p>Action prioritaire 1.1.3. : Élaborer des directives de PEC des hépatites virales</p>	
		<p>1.2. Mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les hépatites virales</p>	<p>Action prioritaire 1.2.1 Développer le partenariat avec les institutions financières, firmes pharmaceutiques, secteur privé ...)</p>
		<p>Action prioritaire 1.2.2 Plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire lutte contre la maladie, la subvention des coûts et la promotion de l'assurance maladie universelle</p>	
		<p>1.3. Renforcement du Suivi et évaluation</p>	<p>Action prioritaire 1.3.1 Renforcer les mécanismes de suivi/évaluation dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales</p>
<p>Orientation stratégique 2 : amélioration des prestations de soins</p>	<p>2 Améliorer la prise en charge des hépatites virales</p>	<p>2.1. Renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites</p>	<p>Action prioritaire 2.1.1 Mettre en place de structures adéquates de prise en charge des hépatites virales</p>
		<p>2.2. Amélioration de la disponibilité des équipements et</p>	<p>Action prioritaire 2.2.1 Equiper les structures existantes</p>

Orientations stratégiques	Objectifs spécifiques	Axes stratégiques	Interventions
		des produits de santé	Action prioritaire 2.2.2 Rendre disponibles les produits de santé
		2.3. Amélioration des compétences des agents impliqués dans la PEC des hépatites virales	Action prioritaire 2.3.1 Renforcer les compétences des agents de santé
			Action prioritaire 2.3.2 Promouvoir la prise en compte des hépatites dans les curricula de formation de base dans les écoles de santé
			Action prioritaire 2.3.3. Promouvoir la formation spécialisée du personnel
		2.4. Traitement et le suivi corrects des cas	Action prioritaire 2.4.1 Assurer le traitement médical des cas selon les directives
			Action prioritaire 2.4.2 Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas
OS 4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie	3 Renforcer la prévention et le dépistage des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021	3.1. Renforcement de l'IEC/CCC sur les hépatites virales B et C	Action prioritaire 3.1.1 Elaborer un plan de communication sur la lutte contre les hépatites virales
			Action prioritaire 3.1.2. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation
		3.2. Renforcement de la sécurité transfusionnelle	Action prioritaire 3.2.1 Plaider pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang
			Action prioritaire 3.2.2 Mettre en œuvre l'algorithme de dépistage des hépatites virales

Orientations stratégiques	Objectifs spécifiques	Axes stratégiques	Interventions
		3.3. Prévention et lutte contre les infections, notamment la sécurité des injections	Action prioritaire 3.3.1 Elaborer et diffuser les directives de PI et la sécurité des injections
		3.4. Réduction des risques pour les CDI	Action prioritaire 3.4.1 Mettre en place des services spécifiques pour les CDI
		3.5. Assainissement, hygiène de l'eau et sécurité alimentaire	Action prioritaire 3.5.1 Promouvoir les activités d'assainissement, d'hygiène de l'eau et de la sécurité alimentaire
		3.6. Renforcement du dépistage de l'hépatite virale dans la population générale et chez les personnes à risque	Action prioritaire 3.6.1 Mise en place des services/prestations de dépistage précoce systématique dans les structures sanitaires,
			Action prioritaire 3.6.2. Promouvoir le dépistage précoce volontaire de l'hépatite virale
		3.7. Prévention de la transmission mère-enfant dans le cadre des hépatites virales	Action prioritaire 3.7.1. Elaborer et mettre en œuvre un algorithme de PTME/VHB/ VHC
			Action prioritaire 3.7.2. Plaider pour l'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique
		3.8. Renforcer l'immunisation contre l'hépatite B à la naissance	Action prioritaire 3.8.1. Assurer l'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B
			Action prioritaire 3.8.2 Assurer l'immunisation des groupes spécifiques
			Action prioritaire 3.8.3. Plaider pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance

Orientations stratégiques	Objectifs spécifiques	Axes stratégiques	Interventions
Orientation stratégique 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	4. Renforcer la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et la recherche sur les hépatites virales	4.1. Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Action prioritaire 4.1.1 Renforcer la surveillance des tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité
		Action prioritaire 4.1.2 Améliorer la gestion des données	
		4.2. Renforcement de la recherche sur les hépatites	Action prioritaire 4.2.1 Promouvoir la recherche dans le domaine des hépatites virales
			Action prioritaire 4.2.2 Utiliser les résultats de la recherche pour la prise de décision dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales

Tableau VIII: axe stratégique, action prioritaire, responsable, autres acteurs concernés, indicateurs

Axes stratégiques	Actions prioritaires	Responsable	Autres acteurs concernés	Indicateurs
1.1. Renforcement de la coordination de la lutte contre les hépatites	Action prioritaire 1.1.1 renforcer les cadres de concertation et de coordination en matière de lutte contre les hépatites	PNMNT	MS, SG, DGS, DGESS, structures de recherche, société civile, PTF	Nombre de réunions statutaires du comité national de suivi
	Action prioritaire 1.1.2. améliorer le cadre réglementaire existant	PNMNT	MJDH AN OSC Autres ministères concernés	Nombre de textes législatifs et réglementaires adoptés
	Action prioritaire 1.1.3. : Élaborer des directives de PEC des hépatites virales	PNMNT	MS, SG, DGS, DGESS, société	Disponibilité de directives de PEC
1.2. Mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les hépatites virales	Action prioritaire 1.2.1 Développer le partenariat avec les institutions financières, firmes pharmaceutiques, secteur privé ...)	PNMNT	MS, DGESS	Conventions de partenariats
	Action prioritaire 1.2.2 Plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire lutte contre la maladie, la subvention des coûts et la promotion de l'assurance maladie universelle	PNMNT	MS, DAF, MEF	Modes de financement existant
1.3. Renforcement du Suivi et évaluation	Action prioritaire 1.3.1 Renforcer les mécanismes de suivi/évaluation dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales	PNMNT	DLM	Mécanisme de suivi-évaluation
2.1. Renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites	Action prioritaire 2.1.1 Mettre en place de structures adéquates de prise en charge des hépatites virales	PNMNT	DES, DGESS MEF, PTF	-nombre de structures ayant des capacités de diagnostic et de prise en charge des hépatites

2.2. Amélioration de la disponibilité des équipements et des produits de santé	Action prioritaire 2.2.1 Equiper les structures existantes	PNMNT	MS, DAF, SOGEMAB	Nb de structures équipées
	Action prioritaire 2.2.2 Rendre disponibles les produits de santé	PNMNT	MS, DAF, DGPMML, CAMEG	Taux de rupture de produits de santé -Disponibilité de réactifs de laboratoire, médicaments et produits de santé
2.3. Amélioration des compétences des agents impliqués dans la PEC des hépatites virales	Action prioritaire 2.3.1 Renforcer les compétences des agents de santé	PNMNT	MS, DRH, MEF	Nb d'agents de santé formés
	Action prioritaire 2.3.2 Promouvoir la prise en compte des hépatites dans les curricula de formation de base dans les écoles de santé	PNMNT	MS, DRH, ENSP, Universités	Nb de curricula révisé
	Action prioritaire 2.3.3. Promouvoir la formation spécialisée du personnel	PNMNT	MS, DRH, ENSP, Universités, Bioforce	Nb de spécialistes formés
2.4. Traitement et le suivi corrects des cas	Action prioritaire 2.4.1 Assurer le traitement médical des cas selon les directives	PNMNT	MS, DES, CHU, CHR, CMA, CSPS	Qualité de prise en charge
	Action prioritaire 2.4.2 Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas	PNMNT	MS, DES, CHU, CHR, CMA, CSPS	Qualité de prise en charge
3.1. Renforcement de l'IEC/CCC sur les hépatites virales B et C	Action prioritaire 3.1.1 Elaborer un plan de communication sur la lutte contre les hépatites virales	PNMNT	DCPM, DPS, DC	Disponibilité d'un plan de communication
	Action prioritaire 3.1.2. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation	PNMNT	DCPM, DPS	Proportion de personnes touchées
3.2. Renforcement de la sécurité transfusionnelle	Action prioritaire 3.2.1 Plaider pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang	PNMNT	MS, CNTS, CHU, centres de recherche	Implantation de la technique de détection génomique
	Action prioritaire 3.2.2 Mettre en œuvre l'algorithme de dépistage des hépatites virales	PNMNT	MS, CNTS, CHU, centres de recherche, DES	Disponibilité d'algorithme de dépistage des hépatites virales

