

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE



**Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention
des IST/VIH/sida et des Hépatites Virale (PNPCSP)**



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE
LUTTE CONTRE DES HEPATITES
VIRALES EN GUINEE 2017-2021**



Edition Octobre 2016

PRÉFACE:

Les hépatites virales constituent un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale. Environ 500 millions de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C dans le monde. Les hépatites entraînent la mort de près de 1,5 million de personnes chaque année, dans la grande majorité des cas à la suite d'une cirrhose du foie ou d'un cancer du foie due à l'infection chronique causée par une hépatite virale.

Face à ce problème, il existe un vaccin contre l'hépatite B très efficace pour empêcher la transmission des virus VHB et VHD et des agents vitaux qui traitent efficacement l'infection du VHB et le VHC.

La situation de la prévalence de l'infection du virus de l'hépatite B particulièrement élevée en Guinée entre 8 et 10% de porteurs de l'AgHBs a été une préoccupation prise en compte dans les orientations définies dans la politique de santé 2015 -2017 et le plan national de développement sanitaire PNDS 2015-2024.

C'est dans ce cadre que le gouvernement Guinéen avec l'appui technique et financier de l'OMS ainsi que les autres acteurs a initié l'élaboration d'un plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales de 2017-2021, dont le processus a démarré en septembre 2016.

Cette unité chargée de la lutte contre cette affection est mise en place et sera annexée au programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida. Pour concrétiser cette vision, en quatre mois, une stratégie nationale de lutte contre les hépatites a été élaborée grâce à la mobilisation des experts du ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux.

La présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2016-2021, s'appuyant sur une analyse situationnelle sur les recommandations de l'OMS vise singulièrement la réduction des risques de transmission des hépatites virales basée sur les mesures préventives et la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques par un accès généralisé à une prise en charge médicale et psychosociale appropriée.

Toutefois, pour la réussite de cette stratégie, à côté de l'engagement politique affirmé, le leadership assumé par le Ministère de la Santé à travers le programme national de lutte contre le VIH/sida et des Hépatites Virales adapté aux enjeux de la participation communautaire, l'implication effective de tous les intervenants et un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux sont indispensables.

Le Ministère de Santé réitère sa disponibilité dans sa mission globale de lutte contre les maladies et singulièrement contre les Hépatites et compte sur l'appui des nationaux et internationaux pour les appuis techniques et financiers à la mise en œuvre de ce plan.

Le Ministre de la Santé

Dr Abdourahmane DIALLO

Table des matières

ABREVIATIONS ET SIGLES:	6
RESUME EXECUTIF:	8
INTRODUCTION	10
II. APPROCHE METHODOLOGIQUE :	13
PREMIERE PARTIE :	15
DONNES GENERALES SUR LA GUINEE	15
I. Profil général de la Guinée	16
1.1 Situation géographique :	16
1.2 Situation démographique :	16
1.3. Situation politique et administrative :	16
1.4. Situation socioéconomique :	16
I. II. Profil sanitaire	18
2.1. Organisation du système de santé :	18
2.2. Etat de santé de la population :	20
2.3. Prestations de services :	23
2.3.5. Système de santé :	27
2.3.5.1. Gouvernance et leadership	27
2.3.5.2. Ressources humaines	27
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES EN GUINEE	30
II. Surveillance épidémiologique	31
2.1.2.1. Le système de surveillance :	32
2.1.2.2. Le Système National d'Informations Sanitaires(SNIS) :	33
2.2. DEPISTAGE:	33
2.3. PREVENTION PRIMAIRE :	35
2.3.1. VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B	35
2.3.2. SENSIBILISATION DE LA POPULATION GENERALE AUX PRATIQUES A	37
RISQUE DE TRANSMISSION	37
2.3.3. SECURISATION DU SANG ET DES INJECTIONS	37
2.3.3.1. Sécurisation du sang	37
2.3.3.2. Sécurisation des injections	37
3. PRISE EN CHARGE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE :	38
3.1. SOINS ET TRAITEMENTS	38
4. Recherches :	39
5. CADRE ORGANISATIONNEL ET GESTION DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES	39

