

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE
SIDA

DIRECTION DES PROGRAMMES ET PROJETS DE SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET
LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (PNLS/IST)

**STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES
HEPATITES VIRALES**

2018-2022

Septembre 2018

LISTES DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ACHVC	: Anticorps anti-virus de l'hépatite C
AgHBs	: Antigène de surface du virus de l'hépatite B
ALHV	: Association de lutte contre les hépatites virales
ANPH	: Association Nationale des personnes infectées et ou affectées par les hépatites virales
ASC	: Agent de santé communautaire
ASLO	: Associations locales
BCG	: Bacillus Calmette–Guérin
BNDE	: Banque Nationale de Développement Economique
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CDS	: Centre de Santé
CNTS	: Centre Nationale de Transfusion Sanguine
COSA	: Comité de santé
CPN	: Consultation prénatale
CRTS	: Centre Régionale de Transfusion Sanguine
CSCP	: Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix
CSLP	: Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté
DGP	: Direction Générale de la Planification
DGSSLS	: Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
DHIS2	: District Health Information Software 2
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
EDS	: Enquête démographique et de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
FSTE	: Federation for Self-financing Tertiary Education
GASC	: Groupement d'Agent de Santé Communautaire
HSH	: Homosexuels
HV	: Hépatite Virale
HVB	: Virus de l'Hépatite B
HVC	: Virus de l'Hépatite C
ISF	: Indice synthétique de fécondité
ISTEEBU	: Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi
JICA	: L'agence japonaise de coopération internationale
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MSM	: Homosexuels
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
ODD	: Objectifs de développement durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OSC	: Organisation de la Société Civile
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PEC	: Prise en charge
PF	: Planning Familial
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles

PNLS/IST	: Programme National de Lutte contre le Sida et Infections Sexuellement Transmissibles
PNUAD	: Plan cadre des nations unis pour l'aide au développement
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel de Sexe
PTFs	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTNB	: Radio-Télévision Nationale du Burundi
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Secrétariat Permanent
UNDAF	: The United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	: United Nations Population Fund
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

L'hépatite virale est une menace pour la santé publique qui a longtemps été sous-estimée. Cette maladie infectieuse est la septième cause de mortalité dans le monde et elle a devancé le VIH. Chaque année, 1,4 million de personnes meurent d'une hépatite virale et des maladies qui en découlent, telles que la cirrhose ou le cancer du foie.

Selon le Rapport Mondial sur l'hépatite 2017, la prévalence du virus de l'hépatite B (VHB) est de 3,5% dans le monde, ce qui fait 257 millions de cas et de 6,1% en Afrique soit 60 millions de cas. Avec les efforts de la vaccination, la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 4,7% en 2000 à 1,3% en 2017.

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C (VHC), l'incidence est de 23,7 pour 100000 habitants dans le monde, soit 1,75 millions et 31 pour 100000 en Afrique, soit 309000 cas. La prévalence est de 1% dans le monde, soit 71 millions, et 1% en Afrique, soit 11 millions des cas.

Au Burundi, la situation épidémiologique des hépatites virales est de mieux en mieux connue. Selon le rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi de Janvier 2018, la prévalence du VHB varie de 5 à 10% et celle du VHC est proche des 10% et augmente avec l'âge. Quant aux données recueillies lors de l'analyse de la situation des hépatites au Burundi en 2017 et dont le rapport est publié en janvier 2018, elles montrent qu'au niveau des centres de transfusion, les prévalences des VHB et VHC sont relativement élevées : entre 1,7% et 3,4% pour l'Ag HBs et entre 1,9% à 5,7% pour les Ac VHC. Cette prévalence est double dans les services de soins.

L'objectif de la stratégie mondiale, à savoir éliminer l'hépatite virale d'ici 2030, ne peut être atteint que si l'on donne une plus grande priorité à la lutte contre ce fléau. Le Burundi a adhéré à cet objectif et a décidé d'agir sans délai.

Ainsi donc, cette stratégie première en ce genre, tenant compte des aspects de la prévention, du dépistage, de la prise en charge et du suivi des malades s'avère être la pierre angulaire de l'édifice.

Ainsi, le Gouvernement du Burundi en collaboration avec ses partenaires potentiels s'engage à mettre en œuvre la présente stratégie qui se veut être un cadre de l'ensemble des interventions multisectorielles pour réduire la prévalence des hépatites virales au Burundi. Nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce document.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
Dr Thaddée NDIKUMANA**



TABLE DES MATIERES

LISTES DES ABREVIATIONS ET SIGLES	i
PREFACE	Error! Bookmark not defined.
TABLE DES MATIERES.....	iv
O.INTRODUCTION	1
A.BREVE PRESENTATION DU BURUNDI	2
1. Organisation administrative et politique	2
2. Démographie et Population	2
3. Situation socio-économique.....	2
4. Le système sanitaire du Burundi et l'état de santé de la population	3
4.1. Le système de santé.....	3
4.2. Situation épidémiologique.....	4
4.3. Financement du secteur de la santé	5
4.4. Coopération multilatérale et bilatérale.....	6
I.CONTEXTE DES VIRUS DES HEPATITES B ET C.....	6
I.1.Définition et évolution naturelle des infections par les VHB et VHC	6
I.1.1 Infection par le VHB.....	6
I.1.2.hépatite C	7
I.2.Épidémiologie des hépatites virales B et C	8
I.2.1. Au niveau mondial	8
I.2.2.En Afrique.....	9
I.2.3.Au Burundi.....	9
I.3.Populations clés et autres groupes vulnérables face aux hépatites	10
II. ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
II.1. La Prévalence des Hépatites virales B et C	11
II.2. Le dépistage des hépatites virales : structures de dépistage	11
II.3. La Couverture vaccinale	12
II.4. La réduction des risques.....	12
II.5. Couverture en traitement HBV/ Mise en route du traitement HCV.....	13
II.6. Efficacité du traitement : suppression virale de l'HVB et guérison pour HVC	13
II.7. Incidence cumulée chez les moins de 5 ans (HVB) et incidence de l'infection (HVC) ...	13
II.8. Mortalité imputable à la cirrhose et au carcinome du foie.....	13
III. ANALYSE DE LA REPONSE	14
III.1. Le dépistage	14
III.2. La prévention.....	14
III.3.Le traitement.....	16
IV.VISION.....	17
V.BUT.....	17
VI.1.Objectif général	17
VI. 2. Objectifs spécifiques	17
VII. ORIENTATION STRATEGIQUES	18
VII.1.orientation stratégique 1: Des actions à fort impact dispensés dans la logique d'équité	18
VII.1.1.Prévention primaire : prévenir la transmission des VHB et VHC.....	18
VII.1.2.Prevention secondaire.....	20
VII.1.3.Prévention tertiaire	21

VII.2. Orientation stratégique 2 : Des données disponibles pour cibler l'action	22
VIII.3. ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : DES INNOVATIONS POUR ACCELERER LES PROGRES	23
VIII.4. ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : DES SOLUTIONS FINANCIERES VIABLES.....	23
IX. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN	24
IX.1 Mécanismes de suivi et d'évaluation du plan.....	24
IX.1.1 Développement d'un plan d'action annuel	24
IX.1.2 Développement d'un plan de suivi-évaluation.....	24
IX.2. Indicateurs des hépatites virales	25
IX.3. Évaluation de la stratégie nationale.....	25
X. MOBILISATION DES RESSOURCES ET PARTENARIATS	26
XI. CONCLUSION	26
.ANNEXE.....	28
ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE ET COSTING.....	28
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES.....	39
ANNEXE 3 : INTERACTIONS ENTRE LES PARTIES PRENANTES	39
ANNEXE 4 : LISTE DES MEMBRES AYANT ELABORE LE PSLHV 2018-2022.....	40
ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	41
 Tableau I : Situations actuelles et indicateurs au Burundi.....	 5

Figure 1 : Global annual mortality from hepatitis, HIV, tuberculosis and malaria, 2000 –2015: unlike HIV, tuberculosis and malaria, the trend in mortality from viral hepatitis is increasing.. 8

O.INTRODUCTION

Les hépatites virales constituent un des problèmes importants de santé publique dans le monde. Toutes les hépatites dans leur forme aiguë peuvent entraîner le décès. Mais la mortalité la plus forte est liée aux formes d'évolution chronique entraînant le développement des cirrhoses et des cancers.

Ces complications entraînent le décès prématuré de 15 à 25 % des malades, faisant des hépatites la septième cause de mortalité dans le monde (résolution WHA67.6 de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et certainement la première cause de décès dans de nombreux pays subsahariens. Plus de 80 % des cas des cancers primitifs du foie « CPF » dans le monde sont causés par une infection virale : le virus de l'hépatite B (VHB) dans les deux tiers des cas, et le virus de l'hépatite C (VHC) dans le tiers restant.¹

La prévalence du VHB est la plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie de l'Est, où entre 5 et 10 % de la population adulte est atteinte d'hépatite B chronique. La transmission mère-enfant du VHB est un mode de transmission fréquent dans les milieux de forte prévalence. On trouve également des niveaux élevés d'infection chronique en Amérique latine dans la région de l'Amazonie, et dans le sud de l'Europe centrale et orientale. Au Moyen-Orient et sur le sous-continent indien, on estime que 2 à 5 % de la population souffre d'hépatite chronique. La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace contre l'hépatite B.²

Le VHC est présent partout dans le monde. Les régions les plus touchées sont le centre et l'est de l'Asie, et le nord et l'ouest de l'Afrique, où la plupart des infections sont causées par des injections ou d'autres actes médicaux effectués dans de mauvaises conditions sanitaires. Les épidémies d'hépatite C liées à la consommation de drogues injectables touchent toutes les régions, et l'on estime à 67% la proportion de consommateurs de drogues injectables qui sont infectés par le VHC³.

Pour être complètes, les stratégies de prévention des VHB et VHC doivent également englober la sécurité des produits sanguins, la sécurité des pratiques d'injection, les services de réduction des effets nocifs pour les personnes qui s'injectent des drogues, et la promotion de pratiques sexuelles sans risque.

Il est possible d'améliorer et d'étendre la riposte en investissant dans cinq domaines d'intervention fondamentaux retenus dans le Cadre d'Action de prévention, soins et traitement dans la Région Africaine:

- Vaccination de routine ;

¹*Médecine et Santé Tropicales 2015 ; 25 : 141-144 Situation de la lutte contre les hépatites virales B et C en Afrique*

²*La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région Méditerranée orientale : appel à l'action*

³*Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*

- Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B ;
- Sécurité des injections, des produits sanguins et des interventions chirurgicales ;
- Réduction des effets nocifs pour les personnes qui s'injectent des drogues ;
- Dépistage et Traitement.

A. BREVE PRESENTATION DU BURUNDI

Avec une superficie de 27 834 km² dont 25 134 km² de terre et 2 700 km² de lac, le Burundi est situé dans la région des Grands Lacs Africains. Il est entouré au nord par le Rwanda, au sud et à l'est par la Tanzanie et à l'ouest par la République Démocratique du Congo. Il possède un climat tropical tempéré par l'altitude avec des hauts plateaux et des plaines au nord à l'ouest et à l'est.

1. Organisation administrative et politique

Sur le plan administratif, le Burundi est organisé en 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire représenté par 18 provinces et le niveau périphérique par 119 communes.

2. Démographie et Population

La population du Burundi a été estimée en 2016 à 10.114.505⁴ habitants avec 49,2% d'hommes et 50,8% de femmes et un taux d'accroissement annuel de 2.4%. La densité globale de la population par rapport à la superficie des terres émergées est de 310 habitants/km² et fait du Burundi un des pays les plus densément peuplés d'Afrique. La population du Burundi est très jeune avec 65% de la population ayant moins de 25 ans et 51,5% moins de 18 ans. Le taux de fécondité est l'un des plus élevés au monde avec 6,4 enfants par femme.

3. Situation socio-économique

Le classement mondial, selon l'indice de développement humain classe le Burundi à la 187^{ème} position sur 191 pays en 2015⁵. Le Burundi a une économie rurale essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage avec des moyens de production peu modernisés. L'agriculture est la base de l'économie du pays (45.8% du PIB et 90% du chômage), l'industrie comptant pour 17,1% et les services formant le solde de 37,1% en 2016⁶. 67% des burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le PIB/habitant est estimé à 343 USD⁷.

⁴ Estimations Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, ISTEERU (<http://www.isteeru.bi/index.php/economie-en-bref>)

⁵ <https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

⁶ FMI - World Economic Outlook Database - Dernières données disponibles.