3.3. Prévention et lutte contre les infections, notamment la sécurité des injections	Action prioritaire 3.3.1 Elaborer et diffuser les directives de PI et la sécurité des injections	PNMNT	MS, CNTS, CHU, centres de recherche, DES	% de structures disposant de directives de PI
3.4. Réduction des risques pour les CDI	Action prioritaire 3.4.1 Mettre en place des services spécifiques pour les CDI	PNMNT	MS, CHU, DES	Nb de services spécifiques de CDI
3.5. Assainissement, hygiène de l'eau et sécurité alimentaire	Action prioritaire 3.5.1 Promouvoir les activités d'assainissement, d'hygiène de l'eau et de la sécurité alimentaire	PNMNT	MS, DPS, Mairies, départements de l'eau et de l'agriculture	Nbre d'activités de promotion programmées
3.6. Renforcement du dépistage de l'hépatite virale dans la population générale et chez les personnes à risque	Action prioritaire 3.6.1 Mise en place des services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires,	PNMNT	DES, DGESS MEF, PTF	-nombre de structures ayant des capacités de diagnostic et de prise en charge des hépatites
	Action prioritaire 3.6.2. Promouvoir le dépistage précoce de l'hépatite virale	PNMNT	DES, DGESS MEF, PTF	-nombre de structures menant des activités de dépistage précoce d'hépatites virales
3.7. Prévention de la transmission mère-enfant dans le cadre des hépatites virales	Action prioritaire 3.7.1. Elaborer et mettre en œuvre un algorithme de PTME/VHB/ VHC	PNMNT	MS, DSF, CHU, centres de recherche, DES	Disponibilité d'algorithme de PTME/VIH et VHB/VHC
	Action prioritaire 3.7.2. Plaider pour l'intégration l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique	PNMNT	MS, DSF, CHU, centres de recherche, DES	PTME/VIH et VHB/VHC intégré dans le système de santé
3.8. Renforcer l'immunisation contre l'hépatite B à la naissance	Action prioritaire 3.8.1. Assurer l'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B	PNMNT	MS, DPV, MEF	immunisation universelle de la population sur l'hépatite B effective
	Action prioritaire 3.8.2 Assurer l'immunisation des groupes spécifiques	PNMNT	MS, DPV, MEF	immunisation universelle des groupes spécifiques sur l'hépatite B

				effective
	Action prioritaire 3.8.3. Plaider pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance	PNMNT	MS, DPV, MEF	administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance effective
4.1. Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Action prioritaire 4.1.1 Renforcer la surveillance des tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité	PNMNT	DGESS, DRS, DS ; CHU, CHR	-Disponibilité des données sur les hépatites
	Action prioritaire 4.1.2 Améliorer la gestion des données	PNMNT	DGESS, DRS, DS ; CHU, CHR	-Disponibilité des données sur les hépatites
4.2. Renforcement de la recherche sur les hépatites	Action prioritaire 4.2.1 Promouvoir la recherche dans le domaine des hépatites virales	PNMNT	MS, MESRSI, CHU, centres de recherche, DES	Nb de recherches sur les hépatites virales
	Action prioritaire 4.2.2 Utiliser les résultats de la recherche pour la prise de décision dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales	PNMNT	MS, CHU, centres de recherche, DES	Nb de recherches sur les hépatites virales

5.3. Chronogramme des activités

Tableau IX: chronogramme des activités

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Autres concernés	Indicateurs	Sources de vérification	Coût
		A1	A2	A3	A4	A5					
Orientation stratégique n° 1 : développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé											
Objectif 1 : assurer le leadership et la gouvernance dans la lutte contre les hépatites											
Axe stratégique 1.1 : renforcement de la coordination de la lutte contre les hépatites											
Action prioritaire 1.1.1. : renforcer les cadres de concertation et de coordination en matière de lutte contre les hépatites											
1	Faire un plaidoyer pour l'engagement des plus hautes autorités dans la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	MS	DGS	- Nombre des séances de plaidoyer avec les plus hautes autorités - Dispositions prises par les plus hautes autorités dans la lutte contre les hépatites	- Compte rendus de rencontres - textes, arrêtés et décrets existants	

2	Mettre en place un Comité national de pilotage fonctionnel (arrêté MS de mise en place d'un comité),	X					SG	DGS/DLM	- Existence d'un comité national de pilotage	- Actes administratifs	
3	Organiser deux fois par an les rencontres du comité de pilotage	x			x		SG	DGS/DLM	Nombre de réunions du comité	- Rapport de réunions du comité	
4	Mettre en place la coordination du programme national de lutte contre les hépatites virales	X					MS	DGS/DLM	Arrêté portant création d'une coordination	-Rapports de la rencontre d'installation	
5	Commémorer la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	DGESS DRS	Nombre de commémorations de journées de lutte contre les hépatites	Rapports d'activités	
6	Organiser une fois par an la rencontre des partenaires impliqués dans la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	DGS	DLM DRS DGESS	- Nombre de rencontres de coordination	- Rapports des rencontres	

Action prioritaire 1.1.2. améliorer le cadre réglementaire existant											
7	Assurer l'adoption et l'application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	Cabinet MS	DGS	- Nombre de textes législatifs et réglementaires adoptés - Nombre de textes législatifs et réglementaires appliqués	- Textes et réglementations adoptés - rapport de suivi de la mise en œuvre des textes législatifs et réglementaires	
Action prioritaire 1.1.3. : élaborer des directives de PEC des hépatites virales											
8	Organiser un atelier d'élaboration des directives harmonisées de PEC des hépatites virales		x			x	DLM	DES	Nb ateliers tenu	Rapports d'activités	
9	Organiser deux ateliers de finalisation et de validation des directives de PEC des hépatites virales		x		x		DLM	Hôpitaux	Nb ateliers tenu	Rapports d'activités	
10	Diffuser les directives harmonisées de PEC des hépatites virales dans les formations sanitaires					x	x	DRS, hôpitaux,	Nb de FS disposant des directives	État de répartition	

1.2. Mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les hépatites virales

Action prioritaire 1.2.1 : Développer le partenariat avec les institutions financières, firmes pharmaceutiques, secteur privé ...)

11	Faire un plaidoyer pour l'engagement des institutions financières dans la lutte contre les hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MFSNF Associations et ONG OSC	Nombre des séances de plaidoyer – conventions signées par les institutions financières dans la lutte contre les hépatites	- Compte rendus de rencontres - conventions des institutions financières pour la lutte contre les hépatites
----	--	---	---	---	---	---	-----	-------------------------------------	---	--

Action prioritaire 1.2.2

Plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire lutte contre la maladie, la subvention des coûts et la promotion de l'assurance maladie universelle

12	Créer une ligne budgétaire pour la lutte contre les hépatites au MS						MS	MINEFID Autres ministères AN	Existence d'une ligne budgétaire pour la lutte contre les hépatites au MS	Loi de finance
----	---	--	--	--	--	--	----	------------------------------------	---	----------------

13	Mettre en place un fonds national de lutte contre les hépatites						MS	MINEFID Autres ministères PTF	Disponibilité d'un fonds national de lutte contre les hépatites	Arrêté portant création du fonds national	
1.3. Renforcement du Suivi et évaluation											
Action prioritaire 1.3.1 Renforcer les mécanismes de suivi/évaluation dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales											
14	Elaborer chaque année un plan opérationnel de lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	DLM	DGS	- Disponibilité des plans annuels	- Rapports d'élaboration des plans	
15	Elaborer et valider un plan de suivi et d'évaluation de lutte contre les hépatites virales		x				DLM	DGS	- Disponibilité du plan de suivi	- Rapports d'élaboration du plan	
16	Effectuer deux fois par an le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites virales		x		x		DLM	DGS	Nombre d'activités menées	Rapports d'activités	

Objectif spécifique 2 : améliorer la PEC en matière de prise en charge des hépatites virales

2.1. Renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites

Action prioritaire 2.1.1 Mettre en place des structures adéquates de prise en charge des hépatites virales

17	Renforcer les structures publiques et privées pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MS DES	Nombre de structures créées ou renforcées	Rapports d'activités	
----	---	---	---	---	---	---	-----	-----------	---	----------------------	--

2.2. Amélioration de la disponibilité des équipements et des produits de santé

Action prioritaire 2.2.1 Equiper les structures existantes

18	Équiper les structures publiques et privées pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MEF, DAF, DGESS, DES	Nombre de structures équipées	Rapports d'activités	
----	---	---	---	---	---	---	-----	----------------------	-------------------------------	----------------------	--