5.1. PROBLEMATIQUES DE L'ENDEMIE DES HEPATITES EN GUINEE. INFLUENCE DES DETERMINANTS DE LA SANTE :	39
VI. Organisation et gestion :	40
Troisième Partie : Composantes de la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales.....	42
PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES	43
(2017 – 2021).	43
3.1. OBJECTIFS :	43
3.1.1. Objectif général :	43
3.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES :	43
3.2.1. Renforcer la prévention de la transmission des hépatites virales.....	44
3.2.1.1. La sensibilisation.....	44
3.2.1.2. Promouvoir et généraliser la vaccination contre l'hépatite B :	47
3.2.1.3. La sécurisation du sang et des injections.....	49
3.2.2. Favoriser le dépistage et l'accès au dépistage	51
3.2.3. Prise en charge globale et traitement :.....	53
D. OS4 : Renforcer le dispositif de soins et améliorer la prise en charge médicale des personnes atteintes des hépatites virales (A, B, C, D et E) :	56
Interventions :	56
3.2.4.1 Objectif général: Intégrer les hépatites virales dans le système national de Surveillance épidémiologique	58
3.2.4.1.1. Surveillance épidémiologique de l'hépatite aiguë	58
3.2.4.1.2. Surveillance épidémiologique de l'hépatite chronique	59
3.2.4.1.3. Surveillance des complications des hépatites virales	60
3.2.4.1.3.: Améliorer le système de surveillance épidémiologique des hépatites virales	62
3.2.4.1.4. Renforcer les informations et documentations sur les hépatites virales en Guinée... <td>62</td>	62
3.3. Développer la recherche sur les hépatites virales :.....	63
Quatrième partie : Gestion et coordination du programme, suivi et évaluation du plan	65
Contexte :	66
4.2.. Statut :	66
4.2.1. Création :	66
42.2. Objet et missions :	66
4.2.3. Organisation et gestion :.....	68
4.2.4. Structures partenaires :	68
1.5. OBJECTIFS STRATÉGIQUES:.....	69
1.5.1. Créer un cadre juridique de lutte contre les hépatites virales.....	69
Interventions :	69

4.4.2. Assurer le fonctionnement de la coordination	70
4.4.4. Mobiliser les ressources financières	71
4.5. Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation :	71
Liste des personnes qui ont participé à l'élaboration de ce document stratégique :.....	72
PLAN D'ACTION STRATEGIE NATIONALE CONTRE LES HEPATITES VIRALES 2017-2021 ... Erreur ! Signet non défini.	
RECAPITULATIF DES COUTS PAR AXES STRATEGIQUES :.....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	91

ABREVIATIONS ET SIGLES:

Ac anti-HCV	Anticorps Dirigés contre le virus de l'hépatite C
AgHBs	Antigène de Surface du virus de l'hépatite B
ASC	Agent de Santé Communautaire
ARV	Antirétroviraux
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
CME	Centre Mère et Enfant
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNSE	Commission Nationale de Surveillance Epidémiologique
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CS	Centre de Santé
DNPSC	Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire
BSD	Bureau Stratégique et de Développement
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPA	Etablissement Public à Caractère Administratif
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HR	Hôpital Regional
INSP	Institut National de Santé publique
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IST	Infections Sexuellement Transmissible
MI	Mortalité Infantile
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MIJ	Mortalité Infanto-Juvénile
MM	Mortalité Maternelle
MNN	Mortalité Néonatale
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNPCSP	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida.
ONMT	Office National de la Médecine de Travail
ONUSIDA	Programme des Nations Unies de lutte contre le SIDA
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de lutte contre les Maladies non Transmissibles
PNLP	Programme national de lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSBD	Programme National de Santé Buccodentaire

PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNLAT	Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de Santé
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
TB	Tuberculose
TBS	Taux Brut de Scolarité
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF:

Au niveau mondial, l'infection du virus de l'hépatite B représente un problème majeur de santé publique. En moyenne une personne sur 12, vit avec une hépatite virale, tandis que 350 et 370 millions de personnes vivent avec le virus de l'hépatite B, et 130 à 170 millions avec le virus de l'hépatite C.

En Guinée, les différentes études parcellaires réalisées au cours de ces deux dernières décennies montrent des prévalences de l'AgHBs variant de 8 à 10 % dans le groupe des donneurs de sang. Ce taux place le pays dans la zone d'hyper endémicité de l'infection du virus de l'hépatite B.