⁷ FMI - World Economic Outlook Database - Dernières données disponibles.

En d'autres termes, près de deux burundais sur trois ne parviennent pas à satisfaire quotidiennement leurs besoins de base (alimentaire et non-alimentaire)⁸.

4. Le système sanitaire du Burundi et l'état de santé de la population

4.1. Le système de santé

Le système de santé est articulé autour de trois niveaux : niveau central, niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central ou niveau stratégique est composé du Cabinet du Ministre et l'ensemble des directions centrales y compris les programmes, les instituts et les structures de soins et de diagnostics de référence nationale.

Le niveau central a la mission de définir et de conduire la politique de santé, de mener le suivi et l'évaluation, et de piloter la recherche, la formation et la régulation. Il coordonne les appuis des partenaires techniques et financiers.

Le niveau intermédiaire est un niveau d'appui technique. Il est essentiellement composé de dix-huit directions provinciales de santé et de lutte contre le sida. Il joue le rôle d'appui aux districts sanitaires. Il veille à la mise en œuvre des décisions du niveau central et assure la supervision de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par les districts sanitaires. Il joue également le rôle de conseiller technique en santé à l'administration provinciale. Chaque province est subdivisée en districts sanitaires.

Le niveau périphérique : Le district sanitaire est le premier niveau de la pyramide sanitaire. Il est composé des centres de santé, des hôpitaux de district et de la participation communautaire. Chaque district est composé d'un hôpital de district pour la première référence et 10 à 15 centres de santé, il dessert une population d'environ 150.000 habitants. Il comprend également les centres et les acteurs communautaires de la société civile qui peuvent être mobilisés dans la prévention et la promotion de la santé.

Le Niveau communautaire est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (COSA), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires, les collectifs de groupements, etc.

Les acteurs communautaires sont coordonnés par un technicien de promotion de la santé basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits entre les animateurs et le centre de santé.

Le secteur privé: sans but lucratif (agrée, confessionnel) est constitué essentiellement de centres de santé sans but lucratif qui compte 153 CDS représentant 16.6% de l'ensemble des centres de santé du secteur. Les 15 hôpitaux qui sont sous ce statut représentent 14.47%. Ces structures sont habituellement gérées par les confessions religieuses et/ou les associations et participent activement dans l'amélioration de la santé de la population. Ces structures collaborent activement avec le MSPLS et suivent les directives de ce dernier.

⁸Rapport d'évaluation du plan e-TME 2012-2016

Le secteur privé lucratif (non confessionnel) médico-pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé. Selon l'annuaire statistique du Burundi de 2016, le secteur privé représente 479 CDS soit 45.3% et 46 hôpitaux soit 51.1% des structures hospitalières. Le secteur privé à but lucratif ne collabore pas avec le MSPLS malgré la participation dans le système de soins du Burundi. Il n'y a pas de convention directe avec le système de santé formel mais il y a un accord d'accord délivré par le MSPLS. Un effort devra être déployé pour que cette collaboration soit effective et que ce secteur soit intégré dans le système de soins.

4.2. Situation épidémiologique

L'espérance de vie à la naissance au Burundi est estimée à 49 ans dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes⁹. Le taux brut de mortalité est estimé à 16,5 pour 1000 avec un ratio de mortalité maternelle de 500 pour 100 000 naissances vivantes¹⁰, le taux de mortalité infantile de 47 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 78 pour 1000 naissances vivantes¹¹.

Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi. Il est responsable de 48% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans et de plus de 50% des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé. Les infections respiratoires aiguës sont la 2^{ème} cause de morbidité et de mortalité des enfants¹².

Selon les résultats de l'EDS 2016, le taux d'utilisation des services de consultations prénatales (CPN) est de 99% (au moins une visite). La comparaison des résultats avec ceux de l'EDSB-II, 2010, montre que la proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé a augmenté (60 % contre 84%) et que les accouchements à la maison sont devenus moins fréquents (36 % contre 12 %). Les 85 % des naissances ont été assistées par du personnel qualifié.

Les 8% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà eu une naissance vivante ou sont enceintes d'un premier enfant. En 2012, l'UNFPA et le Ministère de l'éducation ont enregistré entre 2009 et 2012 un effectif de 4760 cas de grossesses en milieu scolaire soit une augmentation annuelle de 50%.

Le tableau1 montre la situation de certains indicateurs.

⁹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

¹⁰ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

¹¹ Résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-201

¹² Politique Nationale de la santé du Burundi 2016-2025

Tableau I : Situations actuelles et indicateurs au Burundi

Indicateur	Situation actuelle	Source
Espérance de vie à la naissance	49 ans	RGPH 2008.
Taux de couverture sanitaire	92%	Revue du PNDS 2014
Taux d'utilisation des services curatifs	22%	Enquête PMS 2012
Taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés)	72 %	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Taux de couverture vaccinale BCG (12-23 mois)	98%	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Taux de couverture contraceptive	30%	Enquête PMS 2012
Taux de couverture en accouchements assistés (naissances assistées par un prestataire de santé)	85 %	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Taux de malnutrition globale	56%	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	66%	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	99,00%	Résultats préliminaires EDSB-III 2016-2017
Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,4	RGPH 2008
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	7,5 %	OMS

4.3. Financement du secteur de la santé¹³

Les fonds de l'origine étrangère constituent la source de financement la plus importante du secteur de la santé.

L'importance des revenus nationaux ainsi que des paiements directs des ménages a diminué entre 2012 et 2013.

Les dépenses des assurances privées et mutuelles de la santé; prise en charge par les employeurs du secteur privé, dépenses en santé des associations et ONG locales et autres recettes nationales et d'étranger représentent 2 %.

Il n'y a pas de régime complet de couverture maladie universelle au Burundi. Cependant, les femmes enceintes, et celles qui accouchent, et les enfants de moins de 5ans bénéficient de soins gratuits. Aussi la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la prise en charge de la tuberculose et du paludisme dans sa forme simple sont subventionnées pour le patient. Depuis 1980 l'assurance maladies des fonctionnaires fournit une couverture sanitaire aux fonctionnaires, au personnel des forces de défense nationale, à la police nationale, aux étudiants de l'université du Burundi, au personnel d'autres institutions parapubliques et aux retraites de la fonction publique. Le régime couvre en plus des cotisant, le conjoint et ses enfants de moins de 18 ans (voire jusqu'à 23 ans s'ils font des études).

Quant à la mutualisation des risques liés aux dépenses en santé, le budget de l'état alloué à la CAM, les dépenses liés aux indicateurs de la gratuité dans le cadre du FBP, les dépenses des assurances privées et mutuelles communautaires ainsi que les dépenses de la MFP constituent en total seulement 11,16% de DCS.

¹³ *Compte de santé 2012-2013*

Les autres régimes du gouvernement, tel que les dépenses à travers le budget de l'état (à part des dépenses FBP/ gratuité) et les fonds d'origine étrangère distribuées par administration publique²⁴ s'élevaient à 50% de DCS en 2013. Les dépenses gérées directement par les ONG et ISBLSM ainsi que les agences de développement (cela inclut les bailleurs bilatéraux et multilatéraux) constituaient 20% du total des dépenses courantes. La contribution des régimes de financement des entreprises (bons de commande, structures des soins dans les entreprises, remboursement des dépenses en santé) sont négligeable à 0,39% de DCS. Il est à noter que le taux de mutualisation des risques à travers les prépaiements reste faible, à 5.2 % des DCS (assurances privés, assurances communautaires, la MFP et la CAM).

4.4. Coopération multilatérale et bilatérale¹⁴

Le Burundi reçoit un appui technique et financier à travers des mécanismes de coopération et l'instance de coordination nationale. Des organismes de coopération bilatérale et multilatérale participent à différents niveaux au renforcement du système de santé.

I.CONTEXTE DES VIRUS DES HEPATITES B ET C

I.1.Définition et évolution naturelle des infections par les VHB et VHC

I.1.1 Infection par le VHB¹⁵

L'hépatite virale B est une infection causée par le VHB. Elle peut être à l'origine de maladie aiguë ou chronique. Le virus se transmet par contact avec le sang ou d'autres fluides corporels provenant d'une personne infectée. On estime que 257 millions de personnes vivent avec une infection par le VHB (définie comme la positivité pour l'antigène de surface de l'hépatite B « AgHBs »). En 2015, 887 000 personnes sont décédées des suites d'une infection par l'hépatite B notamment de cirrhose ou cancer du foie. L'hépatite virale B est un risque professionnel important pour le personnel de santé. Il est possible de prévenir l'hépatite virale B avec le vaccin sûr et efficace déjà disponible sur le marché.

On distingue deux phases de la maladie:

► **L'hépatite aiguë** pour une infection évoluant depuis moins de 6 mois. Elle survient six à douze semaines après la contamination. Elle passe souvent inaperçue mais des signes peuvent apparaître une fois sur dix.

L'hépatite aiguë peut se compliquer d'une hépatite **fulminante** qui survient 1 fois sur 1 000 (1 fois sur 100 chez l'adulte). Il s'agit de la destruction massive du foie, qui n'assure plus ses fonctions multiples.

¹⁴ Evaluation mission d'impact en Cancérologie

¹⁵ Aide –mémoire NO 204, Juillet 2017, Hépatite B

Cela peut conduire à des troubles de la conscience, puis au coma. L'évolution, en l'absence d'une transplantation hépatique, est mortelle dans 90 % des cas en quelques jours, voire en quelques heures. En cas de guérison, elle se fait sans séquelles.

► L'hépatite **chronique, lorsque l'infection évolue depuis plus de six mois**. Cela signifie qu'après la phase de contamination et d'infection aiguë, l'organisme n'a pas réussi à éliminer le virus. Le passage à la phase chronique survient pour moins de 10 % des personnes ayant été contaminées par le VHB.

L'infection chronique par le VHB peut être plus ou moins active, allant du simple portage inactif de l'AgHBs (le virus est dans le foie mais n'entraîne pas de lésions) à une hépatite chronique active (réaction inflammatoire au niveau du foie) responsable de fibrose (formation de cicatrices), pouvant conduire à une cirrhose.

La gravité de l'hépatite chronique n'est pas immédiate. Elle dépend de plusieurs facteurs (stade d'évolution de la maladie au moment de sa découverte, importance de la réplication virale, réaction immunitaire de l'organisme vis-à-vis de ce virus, la co-infection avec le VIH etc.)

I.1.2.hépatiteC¹⁶

L'hépatite C est une maladie du foie causée par un virus. Le virus de l'hépatite C peut entraîner à la fois une infection hépatique aiguë et chronique, dont la gravité est variable, pouvant aller d'une forme bénigne qui dure quelques semaines à une maladie grave qui s'installe à vie. Le virus de l'hépatite C est transmis par le sang et les modes d'infection les plus fréquents résultent de l'exposition à de petites quantités de sang, se produisant lors de la consommation de drogues injectables, des injections à risque, de soins à risque et de la transfusion de sang ou de produits dérivés pour lesquels il n'y a pas eu de dépistage.

A l'échelle mondiale, environ 71 millions d'individus sont porteurs chroniques de l'hépatite C. Pour un nombre important des personnes atteintes par la forme chronique de la maladie, l'infection évolue vers la cirrhose ou le cancer du foie. Environ 399 000 personnes meurent chaque année de l'hépatite C, la plupart du temps par cirrhose ou carcinome hépatocellulaire. Les médicaments antiviraux permettent de guérir plus de 95% des personnes infectées par le virus de l'hépatite C, réduisant ainsi le risque de décès par cancer hépatique ou par cirrhose, mais l'accès au diagnostic et au traitement est insuffisant. Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C mais la recherche dans ce domaine se poursuit.

Le virus de l'hépatite C (VHC) est responsable à la fois de l'infection aiguë et de l'infection chronique. La forme aiguë de la maladie est généralement asymptomatique, et n'est que très rarement associée à une maladie engageant le pronostic vital. Environ 15 à 45% des personnes infectées se débarrassent spontanément du virus dans les 6 mois qui suivent l'infection sans aucun traitement.

Pour les autres, soit 60% à 80% des personnes infectées, l'infection évoluera vers la forme chronique de la maladie. Parmi celles-ci, le risque de cirrhose du foie est de 15 à 30% sur une durée de 20 ans.