Action prioritaire 2.2.2 Rendre disponibles les produits de santé											
19	Acquérir les médicaments, les réactifs pour la prise en charge des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MEF, DAF, DGESS, DGPML, CAMEG	Nombre de structures équipées	Rapports d'activités	
2.3. Amélioration des compétences des agents impliqués dans la PEC des hépatites virales											
Action prioritaire 2.3.1 Renforcer les compétences des agents de santé											
20	Organiser deux ateliers d'élaboration et de finalisation d'un module de formation pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	UFR/SDS DES DSF	Nb ateliers organisés	Rapports d'activités	
21	Organiser un atelier de validation du module de formation pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	UFR/SDS DES DSF	Atelier de validation	Rapports d'activités	
22	Organiser une formation des formateurs pour la PEC des hépatites virales dans toutes les 13 Régions sanitaires	x	x	x	x	x	DLM	Partenaires , DAF	Nb d'acteurs formés	Rapports d'activités	

23	Organiser des sessions de formation en cascades pour les équipes cadres des DS sur la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	Partenaires , DAF	Nb d'acteurs formés	Rapports d'activités	
24	Organiser des sessions de formation en cascades pour les agents de santé des CSPS sur la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	Partenaires , DAF	Nb d'acteurs formés	Rapports d'activités	
Action prioritaire 2.3.2 : Promouvoir la prise en compte des hépatites dans les curricula de formation de base dans les écoles de santé											
25	Faire un plaidoyer pour la mise à jour des modules de formation sur les hépatites virales dans les instituts de formation	x	x	x	x	x	DLM	DAF, partenaires	Nb de réunions de plaidoyer	Rapports d'activités	
Action prioritaire 2.3.3.Promouvoir la formation spécialisée du personnel											
26	Former des médecins et infirmiers spécialistes pour la prise en charge des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MEF, DAF, DGESS,	Nombre de structures équipées	Rapports d'activités	

27	Faire le plaidoyer pour l'ouverture d'une filière de formation d'attachés de santé en hépato-gastro-entérologie	x	x	x	x	x	DLM	MEF, DAF, ENSP, DRH	Nombre de plaidoyers réalisés	Rapports d'activités	
2.4. Traitement et suivi corrects des cas											
Action prioritaire 2.4.1 Assurer le traitement médical des cas selon les directives											
28	Assurer la prise en charge médicale des cas dépistés selon les directives de prise en charge des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	Partenaires, structures,	Nb de cas pris en charge selon les directives de PEC	Rapports d'activités	
Action prioritaire 2.4.2 Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas											
29	Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas dépistés	x	x	x	x	x	DLM	Partenaires, structures,	Nb de cas suivis sur le plan médical, biologique et psychologique	Rapports d'activités	
Objectif spécifique 3 : renforcer la prévention et le dépistage des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021											
3.1. Renforcement de l'IEC/CCC sur les hépatites virales B et C											
Action prioritaire 3.1.1 : élaborer un plan de communication sur la lutte contre les hépatites virales											

30	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation d'un plan de communication de lutte contre les hépatites virales		x		x		DLM	DPS DRS/DS	Disponibilité d'un PIC hépatites virales	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.1.2. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation											
31	Organiser deux ateliers d'élaboration des documents et directives de PEC des hépatites virales au niveau communautaire	X	X	X	X	X	DGS	DLM DPS DRS/DS	- Nombre de rencontres d'élaboration des documents et directives à base communautaire	- Documents et directives - Rapports d'activités	
32	Former les ASBC pour la sensibilisation des populations sur les hépatites virales	X	X	X	X	X	DLM	DPS, partenaires	Nb d'ASBC formés	Rapports d'activités	
33	Appuyer la supervision de la mise en œuvre des actions à base communautaire	X	X	X	X	X	DGS	DLM DPS DRS/DS	- % de régions/distri ct mettant en œuvre des actions à base communauta	- Documents et directives - Rapports d'activités	

										ire sur les hépatites virales		
3.2. Renforcement de la sécurité transfusionnelle												
Action prioritaire 3.2.1 Plaider pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang												
34	Organiser des plaidoyers pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang	x	x	x	x	x	DLM		CNTS, DAF	Nb de rencontres de plaidoyer	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.2.2 Assurer la vaccination des donneurs de sang contre les hépatites virales B et C												
35	Plaider pour la vaccination chez les donneurs de sang dépistés négatifs	x	x	x	x	x	DLM		CNTS, DAF	Nb de rencontres tenues	Rapports d'activités	
36	Vacciner les donneurs de sang dépistés négatifs	x	x	x	x	x	DLM		CNTS, DAF	Nb de donneurs de sang vaccinés	Rapports d'activités	

Action prioritaire 3.2.3 Mettre en œuvre l'algorithme de dépistage des hépatites virales

37	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation de l'algorithme de dépistage des hépatites virales B et C pour les centres de transfusion sanguine et les formations sanitaires	X	X	X	X	X	DGS	DLM CNTS DRS/DS	-	- algorithme de PEC - Rapports d'activités
38	Prendre des textes pour la mise en œuvre de l'algorithme de dépistage des hépatites virales dans les centres de transfusion sanguine et les formations sanitaires	X	X	X	X	X	DGS	DLM CNTS DRS/DS	-	- arrêtés ou décrets d'adoption et d'application - Rapports d'activités

3.3. Prévention et lutte contre les infections, notamment la sécurité des injections

Action prioritaire 3.3.1 : Réviser et diffuser les directives de PI et la sécurité des injections

39	Organiser un atelier de révision des directives de PI et la sécurité des injections	X	X	X	X	X	DGS	DLM CNTS DRS/DS	-	- directives de PI et sécurité des injections - Rapports
----	---	---	---	---	---	---	-----	-----------------------	---	---

											d'activités	
40	Diffuser les directives révisées de PI et la sécurité des injections	X	X	X	X	X	DGS	DLM CNTS DPS DRS/DS				
Action prioritaire 3.3.2 : Assurer la prise en charge des agents victimes d'accidents d'exposition au sang												
41	Dépister tous les agents victimes d'accidents d'exposition au sang	x	x	x	x	x	DLM	FS	proportion d'agents dépistés	Rapports d'activités		
42	Prendre en charge les agents victimes d'accidents d'exposition au sang	x	x	x	x	x	DLM	FS	proportion d'agents prise en charge correctement	Rapports d'activités		
3.4. Réduction des risques pour les CDI												
Action prioritaire 3.4.1 Mettre en place des services spécifiques pour les CDI												

43	Créer des services spécifiques pour les CDI			x			MS	DAF DGESS Partenaires	Nb de services spécifiques pour les CDI créés	Rapports d'activités Acte de création de CDI	
44	Équiper les services spécifiques pour les CDI				x		MS	DAF DGESS Partenaires	Nb de services spécifiques pour les CDI créés	Rapports d'activités	
3.5. Assainissement, hygiène de l'eau et sécurité alimentaire											
Action prioritaire 3.5.1 Promouvoir les activités d'assainissement, d'hygiène de l'eau et de la sécurité alimentaire											
45	Réviser et adopter les outils de sensibilisation sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	DPS DRS/DS	Ateliers de révision et d'adoption des outils	Rapports d'activités	
46	Former les acteurs à l'utilisation des outils de sensibilisation sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales (prévoir formation d'un	x	x	x	x	x	DLM	DPS DRS/DS	% d'acteurs formés sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière		

	ASBC par village, 01 par CSPS et 01 RPS par DS)									de prévention des hépatites virales		
47	Sensibiliser les populations sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	DPS DRS/DS	% de populations sensibilisés sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	Rapports d'activités		
3.6. Renforcement du dépistage de l'hépatite virale dans la population générale et chez les personnes à risque												
Action prioritaire 3.6.1 Mise en place des services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires,												
48	Créer des services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires			x			MS	DAF DGESS Partenaires	Nb de services /prestations de dépistage précoce	Rapports d'activités		

										dans les structures sanitaires		
49	Equiper les services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires				x		MS		DAF DGESS Partenaires	Nb de services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires équipés	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.6.2. Promouvoir le dépistage précoce de l'hépatite virale												
50	Mener des séances de dépistage précoce des hépatites virales dans les services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires	x	x	x	x	x	DLM		Hôpitaux, ONG/associations	Nb de populations ayant bénéficié du dépistage	Rapports d'activités	
3.7. Prévention de la transmission mère-enfant dans le cadre des hépatites virales												

Action prioritaire 3.7.1. Elaborer et mettre en œuvre un algorithme de PTME/VHB/ VHC											
51	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation d'algorithme de PTME/VHB/VHC	x			x		DLM	DSF DES	Nb ateliers	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.7.2. Plaider pour l'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique											
52	Effectuer des plaidoyers pour l'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique	x	x	x	x	x	DLM	MS DSF	Nb de plaidoyers	Rapports d'activités	
3.8. Renforcer l'immunisation contre l'hépatite B à la naissance											
Action prioritaire 3.8.1. Assurer l'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B											
53	Mener des campagnes d'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B	x	x	x	x	x	DPV	DPV Partenaires	% de populations immunisées dans le cadre de la couverture universelle	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.8.2 Assurer l'immunisation des groupes spécifiques											