En réponse à cette situation épidémiologique préoccupante, des mesures ont été prises en 2016 avec l'initiative d'élaborer un plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales en Guinée.

Une vision claire et une stratégie efficace de lutte contre les hépatites virales doivent voir jour pour accompagner, comme il se doit, cette initiative.

C'est conformément aux orientations définies dans la Politique nationale de santé publique 2015-2017 et en adéquation avec le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024, que s'inscrit la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017-2021.

La méthodologie adoptée a consisté à la mise en place d'un comité de pilotage et des groupes thématiques chargés de produire , d'examiner et d'améliorer le draft de stratégie élaboré au cours des ateliers qui se sont déroulés conformément au chronogramme ci-dessous :

- Atelier de démarrage du processus d'élaboration du PSN de lutte contre les hépatites virales en Guinée, le 14 Septembre 2016 au centre de dépistages du cancer de col de l'utérus à Donka ;
- Atelier de production du draft 0 du PSN, le 27 au 31 Octobre 2016 à Conakry au centre de perfectionnement et de gestion de Donka ;
- Atelier de validation technique du draft 1 du PSN à Kindia du 05 au 09 Décembre 2016 :
- Atelier de budgétisation du PSN du 19 au 23 Décembre 2016.

La version finale a été adoptée après avoir pris en compte des recommandations formulées sur le draft par l'Organisation mondiale de la santé.

La présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017-2021 vise singulièrement la réduction des risques de transmission des hépatites virales basée sur les mesures préventives et la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques par un accès généralisé à une prise en charge médicale et psychosociale appropriée.

Toutefois, pour la réalisation de ces résultats, des défis importants restent à relever, et des obstacles à surmonter. La clé résidera alors dans un engagement politique affirmé , un

leadership assumé par le ministère de la santé à travers l'unité de prise en charge des hépatites virales au sein du programme national de lutte contre les IST/VIH/sida , l'impulsion d'une coordination adaptée aux enjeux et un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Les valeurs d'éthique, d'équité, de justice, de solidarité guideront les choix stratégiques de la présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017 -2021 et garantiront une amélioration durable de la santé des populations.

La participation communautaire, l'implication effective de tous les intervenants, et une coordination efficace seront des éléments indispensables de réussite de la stratégie.

La mobilisation correcte des ressources nécessaires à la satisfaction des attentes légitimes des populations doit être menée âprement.

La stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017-2021, à l'horizon 2021 contribuera à consolider un système performant de prévention de la transmission des hépatites virales, et instaurer la couverture médicale, thérapeutique et psychosociale au bénéfice de la totalité de la population du pays.

La mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales autour des orientations capitales visent (i) la réduction de la transmission du virus de l'hépatite B et C (ii) la réduction de la morbidité et mortalité des hépatites virales (iii) la promotion du dépistage volontaire (iv) la documentation de l'endémie et le renforcement de la surveillance épidémiologique et (v) le renforcement de la coordination et la gestion de la lutte contre les hépatites virales.

Six Axes Stratégiques ont été retenus pour la mise en œuvre de ce plan :

1. Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC
2. Promouvoir l'accès au dépistage
3. Amélioration de la prise en charge globale des hépatites chroniques B et C
4. Développement de la recherche sur les hépatites B et C
5. Mise en œuvre de la surveillance épidémiologique
6. Renforcement de la gestion et la coordination de l'unité de lutte contre les hépatites virales et assurer le suivi et l'évaluation du plan.

Un plan d'action budgétisé pour la période 2017-2021 est élaboré dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie.

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, les systèmes nationaux de santé, notamment ceux des pays d'endémie élevée comme l'Afrique sub-saharienne, n'ont pas accordé aux hépatites virales, dans leurs programmes nationaux de santé, une place à la mesure de la menace qu'elles représentent pour la santé des populations. La conséquence est que la mortalité mondiale par hépatites virales a continué de progresser de façon linéaire, alors que celles du VIH-SIDA, de la tuberculose et du paludisme ont amorcé une décroissance significative entre 2005 et 2015 [1]. C'est pourquoi, après la résolution WHA 63.18 (2010) faisant des hépatites un problème mondial de santé publique, et déclarant le 28 juillet de chaque année, Journée Mondiale de l'hépatite, la 69^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé (2016) a adopté la Stratégie Globale Mondiale 2016-2021 du Secteur de la Santé dont l'objectif est l'élimination de ces endémies à l'horizon 2030 [1, 2].