¹⁶Aide –mémoire N0 164 octobre 2017, Hépatite C

I.2.Épidémiologie des hépatites virales B et C

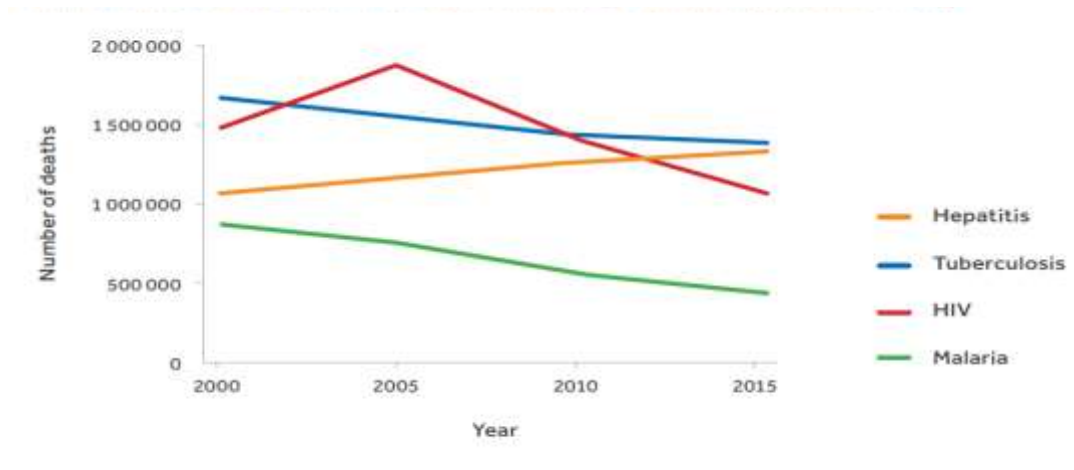
I.2.1. Au niveau mondial¹⁷

Les hépatites virales les plus en cause sont celles qui évoluent vers la chronicité entraînant cirrhoses et cancers. Il s'agit principalement des hépatites virales B et C.

Ces dernières décennies, quatre maladies endémiques viennent en tête des causes de décès dans le monde par maladies infectieuses. Ce sont, avec les chiffres correspondants de mortalité annuelle mondiale rapportés par l'OMS en 2015 et selon le rapport mondial sur les hépatites publié en fin 2017.

Entre 2000 et 2015, grâce à la mobilisation des Etats et de la Communauté Internationale, on observe dans le monde une inflexion des courbes de mortalité de l'Infection à VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, alors que celle des hépatites virales suit une évolution linéaire ascendante qui la place aujourd'hui au-dessus de celles des autres.

Figure 1 :Global annual mortality from hepatitis, HIV, tuberculosis and malaria, 2000 – 2015¹⁸: unlike HIV, tuberculosis and malaria, the trend in mortality from viral hepatitis is increasing



Ces endémies virales sont devenues un enjeu majeur pour la santé publique, d'autant plus que les hépatites B et C sont la première cause de cancer de foie dans le monde.

Des millions de personnes vivent avec une hépatite virale et autant sont exposées au risque. La plupart de celles contaminées depuis longtemps par le VHB ou le VHC ignorent leur infection chronique. Elles sont néanmoins exposées à un risque élevé de développer une maladie chronique grave du foie et peuvent transmettre sans le savoir l'infection à autrui.

¹⁷Rapport mondial sur l'hépatite 2017

¹⁸WHO global health estimates (Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.)

L'hépatite virale représente une lourde charge pour les systèmes de santé en raison des coûts du traitement de l'insuffisance hépatique et des maladies chroniques du foie. Dans de nombreux pays, elle est aussi la principale cause des greffes du foie. Au stade terminal, ces traitements reviennent chers, le coût atteignant facilement des centaines de milliers de dollars par personne. L'hépatite virale chronique entraîne aussi une perte de productivité.

Certains groupes sont plus exposés que d'autres au risque de contracter une hépatite virale. On observe plus souvent les nouveaux cas d'hépatite B ou C chez les receveurs d'organes, de sang et de tissus, chez les personnes travaillant ou recevant des soins dans les services de santé et dans les groupes vulnérables.

I.2.2.En Afrique¹⁹

Selon le Rapport Mondial 2017, la prévalence des hépatites virales B est de 3,5% dans le monde, soit 257 millions des cas et 6,1% en Afrique, soit 60 millions des cas. Avec les efforts de la vaccination, la prévalence auprès des enfants de moins de 5 ans a baissé de 4,7% en 2000 à 1,3% en 2017. En ce qui concerne les hépatites virales C, l'incidence est de 23,7 pour 100000 habitants dans le monde, soit 1,75 millions et 31 pour 100000 en Afrique, soit 309000 cas. La prévalence est de 1% dans le monde, soit 71 millions, et 1% en Afrique, ce qui fait 11 millions des cas.

L'infection aiguë peut guérir ou devenir chronique. Les formes chroniques peuvent évoluer insidieusement pendant des années (plus de vingt ans) et se compliquer de cirrhose et de cancer primitif du foie (CPF), premier cancer de l'homme sur le continent africain. Ces complications entraînent le décès prématuré 15 à 25 % des malades, faisant des hépatites la septième cause de mortalité dans le monde (résolution WHA67.6 de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et certainement la première cause de décès dans de nombreux pays subsahariens. Plus de 80 % des cas de CPF dans le monde sont causés par une infection virale : le virus B (VHB) dans les deux tiers des cas, et le virus C (VHC) dans le tiers restant.

I.2.3.Au Burundi²⁰

Au Burundi, la situation épidémiologique des hépatites est peu connue. Quelques études parcellaires faites au cours des 2 dernières décennies montreraient que la prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celle de l'hépatite C plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge. Ce qui montre que les hépatites virales posent un problème de santé publique.

Les données bibliographiques montrent un taux de portage de l'Ag HbS est de 4,6% dans la population générale²¹, une prévalence des Ac anti VHC dans la population générale qui est de 8.2% et qui augmente de façon importante avec l'âge²².

¹⁹*La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région Méditerranée orientale : appel à l'action*

²⁰*Rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi, Janvier 2018*

Quant aux données recueillies lors de l'analyse de la situation des hépatites au Burundi en 2017 et dont le rapport est publié en janvier 2018, elles montrent qu'au niveau des centres de transfusion, les prévalences des hépatites B et C sont relativement élevées : entre 1,7% et 3,4% pour l'Ag HBs et entre 1,9% à 5,7% pour les Ac anti VHC. Cette prévalence est double dans les services de soins.

I.3. Populations clés et autres groupes vulnérables face aux hépatites

Bien que des études spécifiques n'aient pas encore été conduites dans notre pays pour certains groupes des populations, il est connu que certains sont plus exposés que les autres sur base données d'ailleurs et des risques de contamination.

C'est le cas des PVVIH chez qui, la réplication virale est accélérée. Sur le plan mondial, 7,4% (2,7 million) des PVVIH sont en même temps infectées par le VHB et 6,2% (2,3 millions) par le VHC.

Il y a ensuite les populations clés, en particulier les UDI chez qui, le risque de transmission est accru par l'utilisation des seringues et aiguilles non stériles.

Selon le Rapport Mondial sur l'hépatite 2017, il y avait 84% des UDI parmi les patients coinfectés VIH-VHC, 7% parmi ceux coinfectés VIH-VHB. Il y avait en outre 6,4% des MSM parmi les patients coinfectés VIH-VHC et 6,2% parmi ceux coinfectés VIH-VHB.

En considérant juste les hépatites virales, l'usage des drogues injectables serait à l'origine de 1% de nouvelles infections à HVB et de 23% de celles à HVC.

Il faut noter que l'usage des drogues est aussi l'un des facteurs qui explique des prévalences élevées des hépatites parmi les prisonniers et les migrants.

La poly-transfusion est aussi un facteur de risque majeur. En effet, il y a eu 34% des dons de sang non testés dans le monde selon le rapport 2017.

Le personnel soignant est un groupe exposé aux hépatites suite à la manipulation régulière du sang des malades. Dans ce groupe, une attention particulière devra être accordée à ceux qui travaillent dans les services d'urgence avec manipulation du sang. Il s'agit notamment des chirurgiens, anesthésistes, techniciens de laboratoire et accoucheuses.

²¹ *Prévalence du virus de l'hépatite C au Burundi : enquête nationale.* R. Ntagirabiri · E. Baransaka · A. Ndayiragije · T. Niyongabo. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2014) 8:25-28

²² *Prévalence du virus de l'hépatite B au Burundi sur la base d'une enquête Nationale.* R. Ntagirabiri · T. Niyongabo · A. Ndayiragije · E. Baransaka . *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2013) 7:199-203

II. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1. La Prévalence des Hépatites virales B et C ²³

Les données de prévalence de l'Ag HBs recueillies au niveau des structures enquêtées montrent un taux global de 3,4% avec une très grande variabilité en fonction des structures allant de 0% à 25,3%.

Les données de prévalence des Ac anti VHC recueillies au niveau des structures enquêtées montrent un taux global de 3,9% avec ici également une très grande variabilité en fonction des structures allant de 0% à 19,4%.

Les taux semblent plus faibles au niveau du CNTS, de 1,75% pour l'Ag HbS et 1,9% pour le VHC. La prévalence peut sembler relativement faible mais lorsqu'on considère que les donneurs de sang sont supposés être à moindre risque pour ces infections, il peut être considéré comme élevé. Au niveau des 4 CRTS enquêtés, le taux de portage de l'Ag HBs est compris entre 1,9% et 3,4% ; celui des Ac anti VHC est compris entre 2,6% et 5,7%.

La prévalence dans les laboratoires des hôpitaux de Bujumbura est beaucoup plus élevée. Elle est comprise entre 3,9% et 7,2% pour l'Ag HBs. Elle est comprise entre 3,8% et 6,7% pour les Ac anti VHC. La coïnfection VHB et VIH est comprise entre 3% et 5% et celle VHC et VIH entre 1,3 et 1,4%.

Les données recueillies dans un laboratoire (préciser le rapport) de ville donnent des prévalences respectivement de 5,3% pour l'Ag HBs et 3,8% pour les Ac anti VHC. Dans un autre centre d'hépatogastroentérologie, les taux sont beaucoup plus élevés, 25,3% pour l'Ag HBs et 19,4% pour les Ac anti VHC.

Les données de prévalence fournies dans les laboratoires de 7 hôpitaux de l'intérieur du pays montrent des résultats comparables mais avec des fourchettes beaucoup plus larges. La prévalence est comprise entre 5,4% et 10% pour l'Ag HBs Elle est comprise entre 5,4% et 16% pour les Ac anti VHC. Dans un hôpital où le taux de coïnfections est rapporté, elle est pour la coïnfection VHB et VIH de 4,1% et de 1,6% pour la coïnfection VHC et VIH.

Enfin, les données dans un centre de prise en charge VIH donne des prévalences de coïnfection avec le VHB de 3,6% et de 7% pour le VHC.

Néanmoins, la prévalence des formes chroniques du VHB et VHC n'est pas disponible car il y a ni outils diagnostics simples et facilement utilisables ni aucune enquête faite.

II.2. Le dépistage des hépatites virales : structures de dépistage

Le dépistage se fait par tests rapides pour l'AgHBs et la sérologie du VHC dans toutes les laboratoires des hôpitaux du Burundi ; Toutefois, la non disponibilité de la chaîne Elisa et appareil PCR, les fréquentes ruptures des réactifs tels que pour l'Ag HBs, l'insuffisance du personnel, le manque d'algorithme et manque de contrôle de qualité constituent des défis à relever.

²³Rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi, Janvier 2018 Rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi, Janvier 2018

II.3. La Couverture vaccinale

Le vaccin contre l'hépatite virale a été intégré dans le calendrier de routine du PEV depuis 2006. Le vaccin utilisé est le pentavalent contenant le vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale B et le virus de l'haemophilus influenzae b. La 1^{ère} dose de pentavalent est donnée à la 6^{ème} semaine de vie, la 2^{ème} dose à 10 semaines et la 3^{ème} dose à 14 semaines. Le taux de couverture vaccinale chez les enfants pour le pentavalent1 est de 103.1%, de 102.1% pour le 2 et de 100% pour le 3.

Il n'y a pas de directives ou politiques nationales de vaccination à la naissance des enfants nés des mères AgHBs+. Toutefois pour les affiliés de la mutuelle de la fonction publique, les enfants nés des mères AgHBs+ et des couples sérodiscordants sont pris en charge à hauteur de 80%.