54	Mener des campagnes d'immunisation universelle sur l'hépatite B pour les populations clés (HSH, CDI, PVVIH, prisonniers)	x	x	x	x	x	DLM	DPV Partenaires	% de groupes spécifiques immunisés dans le cadre de la couverture universelle	Rapports d'activités	
55	Dépister et vacciner les agents de santé sur les hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	DPV Partenaires	% de groupes spécifiques immunisés dans le cadre de la couverture universelle	Rapports d'activités	
Action prioritaire 3.8.3. Plaider pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance											
56	Mener des rencontres de plaidoyer pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance		x			x	DLM	DPV Partenaires	Nb de rencontres de plaidoyers tenues	Rapports d'activités	
57	Introduire dans la vaccination de routine l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la	x	x	x	x	x	DLM	DPV	Dispo de vaccins % d'enfants	Rapports d'activités	

	naissance								vaccinés dès la naissance		
Objectif spécifiques 4 : Renforcer la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et la recherche sur les hépatites virales											
4.1. Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire											
Action prioritaire 4.1.1 : Renforcer la surveillance des tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité											
58	Organiser deux ateliers d'élaboration et de finalisation des directives et outils de surveillance des hépatites pour les différents niveaux	X	X	X	X	X	DLM	DGESS DES	- Existence de directives et outils de surveillance sur les hépatites	Directives et outils de surveillance des hépatites	
59	Organiser un atelier de validation des directives et outils de surveillance des hépatites pour les différents niveaux	X	X	X	X	X	DLM	DGESS DES	- Existence de directives et outils de surveillance sur les hépatites validées	Rapports d'activités	
60	Mettre en place des registres d'hépatites virales	X	X	X	X	X	DLM	DGESS DES		Rapports d'activités	

Action prioritaire 4.1.2 : Améliorer la gestion des données											
61	Suivre périodiquement les tendances, la prévalence, la morbidité et la létalité liées aux hépatites virales	X	X	X	X	X	DLM (SSE)	DGESS PNMNT	-existence de courbes de tendance, prévalence, morbidité et mortalités liées aux hépatites	Rapports d'activités	
4.2. Renforcement de la recherche sur les hépatites											
Action prioritaire 4.2.1 : Promouvoir la recherche dans le domaine des hépatites virales											
62	Assurer le plaidoyer pour le financement des activités de recherche sur les hépatites virales	x	x	x	x	x	MS	MRSI OSC Autres ministères concernés	Nombre de plaidoyers effectués - Nombre d'activités de recherche financées	Rapports de plaidoyer - Allocations de financement	
63	Mener des recherches sur les hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MS, MRSI, CHU, centres de recherche, DES	Nb de recherches menées sur les hépatites virales	Rapports d'activités	

64	Mettre en place des sérothèques d'hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	MS, MRSI, CHU, centres de recherche, DES	Nb de sérothèques mis en place	Rapports d'activités	
Action prioritaire 4.2.2 : Utiliser les résultats de la recherche pour la prise de décision dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales											
65	Organiser une fois par an des journées scientifiques pour le partage des résultats de la recherche sur les hépatites virales		x				DLM	MS, CHU, centres de recherche, DES, ANRS	Nb de recherches sur les hépatites virales	Rapports d'activités	

VI. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

6.1. Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités

6.1.1. Coordination de la mise en œuvre

La coordination des activités se fera, à travers plusieurs types de rencontres organisées à tous les niveaux du système de santé (central, intermédiaire et périphérique).

Au niveau central, le leadership de la coordination des activités au niveau national relèvera de la responsabilité du Directeur de la lutte contre la maladie. La coordination se fera à travers le Comité national de pilotage. Cette structure devra planifier toutes les actions à entreprendre en matière de lutte contre les hépatites. Elle se réunira tous les trimestres et organisera au besoin des rencontres plus fréquentes. La composition, les attributions et le fonctionnement du comité sont définis par note de service du Secrétariat général du Ministère de la santé. D'autres instances comme les commissions thématiques pourraient être mises à profit pour traiter les questions lutte contre les hépatites.

Au niveau intermédiaire, les Directions régionales seront les premiers responsables de la coordination du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021). Celle-ci se fera lors des sessions du Comité régional de suivi (CRS) du Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui sont des instances d'intégration de la coordination des plans d'action au niveau régional. La DRS sera chargée de préparer les documents nécessaires à l'appréciation efficace des résultats obtenus. Pour cela, elle travaillera en collaboration avec les représentants des différents secteurs présents dans la région en vue de consolider les bilans et les programmations. A cette fin, la DRS veillera à ce que les activités du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) soient prises en compte dans les plans annuels d'activités des districts. Le Comité régional analysera les niveaux de performances obtenus et proposera des solutions aux problèmes qui pourraient entraver la mise en œuvre adéquate du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021).

Au niveau périphérique, les Médecins-chefs de districts (MCD) appuyés par leurs ECD auront la responsabilité de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021), avec l'appui technique des équipes de DRS. A ce titre, ils s'assureront de la planification effective des stratégies et des activités retenues dans ce plan et de l'implication de toutes les parties prenantes dans leur mise en œuvre. Au niveau du district, la coordination de la stratégie se fera à travers deux instances :

- les rencontres semestrielles ICP/COGES : ces instances de coordination seront organisées au niveau du CSPS tous les six mois et seront le premier niveau de coordination du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021). Elles permettront aux participants de valider les données mensuelles de prise en charge transmises par les ASBC, d'échanger sur la mise en œuvre des activités, les difficultés rencontrées par les ASBC et les solutions pour les résoudre.
- les rencontres semestrielles de coordination des activités au niveau du district. Elles impliqueront les ICP et l'ECD. Les problèmes rencontrés par les ASBC y seront discutés et des solutions locales efficaces proposées. Les ECD auront à préparer tous les documents relatifs au plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021), utiles au bon déroulement des réunions. Les ICP devront s'approprier toutes les recommandations faites lors de ces réunions et les mettre en application au niveau communautaire.

6.1.2. Rôles et responsabilités des parties prenantes

Tableau VIII: acteur concerné, rôle et responsabilité

Acteurs concernés	Rôles et responsabilités
Niveau central	
Commission thématique « prestations des soins, promotion de la santé et lutte contre la maladie»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analyser le cadre institutionnel et la situation de la lutte contre les hépatites ; ✓ Analyser l'état de mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) ; ✓ Valider le plan opérationnel de mise en œuvre plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) ; ✓ Apporter des réponses à toute question à elle soumise par le comité national de suivi du PNDS.
Commission thématique gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analyser la coordination des actions, la collaboration intersectorielle et le partenariat en matière de lutte contre les hépatites; ✓ Apporter des réponses aux difficultés de coordination, de collaboration intersectorielle et de partenariat en matière de lutte contre les hépatites ;
Comité national de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordination de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) ; ✓ Harmonisation du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) avec les orientations stratégiques ; ✓ Prise de décisions dans le cadre du plan stratégique de lutte contre les hépatites ;
Direction de la prévention et de contrôle des MNT(DPCM)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer les plans opérationnels de mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) ;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordonner et suivre la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) ; ✓ Coordonner les actions, la collaboration intersectorielle et le partenariat en matière de lutte contre les hépatites ; ✓ Elaborer des directives de planification des activités de lutte contre les hépatites à l'endroit des DRS et DS
Niveau intermédiaire	
Direction régionale de la santé (DRS)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Veiller à la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) au niveau régional ; ✓ Veiller à la prise en compte des directives de planification de lutte contre les hépatites dans les plans d'action ;
Niveau périphérique	
Équipe cadre de district	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Veiller à la prise en compte des directives de planification de lutte contre les hépatites dans le processus de planification ; ✓ Renseigner les différents indicateurs concernant la lutte contre les hépatites

6.2. Suivi et évaluation

6.2.1. Suivi et évaluation du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021)

Le suivi et l'évaluation des activités s'appliqueront à tous les niveaux du système de santé (y compris le niveau communautaire). Ils concerneront toutes les stratégies et activités, selon les indicateurs définis dans le cadre des résultats du plan (annexe 6). Ces stratégies permettront de : i) s'assurer que le plan élaboré est exécuté comme prévu, ii) détecter les écarts éventuels et vérifier les difficultés rencontrées et y apporter les ajustements nécessaires, iii) vérifier que les ressources et les activités permettent d'atteindre les résultats escomptés.