Pour appuyer les Etats-Membres dans l'élaboration des programmes nationaux de lutte contre les hépatites en vue d'atteindre cet objectif, l'OMS a élaboré des *guides* et des *lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique* [3, 4] et à *hépatite C chronique* [5, 6]. Ces référentiels, ainsi que la Monographie de l'OMS intitulée "*Prévention et lutte contre l'hépatite virale : Cadre pour l'action Mondiale*" [7] sont les référentiels utilisés dans l'élaboration du présent plan stratégique de lutte contre les hépatites virales.

L'hépatite virale est une inflammation du foie provoquée par l'un des cinq types de virus A, B, C, D et E. Si tous sont pathogènes pour le foie, ces virus sont sensiblement différents tant du point de vue de leur épidémiologie, de leur histoire naturelle et de l'évolution des maladies qu'ils déterminent [1, 7].

Les virus de l'hépatite A (VHA) et de l'hépatite E (VHE) sont transmis en général par voie féco-orale, soit par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés, soit par contact direct d'une personne à l'autre. Les infections aiguës par ces deux virus sont généralement bénignes, et la plupart des personnes atteintes guérissent complètement ; elles n'évoluent pas vers la chronicité, et ne donnent pas de maladies chroniques du foie, sauf pour certains génotypes du VHE chez les sujets immunodéprimés, notamment les receveurs de transplantations d'organes sous immunosuppresseurs. Il n'y a pas de traitement spécifique pour les hépatites virales A et E. La prévention est basée sur les mesures générales d'hygiène, la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, et la vaccination.

L'hépatite B a une distribution mondiale, avec des prévalences très variables d'une région à l'autre. L'Afrique sub-saharienne est l'une des zones d'endémie élevée dans lesquelles la prévalence de l'infection chronique dans la population adulte varie de 5 à 10 %. Dans ces régions, la transmission du VHB se fait essentiellement par voie verticale mère-enfant, ou par voie horizontale dans la période périnatale par le contact avec une personne infectée. Les populations à risque sont donc les enfants nés de mères atteintes d'hépatite B et les sujets-contacts, c'est-à-dire les personnes vivant sous le même toit. Les autres modes de contamination sont l'exposition percutanée ou muqueuse à du sang ou à d'autres sécrétions biologiques (salive, sueurs, sperme, sécrétions vaginales...), faisant de l'hépatite B une

maladie sexuellement transmissible. La vaccination contre l'hépatite B est le moyen idéal de prévention contre les infections par le VHB [1, 3, 4, 7].

Le virus de l'hépatite C (VHC) est aussi mondialement répandu. En Afrique, les régions les plus atteintes sont l'Afrique du Nord et de l'Ouest. La transmission se fait essentiellement par exposition percutanée ou muqueuse à du sang, notamment lors d'injections ou d'actes médicaux, et d'usage de drogues par voie veineuse ou per-nasale. La transmission mère-enfant et la transmission sexuelle sont plus rares. Les moyens de prévention des hépatites B et C sont la sécurisation des dons de sang, des injections et des pratiques entraînant une effraction cutanée (scarifications, tatouages, acupuncture, piercing...), les actions ciblées en faveur des usagers de drogue pour réduire les risques, et la promotion des bonnes pratiques en matière sexuelle [1, 5, 6, 7].

La contamination par le virus de l'hépatite D (VHD) se fait par le contact avec du sang infecté. Elle ne survient que chez les personnes infectées par le VHB. Par conséquent, la prévention de l'hépatite D passe par la vaccination contre l'hépatite B et les autres mesures de prévention contre cette maladie [1, 7].

Les virus B et C déterminent des hépatites aiguës généralement asymptomatiques dans plus de 80 % des cas (maladies silencieuses). Leur gravité particulière est liée à la possibilité d'évolution à bas bruit pendant plus de vingt ans vers la chronicité avec le risque de complications qui en résulte, la cirrhose et le cancer du foie. Pour l'hépatite B, le risque d'être porteur chronique du VHB dépend de l'âge du sujet au moment de la contamination ; il est de 90 % quand l'infection survient à la naissance, et inférieur à 5 % quand l'infection survient à l'âge adulte ; parmi les porteurs chroniques du VHB, 20 - 30 % développent ces complications, causes de décès prématuré [3]. Pour le VHC, l'évolution vers la chronicité survient dans 55 - 85 % des cas. Dans le groupe de malades atteints d'hépatite chronique C, le risque de développer une cirrhose est de 15 - 30 % en 20 ans ; parmi les malades cirrhotiques, le risque de survenue du cancer du foie est de 2 - 4% par an [5]. L'hépatite virale est aussi une cause importante de mortalité en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Parmi les 34 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde, 5 et 15 % sont co-infectées par le VHB et 2,3 millions par le VHC [3, 5].