II.4. La réduction des risques

✚ **Par la vaccination** : Chez les patients coinfectés VIH/VHB, dans les nouvelles recommandations d'utilisation des ARV pour la prévention et traitement du VIH au Burundi de 2016, la 1^{ère} dose de vaccin contre le VHB chez le nouveau-né à la naissance a été intégrée comme une des politiques à mettre en place pour réduire le risque de transmission du VHB. Par contre, il n'y a pas de directives nationales de vaccination à la naissance des enfants nés de mères mono infectées VHB, Ag HbS+, aucune politique vaccinale n'est proposée et aucune prise en charge en cas d'exposition au sang pour le personnel de soins, mais aussi pour les victimes des violences basées sur le genre.

✚ **Par la distribution des seringues** : Quant à la Réduction des risques en lien avec les seringues distribuées, aucune donnée n'est disponible dans notre pays.

✚ **Par la sécurité des injections** : Des efforts appréciables sont relativement faits dans ce domaine de déchets piquants. En effet, suite à la formation des prestataires de soins et des travailleurs sur la GDBM, dans les structures sanitaires visitées, les déchets piquants sont placés dans 90,7% des cas dans des boîtes de sécurité.

✚ Toutefois, une infime quantité des seringues munies d'aiguilles et des aiguilles usagées sont retrouvées dans des poubelles, sur des paillasse, sur le sol dans les salles de soins et dans la cour. Le recapuchonnage manuel des aiguilles est une pratique couramment observée dans les formations sanitaires¹⁴.

Dans 68,9% des formations sanitaires visitées, le personnel de santé, particulièrement celui travaillant dans les services de laboratoire, a souvent effectué ce geste. Cette pratique occasionne souvent des blessures accidentelles du personnel de santé. Dans les formations sanitaires seulement 3,63% du personnel de santé interrogé, y compris ceux couramment reconnus sous l'appellation de « travailleurs » ont reconnu avoir été victimes et/ou signalé que leurs collègues ont été aussi victimes de blessures accidentelles. Les blessures accidentelles avec du matériel souillé de sang peuvent être responsables de la transmission de maladies infectieuses chez le personnel soignant, notamment le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC).

II.5. Couverture en traitement HBV/Mise en route du traitement HCV

Concernant le traitement anti VHB, les patients co-infectés VHB/VIH sont automatiquement traités pour les 2 virus dans la mesure où les patients co-infectés sont mis sous TDF/3TC/EFV, bénéficiant ainsi d'une trithérapie anti VIH et d'une bithérapie anti VHB.

Par contre, pour les mono infectés VHB, il n'y a pas de médicaments spécifiques et en pratique seul au CHUK, les patients au stade avancé de la maladie hépatique bénéficient à titre compassionnel de traitement par TDF/3TC. Ainsi, un total de 89 patients est sous traitement dans ce centre.

Concernant le VHC, les données recueillies indiquent que depuis les 2 dernières années, près de 250 patients ont été mis sous traitement avec les nouveaux traitements à action directe dans les 3 principales structures de traitement du VHC que sont la CEMADIF, BUMEREC et POLYCEB.

Au niveau de la principale pharmacie qui vend les médicaments, Alchem, elle a vendu l'équivalent de 250 mois de traitement, soit 83 malades traités si on suppose que le traitement est de 3 mois pour chaque malade.

La MFP estime à 102 le nombre de patients ayant déjà bénéficié du traitement au cours des dernières années. Cependant, l'indication de mise sous traitement est peu codifiée.

L'échographie hépatique est réalisée assez largement dans les structures de soins surtout de Bujumbura pour le diagnostic des formes très évoluées de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

Enfin, la couverture en traitement VHB et VHC n'est que très marginale dans la mesure où les traitements ne sont pas disponibles.

II.6. Efficacité du traitement : suppression virale de l'HVB et guérison pour HVC

En termes d'efficacité du traitement, les traitements du VHB sont seulement suppressifs à l'instar du VIH et l'efficacité suppressive est directement liée au niveau d'observance. Quant aux nouveaux traitements d'action directe contre le VHC, ils ont une efficacité de plus de 90% et ceci pour tous les génotypes.

II.7. Incidence cumulée chez les moins de 5 ans (HVB) et incidence de l'infection (HVC)

Aucune donnée n'est disponible pour l'incidence cumulée chez les moins de 5 ans (HBV) et incidence de l'infection (HCV).

II.8. Mortalité imputable à la cirrhose et au carcinome du foie

La mortalité imputable à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire concerne les structures hospitalières où la notification est rarement faite. Une étude récente au Burundi de suivi d'une cohorte de 194 patients ayant une hépatite virale B sur 5ans a montré une incidence annuelle de 7,10% chez les cirrhotiques et celle de 0,7% chez les patients avec fibrose mineurs²⁴.

²⁴ *Incidence du carcinome hépatocellulaire lors de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B.*

III. ANALYSE DE LA REPONSE

La réponse globale au contrôle des hépatites virales s'articule sur trois axes importants que sont : le dépistage, la prévention et le traitement.

III.1. Le dépistage

Le dépistage est l'étape primordiale qui conditionne les autres étapes. A titre indicatif en 2016, seulement un patient sur cinq infecté par le VHC connaissait son statut dont seulement 10% dans les pays en développement et 40% dans les pays développés.²⁵ L'augmentation du taux de dépistage nécessite des stratégies de diagnostic par des tests sensibles, spécifiques, abordables et accessibles.

Sur le plan technique, la 1^{ère} stratégie est la couverture avec des tests rapides pour le VHC et le VHB. Le test SD Bioline est proposé pour le Burundi compte tenu du faible coût par rapport aux autres tests et ayant les mêmes qualités. Les tests de confirmation restent encore très chers. L'utilisation de GeneXpert dans le cadre du point of care offre des alternatives très intéressantes.

Défis à relever :

- la non disponibilité de la chaîne Elisa et appareil PCR,
- les fréquentes ruptures des réactifs,
- l'insuffisance du personnel qualifié,
- manque de contrôle de qualité

III.2. La prévention

Virus de l'hépatite B

Le VHB est un virus à ADN de la famille des Hepadnaviridæ. Plus de 300 millions de personnes dans le monde sont chroniquement infectées par le VHB (défini comme la persistance d'un antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) pendant plus de 6 mois).

Les principaux modes de contamination sont l'exposition à des produits sanguins et à leurs dérivés avant leur dépistage systématique, lors de relations sexuelles non protégées et la transmission verticale périnatale. Le virus étant présent dans la salive et dans le sperme, une transmission par contact des sécrétions biologiques avec les muqueuses est possible.

La meilleure prévention est la vaccination à la naissance et celle des personnes à haut risque de contamination telle que les personnels de santé, les usagers de drogues etc.

Rénovat Ntagirabiri, Bélyse Munezero, Hippolyte Kaze, Eugène Ndirahisha, Sébastien Manirakiza. Pan African Medical Journal. 2015; 20:167

²⁵Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite c ;Lignes directrices de l'OMS, Avril 2014.

En plus, les mesures d'hygiène et la vaccination de l'entourage sont indispensables. Il faut également noter que les rapports sexuels avec les personnes infectés à VHB doivent être protégés.

Au Burundi, le vaccin contre le VHB a été intégré dans le calendrier de routine du PEV depuis 2006. Le vaccin utilisé est le pentavalent. La 1^{ère} dose de pentavalent est donnée à la 6^{ème} semaine de vie, la 2^{ème} dose à 10 semaines et la 3^{ème} dose à 14 semaines. Le taux de couverture vaccinale chez les enfants pour le pentavalent 1 est de 103.1%, de 102.1% pour le 2 et de 100% pour le 3.²⁶

Défis à relever :

- Donner la 1^{ère} dose de vaccin anti VHB à la naissance chez les enfants nés de mère AgHBs positif;
- Assurer la vaccination systématique des personnes à haut risque non encore contaminés :
 - Le personnel des services de soins
 - Les usagers de drogues injectables;
- Renforcer les mesures de précautions universelles en milieu de soins ;
- Rendre disponibles des seringues à usage unique pour les usagers de drogues injectables;
- Promouvoir le dépistage prénuptial.
- Informer et sensibiliser la population sur les hépatites virales ;

🚩 Virus de l'hépatite C

Le VHC est un virus à ARN appartenant à la famille des Flaviviridae. Selon les estimations, 170 millions de personnes sont porteuses du virus de l'hépatite C. Contrairement au VHB, le taux de passage à la chronicité est de 50 à 80%. Sa transmission est principalement par voie parentérale.

Les toxicomanes constituent le principal groupe à risque avec une prévalence d'infection de 48 à 90%. Comme pour le VHB, les autres causes de transmission parentérale sont les piqûres accidentelles dans le cadre professionnel, les tatouages, le piercing, l'acupuncture, les patients dialysés, les soins médicaux ou dentaires effectués avec du matériel réutilisable mal désinfecté, le partage des brosses à dents et rasoirs. La transmission par voie sexuelle est rare, la transmission périnatale est également faible.

Au Burundi la prévention du VHC se fait surtout à travers les mesures d'hygiène en milieu de soins. Il n'existe pas pour le moment une politique de prévention chez les usagers de drogues.

Défis à relever :

- Renforcer les mesures de précautions universelles en milieu de soins;
- Rendre disponibles des seringues à usage unique pour les usagers de drogues injectables;
- Assurer la rigueur dans le traitement du sang et de ses dérivés;
- Organiser des séances de sensibilisation de la population sur la lutte contre le VHC.

²⁶Rapport PEV 2017.

III.3.Le traitement

Pour le VHB

Le but du traitement est de réduire la réplication virale, ralentir la progression de la fibrose ou de la cirrhose, réduire l'incidence des carcinomes hépatocellulaires et améliorer la survie à long terme.

Pour atteindre ce but, l'OMS préconise l'utilisation des traitements par voie orale – Ténofovir ou Entécavir. Ce sont des molécules qui conduisent rarement à l'apparition d'une pharmacorésistance. Ils sont simples à prendre (un comprimé par jour) et n'ont que peu d'effets secondaires, de sorte qu'ils n'exigent qu'un suivi limité. La contrainte est que la plupart des patients sont appelés à poursuivre ce traitement pendant plusieurs années.

L'accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite B reste limité dans de nombreux pays disposant de faibles ressources. En 2015, sur les 257 millions de personnes infectées par le VHB, 9% (22 millions) connaissaient leur situation. Pour ceux qui étaient diagnostiqués, la couverture mondiale du traitement n'était que de 8% (1,7 million)²⁷. Pour beaucoup, le diagnostic n'est posé que quand ils sont déjà à un stade avancé de l'atteinte hépatique.

Au Burundi, concernant le traitement anti VHB, les patients co-infectés VHB/VIH sont automatiquement traités pour les 2 virus dans la mesure où les patients co-infectés sont mis sous TDF/3TC/EFV, bénéficiant ainsi d'une trithérapie anti VIH et d'une bithérapie anti VHB.

Par contre, pour les mono infectés VHB, il n'y a pas de médicaments spécifiques et en pratique seul au CHUK, les patients au stade avancé de la maladie hépatique bénéficient à titre compassionnel de traitement par TDF/3TC.

Défis à relever:

- Identification des patients AgHBs positifs qui doivent bénéficier d'un traitement
 - Fibrose significative
 - Cirrhose décompensée ou non
 - APRI (indice du rapport aspartate aminotransférase (ASAT) / plaquettes >1,5
- Absence de médicaments pour les patients VHB mono-infectés

Pour le VHC

Le traitement du VHC est actuellement disponible ailleurs dans le monde sous forme de plusieurs molécules. Il permet la suppression virale (réponse virologique soutenue) chez pratiquement >95% et cela sur tous les génotypes (de 1 à 6). Il est facile à utiliser (un comprimé par jour pendant 12 semaines) et a peu d'effets secondaires. Néanmoins il reste financièrement inaccessible à la majorité de la population burundaise.

²⁷Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ; Lignes directrices de l'OMS, Avril 2014.

Défis à relever :

- Coût élevé du traitement et des tests de laboratoire (PCR pour confirmer la virémie, évaluer la fibrose, etc.)
- Assurer un Accès au continuum des soins y compris les services avant, pendant et après le traitement;
- Prise en charge du traitement du VHC par les assureurs au Burundi
- Élaborer les Directives de traitement des hépatites virales;
- Former pour avoir un personnel qualifié suffisant.

IV.VISION

«Un Burundi où la transmission des virus des hépatites est stoppée et où toute personne souffrant d'une hépatite virale a accès à des soins et des traitements de qualité, abordables et efficaces».