Bien que plusieurs intervenants soient impliqués dans la mise en œuvre des activités de ce plan, il incombe au Ministère de la santé de coordonner le suivi et l'évaluation des interventions avec la pleine participation de tous les acteurs (directions techniques, DRS, districts, autres secteurs concernés, ONG, PTF). Par ailleurs, les activités de ce plan seront intégrées chaque année dans les plans d'action des districts et bénéficieront également du suivi global de la mise en œuvre des activités des plans.

La supervision des ASBC se fera chaque trimestre par les agents de santé du CSPS qui à leur tour seront supervisés par l'ECD selon la même périodicité. Des sorties conjointes régulières du comité national de pilotage se feront semestriellement au niveau de chaque région et des districts.

Des rapports seront produits mensuellement par les ASBC (avec l'appui des agents de santé) jusqu'au 25 du mois en cours. Les données de prise en charge seront compilées au niveau de chaque CSPS et envoyées au district de santé au plus tard le 30 du même mois. Les ECD transmettront trimestriellement les rapports d'activités des CSPS aux DRS qui à leur tour les achemineront au niveau central (à la Direction des statistiques sectorielles) selon les outils de rapportage des données.

6.2.2. Les indicateurs du suivi évaluation

La surveillance continue des indicateurs décrits dans le cadre logique facilitera le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021).

Le suivi des effets du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) pourra se faire à travers l'estimation de :

- ✓ Programme national de lutte contre les hépatites ;
- ✓ Evolution du nombre des dépistages et des vaccinations ;
- ✓ nombre de personnes ayant débuté une vaccination ;
- ✓ nombre de personnes ayant complété le schéma vaccinal ;
- ✓ nombre / proportion de professionnels de santé à jour pour leur vaccination contre le VHB vus par l'OST ;
- ✓ proportion des populations clés (CDI, détenus, HSH) ayant fait l'objet d'un dépistage des hépatites B et C ;
- ✓ proportion des populations clés (détenus, HSH, CDI) ayant fait l'objet d'immunisation aux vaccins des hépatites B et C
- ✓ Nombres annuels respectifs de tests sérologiques VHC et VHB ;
- ✓ Disponibilité de protocoles de prise en charge des hépatites virales ;
- ✓ Disponibilité des médicaments et produits essentiels de lutte contre les hépatites virales ;
- ✓ Accessibilité de médicaments et produits essentiels de lutte contre les hépatites virales

A terme la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021) devra permettre de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux hépatites virales.

6.2.3. L'évaluation

Elle se fera à travers une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale.

- L'évaluation à mi-parcours se fera en fin 2019 et portera sur le processus et les effets de la mise en œuvre du plan.
- L'évaluation finale se fera en fin 2021 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites (2017-2021)

6.3. Conditions de réussite

Le succès de la mise en œuvre du Plan stratégique de lutte contre les hépatites virales est tributaire d'un engagement fort de l'État, des partenaires et d'une adhésion de tous les acteurs du développement socio-sanitaire.

Par ailleurs, un tel succès passe par un meilleur fonctionnement de mécanismes de suivi et de coordination ci-dessus évoqués et le renforcement du partenariat public privé.

VII. BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN

7.1. FINANCEMENT DU PLAN

La recherche de financement pour la mise en œuvre du plan se fera à travers le plaidoyer au sein du Ministère de la santé pour la mobilisation du Budget de l'Etat et auprès des PTF.

7.2. RÉSUMÉ DES COÛTS DU PLAN

Le coût du plan stratégique s'élève à cinq milliards six cent quatre-vingt six millions six cent onze mille six cent trente francs (5 686 611 630) CFA et réparti selon les orientations stratégiques :

Orientation stratégique n° 1 : développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé : 203 644 600 FCFA

Orientation stratégique n° 2 : amélioration des prestations de soins : 2 246 084 030 FCFA

Orientation stratégique n° 4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie : 3 106 110 800 FCFA

Orientation stratégique n°6 : amélioration de la gestion du système d'information sanitaire : 130 772 200 FCFA.

CONCLUSION

Les hépatites virales constituent un problème majeur de santé publique dans le monde et au Burkina Faso. Elles sont causes de morbidité et de mortalité élevées dans la population active.

Des actions isolées et sporadiques existaient sur le terrain pour faire face à la demande et aux besoins de nos populations mais elles restaient insuffisantes et non coordonnées du fait de l'absence de Programme. Pour pallier cette situation, le Ministère de la santé a élaboré une politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles où sont prévues des actions de lutte contre les hépatites virales. Afin d'opérationnaliser cette politique, le présent plan stratégique de lutte contre les hépatites virales a été élaboré. Ce plan se veut un document de référence pour tous les acteurs intervenant dans ce domaine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Résolution WHA63.18 adoptée en 2010 par l'Assemblée mondiale de la Santé
2. Résolution WHA67.6 adoptée en 2014 par l'Assemblée mondiale de la Santé
3. WHO Aide-mémoire No 204, Hépatite B, révisé en juillet 2016
4. Consensus de Dakar sur l'hépatite virale en Afrique, Juillet 2013
5. Projet ANRS 12270 : épidémiologie des hépatites B, C et Delta au Burkina Faso ; Analyse des échantillons de l'enquête démographique de santé 2010
6. WHO 2012. Department of Measurement and Health Information. Estimated total deaths by cause, sex and WHO Member State. [www. Int/evidence/bod](http://www.int/evidence/bod)
7. INSD, RGPH 2006 du Burkina Faso – Résultats Définitifs
8. INSD, EICVM 2009-2010
9. Rapport Banque Mondiale sur la pauvreté en 2015
10. INSD, rapport enquête multisectorielle continue (EMC), 2014, profil de pauvreté et d'inégalités
11. PNDS 2011-2020 du MS
12. MS, Annuaire statistique 2015
13. Comptes nationaux de santé Burkina Faso 2015/MS
14. Rapport d'activités des journées mondiales contre l'hépatite de l'association « SOS Hépatites Burkina »
15. HG Ouédraogo ; S Kouanda; GA Konseimbo; CE Yetta; E Tiendrébeogo; S Tiendrébeogo; A Savadogo; Y Traoré; B Sondo. Séroprévalence de l'antigène HBs (AgHBs) et facteurs associés parmi les professionnels de santé au Burkina Faso. Burkina Médical, 2012, Vol. 016, N° 01.
16. L. Sangaré , R. Sombié , A.W. Combasséré , A. Kouanda, D. Kania, O. Zerbo & J. Lankoandé, Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH, Ouagadougou, Burkina Faso, 2009
17. Nagalo B et al. Séroprévalence and incidence of transfusion transmitted infectious diseases among blood donors from regional blood transfusion centres in Burkina Faso, West Africa, Trop Med Int Health 2012; 17(2):247-53
18. Barro L. Problématique de la sécurité transfusionnelle au Burkina Faso : le dépistage de l'anticorps de core du virus de l'hépatite B (Ac anti-HBc) serait-il un examen de trop ? Travail de fin d'études Pour l'obtention du diplôme de Master complémentaire en médecine transfusionnelle 2013-2014, Université de Liège, Belgique

19. Évaluation des méthodes non invasives de mesure de la fibrose hépatique dans l'hépatite B chronique. HAS juin 2014.
20. Bado G, Penot P, N'Diaye MD, Amiel C, Hema A, Kamboulé EB, et al. Hepatitis B seroprevalence in HIV-infected patients consulting in a public day care unit in Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Médecine Mal Infect.* 2013 May;43(5):202–7.
21. Ilboudo D, Simpoire J, Ouermi D, Bisseye C, Sagna T, Odolini S, et al. Towards the complete eradication of mother-to-child HIV/HBV coinfection at Saint Camille Medical Centre in Burkina Faso, Africa. *Braz J Infect Dis Off Publ Braz Soc Infect Dis.* 2010 Jun;14(3):219–24.
22. Dao B, Nacro B, Dahourou H, Meda N, Van De Perre P. HIV infection and hepatitis B co-infection: survey of prevalence in pregnant women in Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Rev Médicale Brux.* 2001 Apr;22(2):83–6.
23. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G. VIH. 2011th ed. France: Rueil-Malmaison; 2011.
24. Lacombe K, Massari V, Girard P-M, Serfaty L, Gozlan J, Pialoux G, et al. Major role of hepatitis B genotypes in liver fibrosis during coinfection with HIV. *AIDS Lond Engl.* 2006 Feb 14;20(3):419–27.
25. Attia KA. Co-infection VIH-VHB au sud du Sahara : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *J Afr D'Hépatogastroentérologie.* 2007 May 20;1(1):51–3.
26. Sène D, Pol S, Piroth L, Goujard C, Dellamonica P, Moussali J, et al. Hepatitis B virus-human immunodeficiency virus co-infection in France: a cross-sectional multicentre study. *Epidemiol Infect.* 2007 Apr;135(3):409–16.
27. Eholie S, Girard PM. Memento thérapeutique du VIH/sida en Afrique. 3rd ed. Montrouge, France. Doin éditeurs.2017.
28. Eholie S, Girard PM. Memento thérapeutique du VIH/sida en Afrique. 3rd ed. Montrouge, France. Doin éditeurs.2017.
29. Bourlière M, Fontaine H, Yazdanpanah Y, Piroth L, Benhamou Y. Co-infection avec les hépatites virales. *J Afr D'Hépatogastroentérologie.* 2007 May 20; 1(1):38–50.
30. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Co-infections par les virus des hépatites (mai 2017).https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/experts-vih_co-infections.pdf.