Sur le plan thérapeutique, des antiviraux actifs sur le VHB sont disponibles. Ils sont indiqués pour supprimer la réPLICATION virale, empêcher l'évolution vers la cirrhose, et réduire le risque du carcinome hépatocellulaire (CHC). Cependant, chez la plupart des personnes traitées, les médicaments actuellement disponibles ne peuvent pas éradiquer le virus. Ceci peut rendre les traitements à vie nécessaires. En outre, ces traitements ne sont pas largement disponibles ou utilisés en Afrique sub-saharienne en raison de leurs coûts trop élevés, et par conséquent, les interventions précoces visant à prévenir les stades avancés de l'hépatopathie chronique n'existent pas [3, 4]. Le traitement de l'hépatite C a connu de grandes avancées ces dernières années avec l'apparition des antiviraux d'action directe faciles à administrer (par voie orale), bien tolérés et très efficaces avec des taux de guérison > 90 % [5, 6].

L'hépatite virale est un problème mondial de santé publique en raison de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie. A l'échelle mondiale, l'OMS estime qu'environ 240 millions de personnes ont une infection chronique par le VHB, et 130-150 millions une infection chronique par le VHC ; les formes aiguës et les hépatopathies compliquant les formes chroniques (cirrhose, cancer du foie) sont responsables de 1,4 millions de décès par an, dont 47% sont attribuables au VHB, 48% au VHC, et le reste au VHA et au VHE [1].

Les déterminants de la santé influencent considérablement les endémies virales. Les problèmes environnementaux, notamment ceux liés à l'assainissement et à l'accès à l'eau potable, favorisent la transmission des hépatites A et E ; le manque de priorisation des hépatites dans les programmes nationaux de santé publique par les Etats et le bas niveau de vie des ménages sont de sérieux obstacles au dépistage, au diagnostic, à l'accès aux soins de qualité, au suivi et au traitement des malades. Sur le plan de l'individu, des ménages et de la société, la cirrhose et le cancer du foie sont des maladies invalidante, sources de stigmatisation et de discrimination dans les ménages, dans la communauté et sur les lieux du travail ; ils entraînent l'affaiblissement de la population active et par conséquent la diminution de la productivité pour l'Etat, l'appauvrissement des ménages, la diminution de l'espérance de vie de la population générale, et in fine, le décès prématuré d'adultes jeunes, laissant des veufs et des orphelins de bas âge sans ressources.

En Guinée, aucune étude d'envergure nationale n'a été réalisée pour avoir une séroprévalence nationale des hépatites virales. Cependant quelques études parcellaires réalisées et les données du Centre National de Transfusion sanguine ont permis d'avoir quelques résultats.

Ainsi, entre 1998 et 2001 la séroprévalence du portage de l'AgHBs chez les donneurs de sang au CNTS de Conakry était de 14,85% [8].

Une étude faite dans le service d'Endocrinologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry en 2003 chez 248 patients diabétiques présentait une séropositivité vis-à-vis de l'hépatite B de 8,06% [9].

Le dépistage systématique du VHC n'a été introduit dans la routine au CNTS qu'à partir de 2005. Selon Touré M. [10], au cours d'une évaluation de la prévalence globale des anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) en 2005 chez 400 malades hospitalisés au CHU de Conakry, 2,75% des sérums (11/400) ont été confirmés positifs.

Ces taux placent le pays dans la zone d'hyper endémicité de l'infection du virus de l'hépatite B. Les prévalences des Ac anti-HCV observées sont relativement faibles, globalement moins de 3%.