V.BUT

Contribuer à l'élimination des virus des hépatites virale B et C d'ici 2030 en tant que grave menace pour la santé publique au Burundi.

VI.1.Objectif général

Réduire la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales d'ici 2022.

VI. 2. Objectifs spécifiques

- a) Réduire les nouvelles infections par le VHB et le VHC de 30 % d'ici 2022;
- b) Réduire la prévalence des infections chroniques par le VHB et le VHC de 30% d'ici 2022
- c) Réduire la mortalité liée aux hépatites virales de 10% d'ici 2022.

VII. ORIENTATION STRATEGIQUES

VII.1.orientation stratégique 1: Des actions à fort impact dispensés dans la logique d'équité

Pour mener des actions à fort impact, il s'agit de travailler sur trois volets à savoir: la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

VII.1.1.Prévention primaire : prévenir la transmission des VHB et VHC.

Le programme essentiel d'interventions et de services pour la prévention des hépatites virales B et C englobe les interventions de base: la vaccination, en particulier contre le virus de l'hépatite B; les précautions universelles et la sécurité des injections, des produits sanguins et des opérations chirurgicales ; la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B ; les services de réduction des effets nocifs pour les personnes qui s'injectent des drogues. Les interventions destinées à prévenir la transmission sexuelle de l'hépatite B et de l'hépatite C sont importantes pour certaines populations. Les interventions de prévention de l'hépatite ont aussi des effets positifs plus larges sur la santé, par exemple la prévention du VIH, des maladies sexuellement transmissibles et d'autres infections transmises par le sang.

Pour réduire l'incidence des hépatites, il s'agit de sensibiliser le grand public, mais aussi et surtout de s'adresser aux groupes les plus exposés pour réduire les risques d'infections. Un volet important est consacré à la formation et à l'éducation.

Objectif spécifique 1: Réduire les nouvelles infections par les VHB et VHC de 30 % d'ici 2022

Action Prioritaire 1 : Renforcer l'information et la communication sur les Hépatites B et C et les moyens de Prévention

Activités :

1. Organiser des campagnes multimédias et des professionnels de santé pour la sensibilisation de masse afin d'améliorer les connaissances des populations sur la maladie ;
2. Organiser des ateliers de formation des professionnels de medias pour améliorer leurs connaissances sur la maladie afin de développer des micros programmes adaptés pour informer et sensibiliser la population ;
3. Organiser des ateliers de formation des GASC et des OSC pour améliorer leurs connaissances sur la maladie afin de prendre des initiatives de prévention et de protection des malades de l'hépatite virale;
4. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui prend en compte tous les cibles principales et secondaires concernés par les hépatites virales;
5. Elaborer les outils de communication pour le changement de comportement (CCC) ;

6. Organiser des ateliers d'Information et de communication en direction des personnes à haut risque (les professionnels de sexe, les usagers de drogues injectables, les hommes ayant des rapports avec les hommes ;
7. Promouvoir le dépistage prénuptiale des hépatites virales B et C ;
8. Faire la promotion de l'utilisation des préservatifs dans les groupes à haut risque de contamination pour le VHB : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes à partenaires multiples;
9. Célébrer la journée mondiale de lutte contre les hépatites Virales;
10. Mobiliser les dirigeants locaux et les responsables politiques ainsi que les acteurs communautaires (associations) pour qu'ils manifestent leur soutien aux personnes infectées et affectées par les hépatites virales B et C.
11. Rendre systématique et gratuit le dépistage des VHB et VHC chez la femme enceinte

Action prioritaire 2 : Améliorer la couverture vaccinale contre le VHB

Activités :

1. Introduire une 1^{ère} dose de vaccin anti HVB à la naissance chez les nouveau-nés dont la mère est infectée AgHBs positif ;
2. Multiplier les séances de communication sociale en fin de maintenir un niveau de vaccination proche de 100% pour la 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} dose de vaccin pentavalent ;
3. Organiser des campagnes de vaccination pour le rattrapage des enfants et adolescents peu couverts ;
4. Introduire une vaccination des groupes à haut risque (personnels de santé, usagers de drogues par voie injectable, couples séro-discordants, personnes incarcérés ...).
5. Promouvoir la vaccination dans le cadre de la médecine du travail.

Action prioritaire 3 : Réduire les risques de transmission chez les usagers de drogues

Activités :

1. Adopter des stratégies pour identifier les usagers de drogues
2. Mettre en place un programme d'accompagnement du sevrage (rendre disponible, les seringues pour les usagers des drogues, de la méthadone, etc)
3. Promouvoir la sensibilisation par les paires éducatrices en vue de l'adoption des comportements à moindre risque

Action prioritaire 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque (piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé...)

Activités :

1. Mettre en place des mesures de sécurité des injections dans les structures de soins ;
2. Sensibiliser les personnels de santé pour le respect de la mesure de contrôle de l'infection
2. Assurer la prophylaxie post exposition contre le VHB.
3. Mettre à disposition des personnels médical et paramédical des équipements pour la protection contre l'exposition accidentelle (piqûre accidentelle...)
4. Introduire la vaccination VHB obligatoire pour les personnels de santé dans les priorités

Action prioritaire 5 : Assurer la sécurité transfusionnelle

Activités :

1. Promouvoir l'usage rationnel du sang et des produits sanguins;
2. Faire un screening systématique des hépatites B et C dans les poches de sang et produits sanguins suivant des normes reconnues standards et validées fiables;
3. Mettre en place un système de contrôle de qualité pour le diagnostic des hépatites B et C en assurant entre autre un approvisionnement des tests de qualité garantie et fiables;

Action prioritaire 6 : Réduire la transmission mère-enfant de l'hépatite virale.

Activités :

1. Faire un dépistage systématique de l'AgHbs chez les femmes enceintes à tous les niveaux y compris les CDS;
2. Instaurer la 1^{ère} dose de vaccin du VHB dans les premières 24 heures de vie du nouveau-né de mère AgHBs positif;
3. Assurer le traitement et le suivi des femmes enceintes porteuses d'une hépatite virale B chronique

VII.1.2.Prevention secondaire

L'accès aux soins, la prise en charge et le traitement permettent de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection par les virus des hépatites. Le diagnostic précoce en est le facteur essentiel pour l'efficacité. Comme beaucoup de personnes restent longtemps asymptomatiques et ignorent leur infection, il y a lieu d'étendre largement et à tous les niveaux l'offre de dépistage des hépatites virales B et C. l'utilisation des méthodes efficaces et des produits de diagnostic de qualité garantie, et en veillant à créer des passerelles entre les résultats des tests et les services de traitement et de soins. Dans un souci de prévention et pour éviter des réinfections, le diagnostic sera accompagné si possible par des séances d'information-conseil.

Objectif spécifique 2: Réduire la prévalence des infections chroniques par les VHB et VHC de 30% d'ici 2022

Action prioritaire 1 : Promouvoir le diagnostic précoce et le suivi biologique

Activités :

1. Élaborer les algorithmes de diagnostic et de suivi ;
2. Renforcer les laboratoires pour le diagnostic des hépatites B et C (approvisionnement des produits de diagnostics fiables et des techniques validées, ...);
3. Établir un réseau de collaboration entre les laboratoires de diagnostic et les services de prise en charge;
4. Renforcer les capacités des personnels impliqués dans le diagnostic et les soins des hépatites virales B et C ;
5. Organiser le dépistage proactif dans les groupes cibles : MSM, PS ; les personnes qui font les tatouages et piercing; milieu carcéral, bilans préopératoires ; femmes enceintes ; populations migrantes;

Action prioritaire 2 : Assurer l'accès aux soins et à la prise en charge des malades des VHB et VHC

Activités :

1. Élaborer les directives nationales de prise en charge des hépatites virales;
2. Renforcer les capacités des prestataires de soins, des GASC et des OSC à tous les niveaux;
3. Intégrer la prise en charge des hépatites virales au niveau des FOSA;
4. Inciter les institutions d'assurance à contribuer dans la prise en charge de leurs affiliés infectés par les hépatites virales;
5. Assurer la disponibilité et l'accès aux médicaments, des produits de diagnostic et d'autres produits utilisés contre l'hépatite, de bonnes qualités et abordables;
6. Intégrer les médicaments contre les hépatites virales B et C dans la LNME.
7. Faire un plaidoyer pour la prise en charge gratuite des personnes infectées.

VII.1.3.Prévention tertiaire

La prévention tertiaire vise des mesures prises auprès des personnes infectées par les hépatites virales présentant des symptômes. Elle a pour but de freiner l'évolution de la maladie, de limiter les complications et d'éviter les rechutes. Les complications les plus fréquentes sont la cirrhose à l'ordre de 1 à 4% par an chez les porteurs chroniques des VHB et VHC, la décompensation de la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire à l'ordre de 1 à 5% par an chez les cirrhotiques.

L'observance du traitement a un impact important sur l'efficacité de celui-ci. Ainsi un accompagnement et une éducation thérapeutique doit être entendue comme une prise en charge globale du patient intégrant les dimensions clinique, biologique, psychologique et sociale.

Objectif spécifique 3 : Réduire la mortalité liée aux VHB et VHC de 10% d'ici 2022

Actions prioritaire1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre différents acteurs dans la prise en charge des hépatites virales

Activités :

1. Assurer la référence des patients éligibles aux traitements vers les équipes spécialisées ;
2. Assurer la prise en charge psychosocial des patients porteurs chroniques des VHB et VHC chroniques;
3. Introduire les soins palliatifs pour les malades en fin de vie
4. Appuyer les acteurs communautaires dans leurs activités de lutte contre les hépatites virales et l'accompagnement des malades à domicile.

Actions prioritaire 2 : Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

Activités :

1. Mettre en place une équipe multidisciplinaire au sein des structures sanitaires pour une prise en charge clinique, biologique, psychologique et social dans le cadre des soins palliatifs ;
2. Elaborer un guide adapté pour l'éducation thérapeutique des patients ;

3. Impliquer les acteurs communautaires (ASC, pairs éducateurs) dans l'accompagnement des patients souffrant d'hépatites virales chroniques.

VII.2.Orientation stratégique 2 : Des données disponibles pour cibler l'action

Les données sur les hépatites ne sont pas encore disponibles et ne sont pas intégrés dans le SNIS.

Pour rendre disponibles ces données un certain nombre d'actions prioritaires est identifié dans ce plan stratégique national tel que :

Objectif spécifique 1 : Promouvoir la recherche et la surveillance des hépatites virales

Action prioritaire 1 : Intégrer les indicateurs sur les hépatites virales dans le système d'information sanitaire (SNIS).

Activités :

Élaborer des outils de collecte des données sur les hépatites virales;

Définir les indicateurs et les cibles nationaux sur les hépatites virales ;

Organiser des réunions de plaidoyer avec la DSNIS et DGP pour intégration des données dans le DHIS2;

Former les prestataires et les SIS sur les outils actualisés intégrant les hépatites virales;

Recueillir périodiquement les données dans les hôpitaux et au niveau des laboratoires.

Action prioritaire 2 : Évaluer la charge nationale de morbidité

Activités :

Effectuer une étude de base pour évaluer le nombre des patients souffrant des hépatites virales chroniques au sein des différents groupes des populations ;

Mener des enquêtes de prévalence au sein des groupes à haut risque comme professionnel de santé, usagers de drogues injectables, HSH, PS, prisonniers, camionneurs, femmes enceintes, les enfants de moins de 15 ans.

Action prioritaire.3 : Assurer le monitoring de l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de lutte contre l'hépatite virale

Activités :

Mener des évaluations régulières des interventions des FOSA et des acteurs communautaires;

Produire des rapports d'activités mensuelles, trimestrielles, et annuelles sur la situation des hépatites virales :

Assurer le suivi –évaluation de la riposte nationale aux hépatites virales ;

Élaborer un plan de suivi-évaluation des hépatites virales.

VIII.3.ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : DES INNOVATIONS POUR ACCELERER LES PROGRES

Objectif spécifique 1: Assurer le leadership pour faciliter la recherche.

Activités :

1. Mettre en place un comité multisectoriel de Coordination de la lutte contre les hépatites virales ;
2. Institutionnaliser la pratique de planification opérationnelle de même que le suivi de la riposte aux hépatites virales ;
3. Mettre en place un système de surveillance sentinelle des hépatites virales (services CPN et PF) ;
4. Nouer des partenariats stratégiques avec les universités et d'autres organismes pour des études de recherches action sur la maladie.