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des forces et faiblesses de la lutte contre les hépatites virales et actions requises					
Domaines de renforcement de la lutte contre les hépatites	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces	Actions requises
<i>Développement du leadership et de la gouvernance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - engagement politique dans la lutte contre les hépatites ; - décentralisation du système sanitaire avec la mise en place du système de santé de district - développement de la santé communautaire - instauration des soins d'urgence - politique de contractualisation - textes réglementant l'exercice privé des professions de santé - existence de cadres de concertation intra sectorielle et multisectorielles aux différents niveaux du système de santé pour aider à la prise de décision et pour la diffusion des informations et des 	<ul style="list-style-type: none"> - inexistence d'une stratégie nationale de prise en charge des hépatites - absence de cadre multidisciplinaire de concertation sur les hépatites ; - faiblesse dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre les hépatites virales - faiblesse du développement du partenariat et de la coordination des interventions entre les parties prenantes dans la lutte contre les hépatites ; - inexistence de textes 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement au niveau international dans la lutte contre les hépatites; - l'implication de la société civile dans la lutte contre les hépatites - l'accompagnement des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Crises économique et financière au niveau mondial; - Crises sociale, économique et politique au niveau national; - Non-respect des engagements de financement; - Instabilité socio-politique; - 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un plan national de lutte contre les hépatites virales; - Renforcement de la collaboration intersectorielle et multidisciplinaire; - Renforcement du partenariat; - Elaboration et adoption des textes règlementaires sur la lutte contre les hépatites ; - Renforcement de la collaboration avec les TPS dans le cadre de lutte

	<p>directives du ministère de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - politique de la gratuité des – soins - l'expérience acquise dans la lutte contre le VIH/Sida - Disponibilité d'un répertoire des tradipraticiens disposant de recettes contre les hépatites virales ; - Dépistage gratuit de l'hépatite virale chez la femme enceinte et enfants de moins de 5 ans 	<p>législatifs et réglementaires sur la lutte contre les hépatites</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de collaboration avec les tradipraticiens(TPS) 			<p>Plaidoyer pour la vaccination des enfants dès la naissance</p> <p>Plaidoyer pour la PTME de l'hépatite et la PEC des infectés</p>
<p><i>Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accroissement de financement en faveur de la santé (12.6% du budget national alloué à la santé en 2015) <p>Subvention des examens de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources financières allouées à la santé - Absence de couverture maladie généralisée pour l'ensemble de la population 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation des collectivités territoriales décentralisées au financement de la santé; 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des engagements de financement par les PTF; - 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la mobilisation des financements pour la lutte contre les hépatites virales; - Mise en œuvre de

	laboratoire et des médicaments chez les co-infectés VIH/VHB ; - Effectivité du financement basé sur les résultats dans certaines Régions	-Inexistence de ressources financières spécifiques pour la lutte contre les hépatites ; - Cout élevé des produits de santé et des examens, rendant ces soins peu disponibles et peu accessibles à la population			l'assurance maladie universelle - Subvention des médicaments des vaccins et des examens biologiques pour la PEC des hépatites;
<i>Développement des ressources humaines</i>	- Existence de possibilité de formation des médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie et en médecine interne au niveau du BF;	- Insuffisance en quantité et en qualité de ressources humaines dans la prise en charge des hépatites virales - insuffisance dans la gestion des ressources humaines pour la santé;	- Augmentation de l'offre de bourses pour la formation de spécialistes		- recrutement et formation du personnel qualifié en quantité - Rationalisation de la gestion des ressources humaines;
<i>Développement des infrastructures, des équipements et des produits de</i>	- Existence d'un plan d'équipement et de maintenance biomédicale ;	- insuffisance voire inadéquation des infrastructures et des équipements; - insuffisance d'entretien	- existence d'une centrale d'achat des médicaments et de grossistes privés pour l'importation de	-Forte dépendance vis-à-vis des partenaires pour l'acquisition des intrants et des	- Renforcement et normalisation des infrastructures et des équipements ; - renforcement de la

<p><i>santé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments au niveau national - Capacité de dépistage dans la plupart des formations sanitaires et possibilité de confirmation dans certaines structures de référence (CHU, CHR, centres de recherche, Schiphra, HOSCO...) - Existence du vaccin contre l'hépatite B dans les officines privées et dans le public (service d'hygiène); - détermination de la charge virale par des structures publiques et privées ; 	<p>des infrastructures sanitaires;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruptures fréquentes de réactifs dans les laboratoires publiques pour le dépistage et le suivi des hépatites ; - incapacité des structures à déterminer les génotypes des hépatites virales ; - Non disponibilité de kits pour le dépistage et le suivi de l'hépatite D ; <p>Equipement des sites de formation des spécialistes</p>	<p>médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> - existence de plateau technique de biologie moléculaire dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, VIH/SIDA, 	<p>équipements et la maintenance des équipements ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - non maîtrise des coûts des intrants et des équipements sur le marché 	<p>maintenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la disponibilité des médicaments et des réactifs pour la prise en charge des hépatites virales ; - -
---------------------	---	---	--	---	--

<p><i>Amélioration des prestations de services</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - existence de structures sanitaires décentralisées permettant d'assurer des prestations de services à tous les niveaux - existence des programmes de santé pour les groupes spécifiques (PTME, PCIME, PSSLS) ; - sécurisation des transfusions du sang et autres produits biologiques dérivés et aussi la prévention des infections ; - Introduction du vaccin de l'hépatite B dans le PEV depuis 2006 ; - Existence des techniques de détection génomique « fait 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de l'offre de soins en matière de prise en charge des hépatites virales ; -faible dépistage du VHB chez les femmes enceintes ; - insuffisance de prise en compte des groupes spécifiques (CDI, HSH, PS etc ...) en matière de lutte contre les hépatites ; - non administration du vaccin contre l'hépatite virale B à la naissance - Insuffisance du système de référence et 	<p>Célébration de la journée mondiale de lutte contre les hépatites chaque année (28 juillet);</p>	<ul style="list-style-type: none"> - -Beaucoup de représentations sociales défavorables à la prise en charge médicale des hépatites virales (jaunisse) ; Stigmatisation et discrimination des patients d'hépatites virales 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'offre et de la qualité des services et des soins en matière de lutte contre les hépatites virales; - développement du partenariat public- privé ; - renforcement de l'implication des OBCE et agents de santé communautaires dans la lutte contre les hépatites virales ; - Renforcement des procédures de PEC des hépatites virales ; - Elaboration des guides et directives de PEC des
--	--	--	--	---	--

	maison » ³¹	<p>de contre référence ;</p> <p>Insuffisance de sensibilisation de la population sur les hépatites virales ;</p> <p>Non utilisation des techniques de détection génomique pour le dépistage des donneurs de sang</p>			<p>hépatites virales ;</p> <p>- renforcement des activités de sensibilisation sur les hépatites virales,</p> <p>Plaidoyer pour la vaccination contre l'hépatite B dès la naissance ;</p> <p>Plaidoyer pour dépistage de l'hépatite virale (B et C) chez les femmes enceintes ;</p> <p>Plaidoyer pour l'instauration des techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites chez les donneurs de sang</p>
--	------------------------	--	--	--	---

31

<p><i>Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système national d'informations sanitaires fonctionnel ; - Amélioration de la production de l'information sanitaire (logiciel ENDOS) ; - Existence d'un plan stratégique national de recherche pour la santé ; -Existence de centres de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance du suivi des activités de recherche sur le terrain ; - insuffisance de financement sur la recherche ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un ministère en charge de la recherche ; - Existence de partenaires intervenant dans le domaine de la recherche sur les hépatites virales (ANRS/France recherche nord et sud SIDA-VIH, hépatites) 	<p>Faiblesse de la connexion internet</p> <p>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités en gestion de l'information sanitaire; - Mise en œuvre d'un mécanisme de collecte et de suivi de données relatives à la lutte contre les hépatites ; - Développement de la recherche sur les hépatites ; - Évaluation de l'impact de la vaccination chez les enfants de 2006 à 2016 ;
---	---	---	--	--	---