VIII.4.ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : DES SOLUTIONS FINANCIERES VIABLES

L'accès financier à la prise en charge (prévention, diagnostic, traitement et suivi) est un droit fondamental que le gouvernement doit faire respecter. Le gouvernement doit garantir des médicaments au prix abordable afin de pouvoir soigner le plus grand nombre de personnes. Cette section traite les différentes stratégies qui doivent être prises par le gouvernement du Burundi et les partenaires au développement pour garantir l'accès financier aux soins nécessaires (pour le diagnostic, le traitement et le suivi) des patients mais aussi mettre en place des mesures financières pérennes et résilientes.

La viabilité de la riposte suppose de financer le programme essentiel d'interventions contre l'hépatite par le biais du système national de financement de la santé, de mobiliser de nouveaux financements prévisibles, de réduire au minimum la charge financière pour les individus et les ménages grâce au prépaiement et à la mutualisation, de réaliser des économies et d'éviter le gaspillage, et d'utiliser les fonds disponibles de manière efficiente et équitable. Il est capital d'élargir l'accès à des médicaments et à des produits de diagnostic de grande qualité et d'un coût abordable pour l'hépatite virale B et C, alliés à des protocoles thérapeutiques simples et normalisés.

Objectif spécifique 1 : Rendre disponible le financement national et international pour la lutte contre les hépatites virales

Malgré la propagation linéaire des hépatites virales B et C au niveau national et international, les interventions de lutte contre ces dernières restent encore au stade embryonnaire.

Compte tenu de leur transmission, de leur évolution et de leur gravité, les hépatites constituent un problème de santé publique autant que le paludisme, la tuberculose et le VIH /SIDA. Des actions pérennes doivent être entreprises avec le concours des décideurs politiques, des PTFs, de la société civile, des prestataires des soins et de la communauté afin de réduire considérablement le fardeau des hépatites virales B et C.

Action prioritaire 1 :Susciter l'adhésion et l'engagement des décideurs politiques et administratifs à tous les niveaux, ainsi que des partenaires au développement, pour la lutte contre les hépatites virales B et C

Activités :

1. Préparer un argumentaire solide d'investissement dans la lutte contre les hépatites ;
2. Organiser des campagnes de plaidoyer auprès des mutualités et des assurances maladies pour assurer le diagnostic, le suivi et la prise en charge médicale des hépatites virales ;
3. Organiser des tables rondes des décideurs et des PTFs pour les sensibiliser sur la problématique des hépatites virales et le Gap en termes d'interventions.

Action prioritaire 2 : Agir sur les barrières financières à l'accès au diagnostic, au traitement et au suivi des hépatites virales.

Activités :

1. Négocier la baisse des prix des médicaments et autres intrants contre les hépatites virales B et C avec les laboratoires pharmaceutiques ;
2. Plaider pour la Subvention du diagnostic, prise en charge et suivi des patients avec hépatites virales.

IX. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN

IX.1 Mécanismes de suivi et d'évaluation du plan

IX.1.1 Développement d'un plan d'action annuel

La mise en œuvre efficace de la présente stratégie pour cinq ans appelle au développement d'un plan d'action annuel. Ce plan sera développé chaque année en collaboration avec les partenaires, tout en prenant en compte non seulement les activités programmées pour l'année mais aussi celles non exécutées ou celles dont l'exécution a été retardée dans les calendriers antérieurs.

IX.1.2 Développement d'un plan de suivi-évaluation

Le programme développera un plan de suivi évaluation qui décrira de façon exhaustive les indicateurs de la lutte contre les hépatites virales, les activités entrant dans le cadre du suivi-évaluation de la lutte contre les hépatites virales à tous les niveaux.

Parmi les principales activités de ce plan, figurent entre autre la supervision, la collecte et l'analyse des données. Des réunions de monitoring seront organisées trimestriellement au niveau régional afin de valider et collecter les données produites par le niveau périphérique. Des sessions de diffusion des données de la lutte contre les hépatites virales se tiendront une fois par an au niveau national, régional et district.

IX.2. Indicateurs des hépatites virales

Les indicateurs pour les hépatites virales tiennent compte de l'évolution du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et plus précisément à l'objectif 3 relatifs à la santé (cible 3.3). Il s'agira également d'évoluer vers l'atteinte des objectifs liés à la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016–2021.

Les indicateurs de processus et d'impact sont définis dans le cadre logique. Quelques indicateurs de résultats seront particulièrement suivis :

1. Indicateurs de dépistage

Nombre de personnes dépistées

Proportion de cas suspects confirmés positifs ?

2. Indicateurs de résultats de traitement

Taux de malades mis sous traitement

Taux de succès de traitement ;

Taux de suppression virologique soutenue;

Taux d'échec thérapeutique.

3. Indicateurs de suivi de la coïnfection hépatite-VIH

Proportion de nouveaux patients ayant coïnfection hépatite ;

Proportion de nouveaux patients coïnfectés bénéficiant d'un traitement.

4. Indicateurs de participation communautaire

Nombre d'associations impliquées dans la lutte contre les hépatites ;

Nombres d'agents de santé communautaires impliqués dans la sensibilisation pour le dépistage des hépatites virales ;

Nombres des patients référés par les associations impliquées dans la lutte contre les hépatites ;

Nombres des patients référés par les agents de santé communautaires.

5. Indicateurs de couverture

Nombre de centres spécialisés de références pour les VHB et VHC

Nombre d'hôpitaux assurant le traitement des hépatites virales B et C ;

Nombre d'hôpitaux assurant le suivi biologique et thérapeutique des hépatites virales B et C ;

Nombre de laboratoires effectuant la mesure de la charge virale des hépatites virales B et C.

IX.3. Évaluation de la stratégie nationale

La présente stratégie sera évaluée de deux manières :

L'évaluation interne : Elle sera conduite annuellement au niveau national à travers l'évaluation de la mise en œuvre du plan opérationnel annuel ;

L'évaluation externe : La stratégie sera évaluée à mi-parcours en 2020 et à la fin de sa mise en œuvre en 2022. L'évaluation de type externe est assurée par des équipes composées de membres du Ministère de la Santé Publique et d'autres structures partenaires et sera basée sur les rapports d'activités de routine, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs à différents niveaux.

X. MOBILISATION DES RESSOURCES ET PARTENARIATS

Pour atteindre les objectifs et compte tenu du caractère planétaire de la menace que représentent les hépatites virales pour la santé publique, un partenariat sera développé au niveau national, régional et international pour la prévention, la protection, la lutte contre la stigmatisation des malades, le plaidoyer pour l'accessibilité au dépistage, à la vaccination, au suivi médical et aux traitements. Des plaidoyers seront faits auprès des institutions et des organisations nationales et internationales afin d'impacter un grand nombre des destinataires des interventions au Burundi.

XI. CONCLUSION

L'affection hépatique chronique liée à l'hépatite virale est devenue un problème de santé publique majeur au Burundi et la transmission du VHB et VHC reste considérable. Selon le rapport de l'étude sorti en janvier 2018, les prévalences des hépatites B et C sont élevées : pour le portage de l'AgHBs : entre 1,7% et 3,4% et pour les, AcVHC, de 1,9% à 5,7%. La prévalence des deux virus des hépatites est beaucoup plus élevée au niveau des CRTS par rapport au CNTS. Cette prévalence est presque le double dans les services de soins.

Le taux de couverture vaccinal incluant celui du VHB est assez élevé au Burundi. On note cependant des disparités assez importantes en fonction des régions. Enfin, il n'y a pas de directives ou politiques de vaccination à la naissance des enfants nés de mère AgHBs positif.

Chez les patients coïnfectés VIH/VHB, une recommandation de mise sous traitement immédiat efficace anti VIH et anti VHB quel que soit le stade de la maladie VIH ou de la maladie hépatite B existe depuis les nouvelles recommandations de 2016.

Par contre, le traitement n'est pas disponible pour les mono-infectés VHB. Toutefois, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et la Mutuelle de la Fonction Publique viennent de mettre sur la liste des médicaments essentiels ; le ténofovir qui sera bientôt disponible.

Quant au traitement du VHC, la MFP assure maintenant la prise en charge thérapeutique par les nouveaux traitements anti VHC à action direct chez ses affiliés ayant une hépatopathie chronique. Au niveau de la mutuelle de la fonction publique, le traitement contre le VHC est inclus dans les services dispensés. Le traitement est remboursé à concurrence de 80% et les 20% restants sont à la charge du malade.

Aucune politique ni directive n'existe pour le traitement des hépatites aiguës, ni des hépatopathies chroniques, ni de leurs complications.

Enfin, aucune formation sur le traitement des hépatites n'est dispensés et les schémas de traitement sont en fonction des disponibilités locales éventuelles de médicaments et ne résultent pas d'un consensus national de prise en charge.

La lutte contre les hépatites virales apparaît donc comme une contribution au développement et un élément de lutte contre la pauvreté.

La présente stratégie contre l'hépatite virale est conçue pour contribuer à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et plus précisément à l'objectif 3 relatifs à la santé (cible 3.3). La stratégie décrit les mesures prioritaires requises pour atteindre les cibles mondiales en matière d'hépatite et la manière dont la riposte à l'hépatite peut participer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, d'autres objectifs sanitaires et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 plus généralement. Elle est alignée sur les autres stratégies et plans appropriés du domaine de la santé portant notamment sur le VIH, les infections sexuellement transmissibles, la sécurité des injections, la sécurité transfusionnelle, les vaccins, la tuberculose et les maladies non transmissibles, et donne suite aux prescriptions des résolutions sur l'hépatite virale adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et 2014.²⁸

Les principales stratégies pour réduire la transmission du VHB et du VHC sont les suivantes :

Promotion de la sécurisation des produits sanguins, des injections et des actes médicaux et tout particulièrement des actes chirurgicaux, réduction de la transmission du VHB de la mère à l'enfant, réduction de la transmission chez les populations qui s'injectent des drogues. L'épidémiologie de l'infection à VHB et VHC n'est pas bien définie dans de nombreux pays. Il est nécessaire de procéder à des études spécifiques et de renforcer les mesures de surveillance afin d'affiner les stratégies de prévention et de surveiller l'impact des mesures de prévention.

La mise en place de cette stratégie demande un engagement et une coordination de tous les partenaires ; l'Etat, les partenaires multilatéraux et bilatéraux, les soignants à tous les niveaux ainsi que la communauté

²⁸ Résolutions WHA63.18 (2010) et WHA67.6 (2014).

.ANNEXE

ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE ET COSTING

Objectif général : Réduire la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales d'ici 2022.									
ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : MENER DES INTERVENTIONS A FORT IMPACT DANS UN ESPRIT D'ÉQUITÉ									
Objectif spécifique 1: Réduire les nouvelles infections par l'HV de 30 %d'ici 2022									
Action prioritaire 1 : Renforcer l'information et la communication sur les Hépatites B et C et les moyens de Prévention									
Résultat 1 :L'information et la communication sur les Hépatites B et C et les moyens de Prévention renforcées									
N°	Activités	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification	Période de réalisation					Budget
				2018	2019	2020	2021	2022	
1.1	Organiser des campagnes multi medias et des professionnels de santé pour la sensibilisation de masse afin d'augmenter la connaissance des populations sur la maladie	Nombre de campagne multimédias organisés Nombre de professionnels de santé sensibilisés	Rapport d'activité						22 000 000
1.2	Organiser des ateliers de formation des professionnels de medias pour améliorer leur connaissance sur la maladie afin de développer des micros programmes adapter pour informer et sensibiliser la population	Nombre de professionnels de medias formés	Rapport de formation						12 000 000
1.3	Organiser des ateliers de formation des GASC et des OSC pour améliorer leur connaissance sur la maladie afin de prendre des initiatives de prévention et de protection des malades de l'hépatite	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'activité						30 000 000
1.4	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui prend en compte tous les cibles principales et secondaires concernés par les hépatites virales	Un plan de communication élaboré et validé	Rapport d'élaboration et un plan classé						15 000 000

1.5	Elaborer les outils de communication pour le changement de comportement (CCC)	Nombre de supports et d'outils élaborés	Rapport d'élaboration et Outils disponibles							10 000 000
1.6	Organiser des ateliers d'Information et de communication en direction des personnes à haut risque (les professionnels de sexe, les usagers de drogues injectables, les hommes ayant des rapports avec les hommes)	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'activité							25 000 000
1.7	Promouvoir le dépistage pré-nuptiale des hépatites virales B et C	Nombre de couples ayant fait le dépistage								10 000 000
1.8	Faire la promotion de l'utilisation des préservatifs dans les groupes à haut risque de contamination pour le VHB : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes à partenaires multiples	Quantité de préservatifs distribués	Bordereaux d'expédition et accusé de réception							8 000 0000
1.9	Célébrer la Journée mondiale de lutte contre les hépatites Virales	Journée mondiale célébrée	Rapport d'activité							60 000 000
1.10	Mobiliser les dirigeants locaux et les responsables politiques ainsi que les acteurs communautaires (associations pour qu'ils manifestent leur soutien aux personnes infectées et affectées par les hépatites virales B et C	Les dirigeants locaux et les responsables politiques ainsi que les acteurs communautaires mobilisés	Rapport d'activité							10 000 000
1.11	Rendre systématique et gratuit le dépistage de l'HVB et de l'HVC chez la femme enceinte	Le dépistage chez la femme enceinte est systématique et gratuit pour le VHB et le VHC	Rapport d'activité							200 000 000

Objectif spécifique 1 : Réduire les nouvelles infections par l’HV de 30 %d’ici 2022

Action prioritaire 2 : Renforcer la couverture vaccinale contre l’Hépatite B

Résultat 2 : La couverture vaccinale contre l’Hépatite B est renforcée

2.1	Introduire une 1ere dose de vaccin anti HVB à la naissance chez les nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB	Nombre d’enfants nés de mère infectée par le VHB vacciné	Rapport mensuel d’activité							25 000 000
2.2	Maintenir un niveau de vaccination proche de 100% pour la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} dose de vaccin pentavalent	Taux de couverture vaccinale atteint	Rapport mensuel d’activité							15 000 000
2.3	Faire une vaccination de rattrapage chez les enfants et adolescents peu couverts.	Nombre d’enfants et adolescents rattrapés	Rapport d’activité							30 000 000
2.4	Introduire une vaccination des groupes à haut risque (personnels de santé, usagers de drogues par voie IV, couples séro discordants, ...).	Nombre de personnes à haut risque identifiées et vaccinées	Rapport d’activité							100 000 000

Objectif spécifique 1 : Réduire les nouvelles infections par l’HV de 30 %d’ici 2022

Action prioritaire 3 : Réduire les risques de transmission chez les usagers de drogues

Résultat 3 : Les facteurs de risque de transmission chez les usagers de drogues sont connus

3.1	Distribuer les seringues aux usagers de drogues	Nombre de seringues distribués	Bordereaux d’expédition et accusé de réception							15 000 000
3.2	Mettre en place un programme d’accompagnement du sevrage (disponibilité de la méthadone)	Nombre de commande de la méthadone	Bordereaux d’expédition et accusé de réception							30 000 000
3.3	Sensibilisation par les pairs éducateurs en vue de l’adoption des comportements à moindre risque	Nombre de paires éducateurs sensibilisés	Rapport d’activité							15 000 000

Objectif spécifique 1: Réduire les nouvelles infections par l’HV de 30 %d’ici 2022

Action prioritaire 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque (piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé...)

Résultat 4 : Les directives de prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque disponibles

4.1	Mettre en place des mesures de sécurité des injections dans les structures de soins, sensibilisation du personnel de santé pour le respect des mesures de contrôle de l’infection	Nombre de structures disposant des Mesures de sécurité des injections et nombre de personnel de santé sensibilisé	Rapport de supervision et d’activité							15 000 000
4.2	Assurer la prophylaxie post exposition contre le VHB	Nombre de personnes prises en charge pour post exposition contre le VHB	Registre et rapport d’activité							50 000 000
4.3	Mettre à disposition du personnel médical et paramédical des équipements pour la protection contre l’exposition accidentelle (piqûre accidentelle....)	Nombre de structures disposant des équipements pour la protection contre l’exposition accidentelle	Rapport de supervision							15 000 000

Objectif spécifique 1: Réduire les nouvelles infections par l’HV de 30 %d’ici 2022

Action prioritaire 5 : Assurer la sécurité transfusionnelle

Résultat 5:Le protocole sur la gestion et la sécurité des produits sanguins disponibles et respecté

5.1	Faire un screening systématique des hépatites B et C dans les poches de sang et produits sanguins suivant des normes reconnues comme fiables.	Nombre de poches de sang testés selon les normes	Rapport d’activité							0
5.2	Mettre en place un système de contrôle de qualité pour le diagnostic des hépatites B et C en assurant entre autre un approvisionnement fiable et des tests de qualité garantie.	Nombre de séances de contrôle de qualité	Rapport d’activité							25 000 000
5.3	Promouvoir la séparation des produits sanguins	Nombre de produits sanguins séparés	Rapport d’activités							10 000 000

Objectif spécifique 1 : Réduire les nouvelles infections par l’HV de 30 %d’ici 2022

Action prioritaire 6 : Réduire la transmission mère-enfant de l’hépatite virale

Résultat 6 : Taux de couverture par la dose de naissance du vaccin contre l’hépatite B et toutes les femmes enceintes vues en CPN dépistées

6.1	Faire un dépistage systématique de l’Ag Hbs chez les femmes enceintes à tous les niveaux y compris les CDS	Pourcentage des femmes enceintes dépistées	Rapport mensuel d’activité							55 000 000
6.2	Instaurer la 1 ^{ère} dose de vaccin du VHB dans les 1ères 24 heures de vie du nouveau-né de mère Ag HbS+	Taux de couverture vaccinale	Rapport mensuel d’activité							100 000 000
6.3	Assurer le traitement et le suivi des femmes enceintes porteuses d’une hépatite chronique B.	Nombre de femmes traitées et suivies	Rapport de supervision							100 000 000

Objectif spécifique 2 : Réduire la prévalence des infections chroniques par le VH de 30% d’ici 2022

Action prioritaire 1 : Promouvoir le dépistage précoce et le suivi biologique

Résultat 1 : le dépistage précoce et le suivi biologique assurés

1.1	Élaborer les algorithmes de diagnostic et de suivi biologique	les algorithmes de diagnostic et de suivi biologique élaborés	Rapport d’élaboration							10 000 000
1.2	Renforcer les laboratoires pour le diagnostic des hépatites aiguës et chroniques B et C (approvisionnement des produits de diagnostics fiables et des techniques validées, ...)	Nombre de laboratoires équipés	Rapport de supervision							100 000 000
1.3	Établir un réseau de collaboration entre les laboratoires de diagnostic et les services de prise en charge	Nombre de laboratoires de diagnostic et les services de prise en charge mis en réseau	rapport d’activité							2 500 000
1.4	Renforcer les capacités des laborantins et du personnel soignant impliqués pour le dépistage des hépatites	Nombre des laborantins et personnel soignant formés	Rapport de formation							35 000 000

1.5	Organiser le dépistage proactif dans les groupes cibles : MSM, PS, les personnes qui font les tatouages et piercing; milieu carcéral, bilans préopératoires ; femmes enceintes ; populations migrantes	Nombre de campagnes de dépistage réalisées	Rapport d'activité							45 000 000
Objectif spécifique 2 : Réduire la prévalence des infections chroniques par le VH de 30% d'ici 2022										
Action prioritaire 2 : Assurer l'accès aux soins et la prise en charge des hépatites virales B et C										
Résultat 2 : l'accès aux soins et la prise en charge des hépatites virales B et C est amélioré										
2.1	Élaborer les directives nationales de prise en charge des hépatites virales	Les directives nationales de prise en charge des hépatites virales élaborées	Rapport d'élaboration							10 000 000
2.2	Renforcer les capacités des prestataires de soins, des GASC et des OSC à tous les niveaux	Nombre des prestataires de soins, des GASC et des OSC formés	Rapport de formation							50 000 000
2.3	Intégrer la prise en charge des hépatites virales au niveau des FOSA	Nombre de FOSA ayant intégré la prise en charge des hépatites virales dans le PMA et PCA	Rapport de supervision							10 000 000
2.4	Inciter les institutions d'assurance à contribuer dans la prise en charge de leurs affiliés infectés par les hépatites virales	Nombre des institutions d'assurance ayant contribué dans la prise en charge de leurs affiliés infectés par les hépatites virales	Rapport de supervision							5 000 000

2.5	Assurer la disponibilité et l'accès aux médicaments, des produits de diagnostic et d'autres produits utilisés contre l'hépatite, de bonnes qualités et abordables	Nombre de commande de médicaments et autres intrants effectués	Rapport d'activité							0
2.7	Intégrer les médicaments contre les hépatites virales B et C dans la LNME	Nature de médicaments contre les HVB et C intégrés dans la LNME	LNME actualisée							0
Objectif spécifique2 : Réduire la prévalence des infections chroniques par le VH de 30% d'ici 2022										
Actions prioritaire 3 : Améliorer l'accès aux soins des personnes souffrant des hépatites virales										
Résultat 3 : Les personnes souffrant des hépatites virales en situation précaire ont l'accès aux soins										
3.1	Appuyer les personnes infectées par les virus des hépatites	Nombre personnes infectées appuyées	Rapport de supervision							150 000 000
3.2	Faire un plaidoyer pour la prise en charge gratuite des personnes infectées	Nombre d'intervenants contactés ayant acceptés la prise en charge gratuite	Rapport de mission							25 000 000
Objectif spécifique 3 : Réduire la mortalité liée aux HV de 10% d'ici 2022										
Actions prioritaire1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre différents acteurs dans la prise en charge des hépatites virales										
Résultat 1 : Les pratiques médicales améliorées et la coordination entre différents acteurs assurée										
1.1	Assurer la référence des patients éligibles aux traitements vers les équipes spécialisées	Nombre de patients référés								0
1.2	Assurer la prise en charge psychosocial des patients infectés par les hépatites B et C	Nombre de patients souffrants des troubles psychiatriques pris en charge								0
1.3	Appuyer les acteurs communautaires dans leurs activités de lutte contre les hépatites virales et l'accompagnement des malades à domicile	Nombre d'acteurs communautaires appuyés et nombre de malades accompagnés	Rapport d'activités							15 000 000

Objectif spécifique 3 : Réduire la mortalité liée aux HV de 10% d'ici 2022

Actions prioritaire 2 : Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

Résultat 2 : L'éducation thérapeutique du patient assurée

2.1	Mettre en place une équipe multidisciplinaire au sein des structures sanitaires pour une prise en charge clinique, biologique, psychologique et social dans le cadre des soins palliatifs	Nombre de structures disposant une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge	Rapport de supervision							0
2.2	Elaborer un guide adapté pour l'éducation thérapeutique des patients	Un guide élaboré et utilisable	Rapport d'élaboration							10 000 000
2.3	Impliquer les acteurs communautaires (ASC, pairs éducateurs) dans l'accompagnement des patients souffrant d'hépatites virales chroniques.	Nombre d'acteurs communautaires impliqués	Rapport mensuel d'activités							60 000 000

Objectif général : Réduire la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales d'ici 2022.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : DES DONNEES DISPONIBLES POUR CIBLER L'ACTION

Objectif spécifique 1: initier la recherche et la surveillance des hépatites virales

Action prioritaire 1 : Intégrer les informations sanitaires et les indicateurs dans le SNIS

Résultat 1 : Les informations sanitaires et les indicateurs intégrés dans le SNIS

N°	Activités	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification	Période de réalisation					Budget
				2018	2019	2020	2021	2022	
1.1	Elaborer les outils de collecte des données sur les hépatites virales	Les outils de collecte des données sur les hépatites virales élaborés	Rapport d'élaboration						10 000 000
1.2	Définir les indicateurs nationaux sur les hépatites virales	Les indicateurs nationaux essentiels sur les hépatites virales définis	Document des indicateurs nationaux sur les hépatites						10 000 000

1.3	Organiser des réunions de plaidoyer avec la DSNIS et DGP pour intégration des données dans le DHIS2	Nombres de réunions organisées	Procès-verbaux des réunions							10 000 000
1.4	Former les prestataires et les SIS sur les outils actualisés des hépatites virales	Nombre de prestataires et SIS formés	Modules et rapports de formation							25 000 000
1.5	Recueillir périodiquement les données dans les hôpitaux et au niveau des laboratoires	Nbre de descentes effectuées	Rapport de supervision et fiche de collectes de données							40 000 000

Objectif spécifique 1: initier la recherche et la surveillance des hépatites virales