Annexe 2 : budget du plan stratégique de lutte contre les hépatites virales 2017-2021

N°	Activités	Période d'exécution					Responsable	Coût					Coût total	Sources de financement
		A1	A2	A3	A4	A5		An 1	An 2	An 3	An 4	An 5		
Orientation stratégique n° 1 : développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé								19 211 800	84 970 800	18 461 800	51 118 200	29 882 000	203 644 600	
Objectif 1 : assurer le leadership et la gouvernance dans la lutte contre les hépatites								19 211 800	84 970 800	18 461 800	51 118 200	29 882 000	203 644 600	
Axe stratégique 1.1 : renforcement de la coordination de la lutte contre les hépatites								18 911 800	52 314 400	18 161 800	41 194 200	29 582 000	160 164 200	
Action prioritaire 1.1.1. : renforcer les cadres de concertation et de coordination en matière de lutte contre les hépatites								18 911 800	18 161 800	18 161 800	18 461 800	18 161 800	91 859 000	
1	Faire un plaidoyer pour l'engagement des plus hautes autorités dans la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	MS	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	750 000	
2	Mettre en place un Comité national de pilotage fonctionnel (arrêté MS de mise en place d'un comité)	X					SG	450 000	-	-	-	-	450 000	
3	Organiser deux fois par les rencontres du comité de pilotage	x			x		SG	300 000	-	-	300 000	-	600 000	
4	Mettre en place la coordination du programme national de lutte contre les hépatites	X					MS	PM	-	-	-	-	PM	
5	Commémorer la journée mondiale de lutte contre les hépatites	x	x	x	x	x	DLM	12 891 800	12 891 800	12 891 800	12 891 800	12 891 800	64 459 000	
6	Organiser une fois par an la rencontre des partenaires impliqués dans la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	DGS	5 120 000	5 120 000	5 120 000	5 120 000	5 120 000	25 600 000	

Action prioritaire 1.1.2. améliorer le cadre réglementaire existant								-	-	-	-	-	-	-
7	Assurer l'adoption et l'application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la lutte contre les hépatites virales	X	X	X	X	X	Cabinet MS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Action prioritaire 1.1.3. : élaborer des directives de PEC des hépatites virales								-	34 152 600	-	22 732 400	11 420 200	68 305 200	
8	Organiser un atelier d'élaboration des directives harmonisées de PEC des hépatites virales		X			X	DLM	-	11 420 200	-	-	11 420 200	22 840 400	
9	Organiser deux ateliers de finalisation et de validation des directives de PEC des hépatites virales		X		X		DLM	-	22 732 400	-	22 732 400	-	45 464 800	
10	Diffuser les directives harmonisées de PEC des hépatites virales dans les formations sanitaires	X	X	X	X	X	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
1.2. Mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les hépatites virales								-	-	-	-	-	-	
Action prioritaire 1.2.1 : Développer le partenariat avec les institutions financières, firmes pharmaceutiques, secteur privé ...)								-	-	-	-	-	-	
11	Faire un plaidoyer pour l'engagement des institutions financières dans la lutte contre les hépatites							PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire 1.2.2: Plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire lutte contre la maladie, la subvention des coûts et la promotion de l'assurance maladie universelle								-	-	-	-	-	-	
12	Créer une ligne budgétaire pour la lutte contre les hépatites au MS (adoption d'une loi de finance)						MS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

13	Mettre en place un fonds national de lutte contre les hépatites (arrêté création du fonds national)						MS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
1.3. Renforcement du Suivi et évaluation								300 000	32 656 400	300 000	9 924 000	300 000	43 480 400	
Action prioritaire: 1.3.1 Renforcer les mécanismes de suivi/évaluation dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales								300 000	32 656 400	300 000	9 924 000	300 000	43 480 400	
14	Elaborer chaque année un plan opérationnel de lutte contre les hépatites	X	X	X	X	X	DLM	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	1 500 000	
15	Elaborer et valider un plan de suivi et d'évaluation de lutte contre les hépatites		x				DLM	-	22 732 400	-	-	-	22 732 400	
16	Effectuer deux fois par an le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les hépatites		x			x	DLM	-	9 624 000	-	9 624 000	-	19 248 000	
Orientation stratégique n° 2 : amélioration des prestations de soins								449 216 800	449 216 800	449 216 805	449 216 810	449 216 815	2 246 084 030	
Objectif spécifique 2 : améliorer la PEC en matière de prise en charge des hépatites virales								449 216 800	449 216 800	449 216 805	449 216 810	449 216 815	2 246 084 030	
2.1. Renforcement des capacités des structures en matière de diagnostic et de prise en charge des hépatites								-	-	-	-	-	-	
Action prioritaire: 2.1.1 Mettre en place de structures adéquates de prise en charge des hépatites virales								-	-	-	-	-	-	
17	Créer les structures publiques et privées pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
2.2. Amélioration de la disponibilité des équipements et des produits de santé								-	-	-	-	-	-	
Action prioritaire 2.2.1 Equiper les structures existantes								-	-	-	-	-	-	

18	Équiper les structures publiques et privées pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire: 2.2.2 Rendre disponibles les produits de santé								-	-	-	-	-	-	
19	Acquérir les médicaments, les réactifs pour la prise en charge des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
2.3. Amélioration des compétences des agents impliqués dans la PEC des hépatites virales								389 216 800	389 216 800	389 216 805	389 216 810	389 216 815	1 946 084 030	
Action prioritaire: 2.3.1 Renforcer les compétences des agents de santé								371 626 800	1 858 134 000					
20	Organiser deux ateliers d'élaboration et de finalisation d'un module de formation pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	22 732 400	22 732 400	22 732 400	22 732 400	22 732 400	113 662 000	
21	Organiser un atelier de validation du module de formation pour la PEC des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	11 366 200	11 366 200	11 366 200	11 366 200	11 366 200	56 831 000	
22	Organiser une formation des formateurs pour la PEC des hépatites virales dans toutes les 13 Régions sanitaires (2 par région)	x	x	x	x	x	DLM	10 252 400	10 252 400	10 252 400	10 252 400	10 252 400	51 262 000	
23	Organiser des sessions de formation en cascades pour les équipes cadres des DS sur la PEC des hépatites virales (4 par DS)	x	x	x	x	x	DLM	65 717 400	65 717 400	65 717 400	65 717 400	65 717 400	328 587 000	
24	Organiser des sessions de formation en cascades pour les agents de santé des CSPS sur la PEC des hépatites virales (2 par CSPS)	x	x	x	x	x	DLM	261 558 400	261 558 400	261 558 400	261 558 400	261 558 400	1 307 792 000	

Action prioritaire 2.3.2 : Promouvoir la prise en compte des hépatites dans les curricula de formation de base dans les écoles de santé								-	-	-	-	-	-	
25	Faire un plaidoyer pour la prise en compte des hépatites virales dans les curricula de formation de base	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire 2.3.3.Promouvoir la formation spécialisée du personnel								17 590 000	17 590 000	17 590 005	17 590 010	17 590 015	87 950 030	
26	Former des médecins et infirmiers spécialistes pour la prise en charge des hépatites virales (former 5 de chaque spécialité par an pendant 5 ans)	x	x	x	x	x	DLM	17 590 000	17 590 000	17 590 005	17 590 010	17 590 015	87 950 030	
2.4. Traitement et le suivi corrects des cas								60 000 000	300 000 000					
Action prioritaire 2.4.1 Assurer le traitement médical des cas selon les directives								15 000 000	75 000 000					
27	Assurer la prise en charge médicale des cas dépistés selon les directives de prise en charge des hépatites virales (subvention de : consultation, médicaments et hospitalisation pour au moins 100 malades par an)	x	x	x	x	x	DLM	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000	
Action prioritaire 2.4.2 Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas								45 000 000	225 000 000					
28	Assurer le suivi médical, biologique et psychologique des cas dépistés (subvention du suivi biologique et psychologique pour au moins 100 malades par an)	x	x	x	x	x	DLM	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	225 000 000	