Action prioritaire 2 : Evaluer la charge nationale de morbidité

Résultat 2 :La charge nationale de morbidité est évaluée

2.1	Effectuer une étude de base pour évaluer le nombre des patients souffrant des hépatites virales chroniques au sein des différents groupes des populations (Carcinomes hépatocellulaires ; cirrhose hépatique B ou C)	Une étude de base effectuée	Données de base disponibles							40 000 000
2.2	Mener des enquêtes de prévalence au sein des groupes à haut risque comme professionnel de santé, usagers de drogues injectables, HSH, PS, prisonniers, camionneurs, femmes enceintes, les enfants de moins de 15 ans etc	Nombres d'enquêtes de prévalence menées	Données de prévalence sur les groupes à haut risque disponible							60 000 000

Objectif spécifique 1: initier la recherche et la surveillance des hépatites virales

Action prioritaire 3 : Assurer le monitoring de l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de lutte contre l'hépatite virale

Résultat 3 : L'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de lutte contre l'hépatite virale sont assurées

3.1	Mener des évaluations régulières des interventions des FOSA et des acteurs communautaires	Nombre de réunions d'évaluations effectuées	Procès-verbaux des réunions							50 000 000
3.2	Produire des rapports d'activités mensuelles, trimestrielles et annuelles sur les hépatites virales	Nombre de rapport produits	Rapport mensuel, trimestriel et annuel d'activités							0

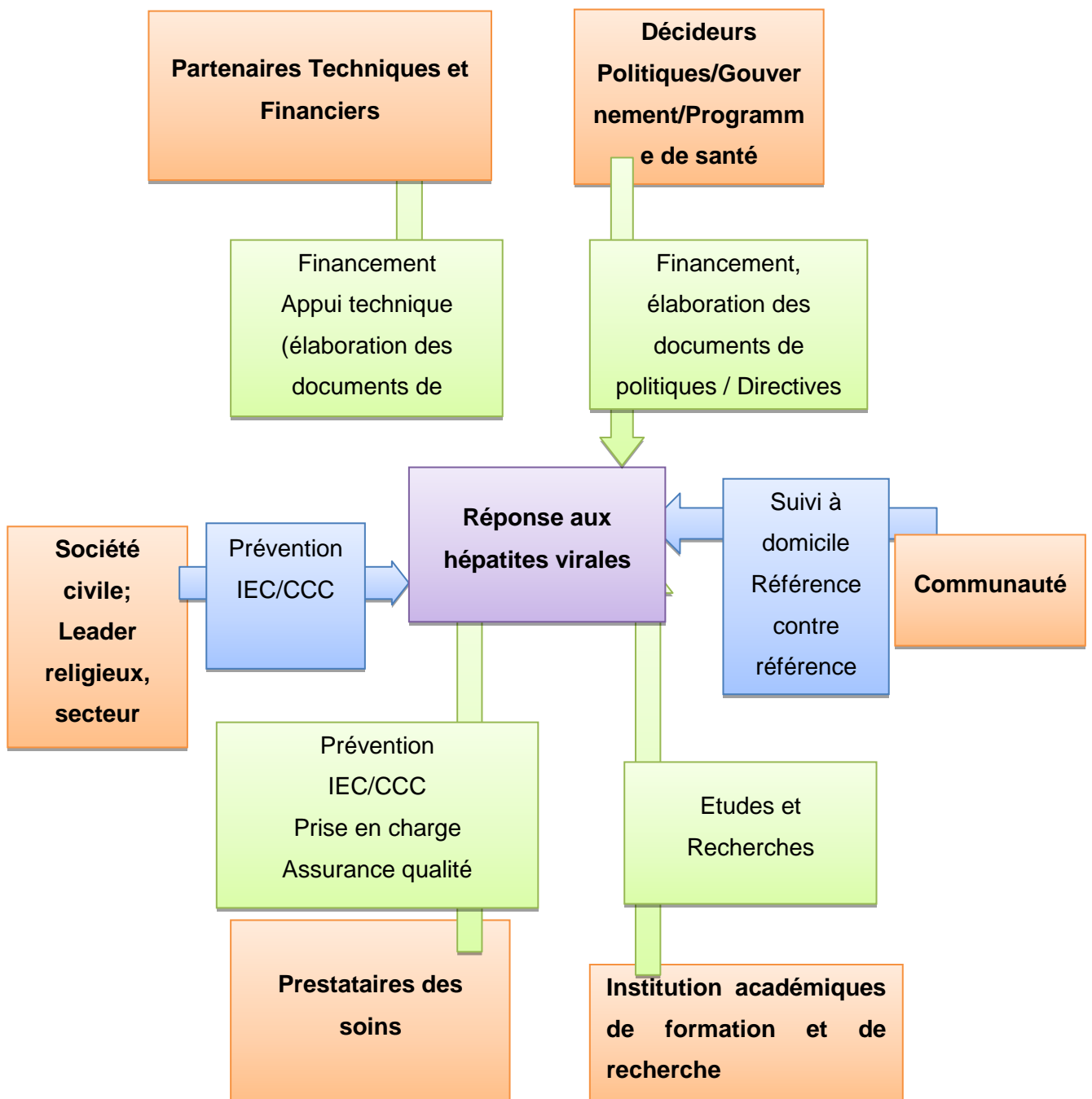
3.3	Assurer le suivi-évaluation de la riposte nationale aux hépatites virales	La riposte nationale aux hépatites virales suivie et évaluée	Rapport de réunion d'évaluation de la riposte						15 000 000
3.4	Elaborer un plan de suivi-évaluation des hépatites virales	Un plan de suivi-évaluation élaboré	Rapport d'élaboration						10 000 000
Objectif général : Réduire la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales d'ici 2022									
ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : DES INNOVATIONS POUR ACCELERER LES PROGRES									
Objectif spécifique 1: Assurer le leadership pour faciliter la recherche									
Action prioritaire1 : Développer des nouvelles méthodes et technologies pour mettre fin aux épidémies d'hépatite virale									
Résultat1 : Des nouvelles méthodes et technologies développées									
1.1	Mettre en place un comité multisectoriel de Coordination de la lutte contre les hépatites virales	Le comité en place et fonctionnel	Lettre de nomination						0
1.2	Institutionnaliser la pratique de planification opérationnelle de même que le suivi de la riposte aux hépatites virales	La pratique de planification opérationnelle de même que le suivi de la riposte aux hépatites virales sont Institutionnalisées	Rapport des ateliers sur l'institutionnalisation de la pratique opérationnelle						15 000 000
1.3	Mettre en place un système de surveillance sentinelle des hépatites virales (services CPN et PF)	un système de surveillance sentinelle des hépatites virales (services CPN et PF) mis en place	Rapport sur les sites sentinelles surveillés						10 000 000
1.4	Nouer des partenariats stratégiques avec les universités et d'autres organismes pour des études de recherches action sur la maladie.	Nombre de partenariats stratégiques noués	Partenariats signés						20 000 000

Objectif général : Réduire la charge de morbi-mortalité due aux hépatites virales d'ici 2022									
ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : DES SOLUTIONS FINANCIERES VIABLES									
Objectif spécifique 1: Rendre disponible le financement national et international pour la lutte contre les hépatites virales									
Action prioritaire 1 :Susciter l'adhésion et l'engagement des décideurs politiques et administratifs à tous les niveaux, ainsi que des partenaires au développement, pour la lutte contre les hépatites virales B et C									
Résultat 1 : Une ligne budgétaire pour la lutte contre les hépatites est créée dans le budget du MSPLS d'ici 2019									
1.1	Préparer un argumentaire solide d'investissement dans la lutte contre les hépatites	Note d'argument disponible	La note classée						0
Résultat 2 : Les PTFs allouent un financement dans la lutte contre les hépatites virales									
2.1	Organiser des campagnes de plaidoyer auprès des mutualités et des assurances maladies pour assurer le diagnostic, le suivi biologique et la prise en charge médicale des hépatites virales	Nombre de campagnes organisées	Rapport d'activités						50 000 000
2.2	Organiser des tables rondes des décideurs et des PTFs pour les sensibiliser sur la problématique des hépatites virales et le Gap en termes d'interventions	Nombre de tables rondes organisées	Rapport d'activités						2 500 000
Action prioritaire 2 : Agir sur les barrières financières à l'accès au diagnostic, traitement et suivi biologique des hépatites virales									
Résultat 3 : Le financement pour l'accès au diagnostic, traitement et suivi biologique des hépatites virales est assuré									
3.1	Négocier la baisse des prix des médicaments et autres intrants contre les hépatites virales B et C avec les laboratoires pharmaceutiques	Nombre de laboratoires pharmaceutiques qui ont accepté la baisse des prix des médicaments et autres intrants	Rapport de supervision						5 000 000
3.2	Plaider pour la Subvention du diagnostic, PEC et suivi des patients avec hépatites virales	Nombre d'intervenants contactés	Rapport de mission						25 000 000
3.3	Inciter les institutions d'assurance à contribuer dans le diagnostic et suivi biologique de leurs affiliés infectés par les hépatites virales	Nombre d'institutions d'assurance contribuant aux soins des infectés par les hépatites virales	Rapport de supervision						30 000 000
Total									1 904 500 000

ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Banque Mondiale
- FNUAP
- PNUD
- Association des Personnes infectées et /ou affectées par les hépatites virales ;
- Association de lutte contre les hépatites virales (ALHV)

ANNEXE 3 : INTERACTIONS ENTRE LES PARTIES PRENANTES



ANNEXE 4 : LISTE DES MEMBRES AYANT ELABORE LE PSLHV 2018-2022

N°	NOM ET PRENOM	INSTITUTION REPRESENTEE	ADRESSE EMAIL	TELEPHONE
1	Hon .Dr .NKURUNZIZA Innocent	PNILMCNT	nkurunzizainnocent919@gmail.com	79 979 494
2	Pr Rénovât NTAGIRABIRI	CHUK	ntagrenov@yahoo.fr	79 627 685
2	Dr NKEZIMANA Denise	OMS	nkezimanad@who.int	79 587 647
3	Dr NDAYONGEJE Pascal	SP	yongeje@gmail.com	76 520 820
4	Dr AYINKAMIYE Jeanine	PNILMCNT	jeanineay@yahoo.fr	79 361 097
5	Dr KAMWENUBUSA Godefroid	Cabinet	kamwenubusa.godefroid@yahoo.com	79 391 775
6	Dr NZIMENYA Helmenegilde	DGSSLS	hermesnzi2014@gmail.com	79 906 851
7	Dr KAMANA Jeanine	PNILMCNT	kamanajeanine@yahoo.fr	79 974 853
8	Dr RURIHOSE Marie Noëlla	PNILS	rihoseno@gmail.com	72 114 466
9	Mme KWIZERA Jeanne	PNILMCNT	jeannekwizera10@gmail.com	79 908 050
10	Mr MANIRAMBONA Guillaume	PNILMCNT	manirambona.quillaume67@yahoo.com	79 671 544
11	Mr KIBINAKANWA Jean Désiré	ANPH	kjeandesire08@gmail.com	79 563 669
12	Mr HAKIZIMANA Dieudonné	ALHV	hakidim2014@gmail.com	79 325 307
13	Mr NIYOMWUNGERE Léonidas	ALHV	Leonidasniyomwungere03@gmail.com	79 835 289

ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- Médecine et Santé Tropicales 2015 ; 25 : 141-144 Situation de la lutte contre les hépatites virales B et C en Afrique ;
- Stratégie mondiale du secteur de la sante contre l'hépatite virale, 2016-2021 ;
- Estimations Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, ISTEERU (<http://www.isteeru.bi/index.php/economie-en-bref>);
- <https://www.populationdata.net/pays/burundi>;
- Rapport d'évaluation du plan e-TME 2012-2016 ;
- UNDAF 2012-2016 ;
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008 ;
- Résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017 ;
- Rapport de mission d'évaluation de l'examen impact en cancérologie au Burundi ;
- Aide –mémoire N0 204, Juillet 2017, Hépatite B ;
- DIU VIH-SIDA des grands lacs 2017 : Hépatite B ;
- DIU VIH-SIDA des grands lacs 2017 : Hépatite C ;
- Aide –mémoire N0 164 octobre 2017, Hépatite C ;
- Plan stratégique d'action 2017-2022-ABOSCHVI ;
- La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région Méditerranée orientale : appel à l'action ; Août 2009 ;
- Rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi, Janvier 2018 ;
- Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2018-2022 ;
- Résolutions WHA63.18 (2010) et WHA67.6 (2014).