)																
Orientation stratégique n° 4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie									589 990 240	589 990 240	696 149 840	662 830 640	567 149 840	3 106 110 800			
Objectif spécifique 3 : renforcer la prévention et le dépistage des hépatites virales au Burkina Faso d'ici à 2021									589 990 240	589 990 240	696 149 840	662 830 640	567 149 840	3 106 110 800			
3.1. Renforcement de l'IEC/CCC sur les hépatites virales B et C									238 571 720	261 412 120	238 571 720	261 412 120	238 571 720	1 238 539 400			
Action prioritaire 3.1.1 : élaborer un plan de communication sur la lutte contre les hépatites virales									-	22 840 400	-	22 840 400	-	45 680 800			
29	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation d'un plan de communication de lutte contre les hépatites virales		x		x		DLM	-	22 840 400	-	22 840 400	-	45 680 800				
Action prioritaire 3.1.2. Mettre en œuvre les activités de sensibilisation									238 571 720	238 571 720	238 571 720	238 571 720	238 571 720	1 192 858 600			
30	Organiser deux ateliers d'élaboration des documents et directives de PEC des hépatites virales au niveau communautaire	X	X	X	X	X	DGS	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	114 202 000				
31	Former les ASBC pour la sensibilisation des populations sur les hépatites virales (au mois 01 par village)	X	X	X	X	X	DLM	198 996 000	198 996 000	198 996 000	198 996 000	198 996 000	994 980 000				
32	Appuyer la supervision de la mise en œuvre des actions à base communautaire (supervision de 03 personnes au niveau des 13 régions)	X	X	X	X	X	DGS	16 735 320	16 735 320	16 735 320	16 735 320	16 735 320	83 676 600				
3.2. Renforcement de la sécurité transfusionnelle									22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	114 202 000			

Action prioritaire 3.2.1 Plaider pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang								-	-	-	-	-	-	
33	Organiser des plaidoyers pour l'implantation de techniques de détection génomique pour le dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang (sans coût)	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire 3.2.2 Assurer la vaccination des donneurs de sang contre les hépatites virales B et C														
34	Plaider pour la vaccination chez les donneurs de sang dépistés négatifs	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
35	Vacciner les donneurs de sang dépistés négatifs	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire 3.2.3 Mettre en œuvre l'algorithme de dépistage des hépatites virales								22 840 400	114 202 000					
36	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation de l'algorithme de dépistage des hépatites virales B et C chez les donneurs de sang	x	x	x	x	x	DGS	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	114 202 000	
37	Prendre des textes pour la mise en œuvre de l'algorithme de dépistage des hépatites virales dans les centres de transfusion sanguine	x	x	x	x	x	DGS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
3.3. Prévention et lutte contre les infections, notamment la sécurité des injections								20 420 200	102 101 000					

Action prioritaire 3.3.1 : Réviser et diffuser les directives de PI et la sécurité des injections								20 420 200	102 101 000					
38	Organiser un atelier de révision des directives de PI et la sécurité des injections	X	X	X	X	X	DGS	11 420 200	11 420 200	11 420 200	11 420 200	11 420 200	57 101 000	
39	Diffuser les directives révisées de PI et la sécurité des injections	X	X	X	X	X	DGS	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000	
Action prioritaire 3.3.2 : Assurer la prise en charge des agents victimes d'accidents d'exposition au sang														
40	Dépister tous les agents victimes d'accidents d'exposition au sang	X	X	X	X	X	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
41	Prendre en charge les agents victimes d'accidents d'exposition au sang	X	X	X	X	X	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
3.4. Réduction des risques pour les CDI								-	-	-	50 000 000	-	50 000 000	
Action prioritaire 3.4.1 Mettre en place des services spécifiques pour les CDI								-	-	-	50 000 000	-	50 000 000	
42	Créer des services spécifiques pour les CDI			X			MS	-	-	PM	-	-	-	
43	Équiper les services spécifiques pour les CDI				X		MS	-	-	-	50 000 000	-	50 000 000	
3.5. Assainissement, hygiène de l'eau et sécurité alimentaire								285 317 520	1 426 587 600					

Action prioritaire 3.5.1 Promouvoir les activités d'assainissement, d'hygiène de l'eau et de la sécurité alimentaire								285 317 520	1 426 587 600					
44	Réviser et adopter les outils de sensibilisation sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	11 420 200	11 420 200	11 420 200	11 420 200	11 420 200	57 101 000	
45	Former les acteurs à l'utilisation des outils de sensibilisation sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	252 897 320	252 897 320	252 897 320	252 897 320	252 897 320	1 264 486 600	
46	Sensibiliser les populations sur l'hygiène de l'eau et la sécurité alimentaire en matière de prévention des hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	105 000 000	
3.6. Renforcement du dépistage de l'hépatite virale dans la population générale et chez les personnes à risque								-	-	129 000 000	-	-	129 000 000	
Action prioritaire 3.6.1 Mise en place des services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires,								-	-	129 000 000	-	-	129 000 000	
47	Créer des services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires			x			MS	-	-	PM	-	-	PM	
48	Equiper les services/prestations de dépistage précoce dans les structures sanitaires				x		MS	-	-	129 000 000	-	-	129 000 000	
Action prioritaire 3.6.2. Promouvoir le dépistage précoce de l'hépatite virale								-	-	-	-	-	-	
49	Mener des séances de dépistage précoce des hépatites virales dans les services/prestations de dépistage précoce dans	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

	les structures sanitaires																	
3.7. Prévention de la transmission mère-enfant dans le cadre des hépatites virales								22 840 400	-	-	22 840 400	-	45 680 800					
Action prioritaire 3.7.1. Elaborer et mettre en œuvre un algorithme de PTME/VHB/ VHC								22 840 400	-	-	22 840 400	-	45 680 800					
50	Organiser deux ateliers d'élaboration et de validation d'algorithme de PTME/VHB/VHC	x			x		DLM	22 840 400	-	-	22 840 400	-	45 680 800					
Action prioritaire 3.7.2. Plaider pour l'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique								-	-	-	-	-	-					
51	Effectuer des plaidoyers pour l'intégration de l'offre de service de PTME/VIH et VHB/VHC systématique	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM					
3.8. Renforcer l'immunisation contre l'hépatite B à la naissance								-	-	-	-	-	-					
Action prioritaire 3.8.1. Assurer l'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B								-	-	-	-	-	-					
52	Mener des campagnes d'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM					
Action prioritaire 3.8.2 Assurer l'immunisation des groupes spécifiques								-	-	-	-	-	-					
53	Mener des campagnes d'immunisation universelle de la population sur l'hépatite B pour les populations clés (HSH, CDI, PVVIH, prisonniers)	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM					
Action prioritaire 3.8.3. Plaider pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance								-	-	-	-	-	-					

54	Mener des rencontres de plaidoyer pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance		x				x	DLM	-	PM	-	-	PM	PM	
55	Introduire dans la vaccination de routine l'administration du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance	x	x	x	x	x		DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Orientation stratégique n°6 : amélioration de la gestion du système d'information sanitaire									34 290 600	27 960 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	130 772 200	
Objectif spécifiques 4 : Renforcer la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et la recherche sur les hépatites virales									34 290 600	27 960 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	130 772 200	
4.1. Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire									34 290 600	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	125 652 200	
Action prioritaire: 4.1.1 Renforcer la surveillance des tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité									34 290 600	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	125 652 200	
56	Organiser deux ateliers d'élaboration et de finalisation des directives et outils de surveillance des hépatites pour les différents niveaux (30 personnes par atelier à Koudougou)	x	x	x	x	x		DLM	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	22 840 400	114 202 000	
57	Organiser un atelier de validation des directives et outils de surveillance des hépatites pour les différents niveaux	x	x	x	x	x		DLM	11 450 200	-	-	-	-	11 450 200	
Action prioritaire: 4.1.2 Améliorer la gestion des données									-	-	-	-	-	-	
58	Suivre périodiquement les tendances, la prévalence, la morbidité et la létalité liées aux hépatites virales	x	x	x	x	x		DLM (SSE)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

4.2. Renforcement de la recherche sur les hépatites								-	5 120 000	-	-	-	5 120 000	
Action prioritaire: 4.2.1 Promouvoir la recherche dans le domaine des hépatites virales								-	-	-	-	-	-	
59	Assurer le plaidoyer pour le financement des activités de recherche sur les hépatites virales	x	x	x	x	x	MS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
60	Mener des recherches sur les hépatites virales	x	x	x	x	x	DLM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Action prioritaire: 4.2.2 Utiliser les résultats de la recherche pour la prise de décision dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales								-	5 120 000	-	-	-	5 120 000	
61	Organiser une fois par an des journées scientifiques pour le partage des résultats de la recherche sur les hépatites virales		x				DLM	-	5 120 000	-	-	-	5 120 000	
TOTAL								1 092 709 440	1 152 138 240	1 186 668 845	1 186 006 050	1 069 089 055	5 686 611 630	