Le manque de priorisation de la question des hépatites dans les programmes nationaux de santé a eu pour conséquences l'augmentation régulière de la mortalité liée à cette endémie contrairement à celles liées au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme qui sont en décroissance depuis 2005. La stratégie globale mondiale du secteur de la santé pour l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030, telle que définie par l'Assemblée Mondiale de la

Santé en mai 2016, marque un tournant dans la perception que la communauté internationale a de cette endémie.

Dans cette perspective, le Gouvernement avec l'appui de l'OMS a projeté d'élaborer ce présent plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales en Guinée, et cela sous l'égide du Programme National de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida. L'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre les hépatites virales en Guinée s'inscrit dans ce contexte, avec la vision de conduire la République de Guinée à l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030.

C'est conformément aux orientations définies dans la Politique nationale de santé publique en conformité avec le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2020, et aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, que s'inscrit la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017-2021

La méthodologie adoptée a consisté à la mise en place d'un comité de pilotage et des groupes thématiques chargés d'examiner et d'améliorer le draft de stratégie élaboré au cours des différents ateliers qui se sont déroulés du 1^{er} Septembre au 23 Décembre 2016.

Le présent document se présente comme suit :

- Une présentation du contexte national : géographie, démographie, etc...;
- Analyse de la situation de la lutte contre les hépatites virales en Guinée ;
- Axes stratégiques ;
- Plan de mise en œuvre.

II. APPROCHE METHODOLOGIQUE :

Partant de l'absence d'ébauche de stratégie de lutte contre les hépatites virales en Guinée, le Ministère de la santé à travers le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) avec l'appui technique et financier de l'OMS en collaboration avec les parties prenantes. Le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) a institué un comité de pilotage chargé de l'élaboration, de la finalisation et de la validation du CSN de lutte contre les hépatites en Guinée, composé de principaux acteurs et partenaires.

La méthodologie utilisée a consisté à :

La revue documentaire :

- La rencontre des parties prenantes ou des principaux acteurs censés être impliqués dans la lutte contre les hépatites virales en Guinée ;
- La réunion de démarrage des activités d'élaboration du comité de pilotage ;
- L'atelier d'élaboration du draft 0 du document par le comité de pilotage ;
- L'atelier de budgétisation ;
- La réunion de mise en commun ;
- L'atelier de restitution et de validation du cadre stratégique national de lutte contre les hépatites virales en Guinée.

Les réunions du Comité de pilotage ont permis de désigner les groupes thématiques, déterminer leur composition et termes de référence et arrêter un chronogramme.

Les groupes thématiques sont formés comme suit :

1. Prévention de la transmission du VHB et du VHC ;
2. Prise en charge médicale et thérapeutique des hépatites virales chroniques B et C. ;
3. Dépistage, surveillance épidémiologique et Recherche sur les hépatites B et C ;
4. Gestion et coordination du programme –Assurer le suivi et l'évaluation du plan.

Les travaux des groupes thématiques ont consisté à :

- Faire des remarques sur la formulation des axes prioritaires ;
- Parcourir les propositions sur l'axe spécifique ;
- Relever les points pertinents de l'analyse et au besoin modifier ou reformuler ;
- Revoir les objectifs et stratégies ;
- Revoir les actions proposées, se prononcer sur la pertinence et la faisabilité et au besoin compléter par d'autres actions ou modifier les formulations ;
- Affiner le tableau d'estimation de coût par actions ou au besoin par stratégie.

Suite à un examen approfondi des thématiques de chaque groupe, des décisions importantes ont été validées par le comité de pilotage puis intégrées dans le document final de la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales.

PREMIERE PARTIE :
DONNES GENERALES SUR LA GUINEE

I. Profil général de la Guinée

1.1 Situation géographique :

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

1.2 Situation démographique :

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 a déterminé la population guinéenne à 10.628.972 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (51,62%). En 2012, le taux brut de mortalité est de 10,19‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38% avec un indice synthétique de fécondité de 5,11. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans [11].2.

1.3. Situation politique et administrative :

Au plan politique, la Guinée s'est engagé dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé. Sur le plan administratif, elle est composée de 8 entités régionales qui correspondent aux régions sanitaires que sont : N'Zérékoré, Kankan, Faranah, Mamou, Labé, Boké, Kindia et la zone spéciale de Conakry.

Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires. Le pays est classé 179eme/187 pays selon Indice de développement Humain [12].3.

Situation socioéconomique :

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde.

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 était marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

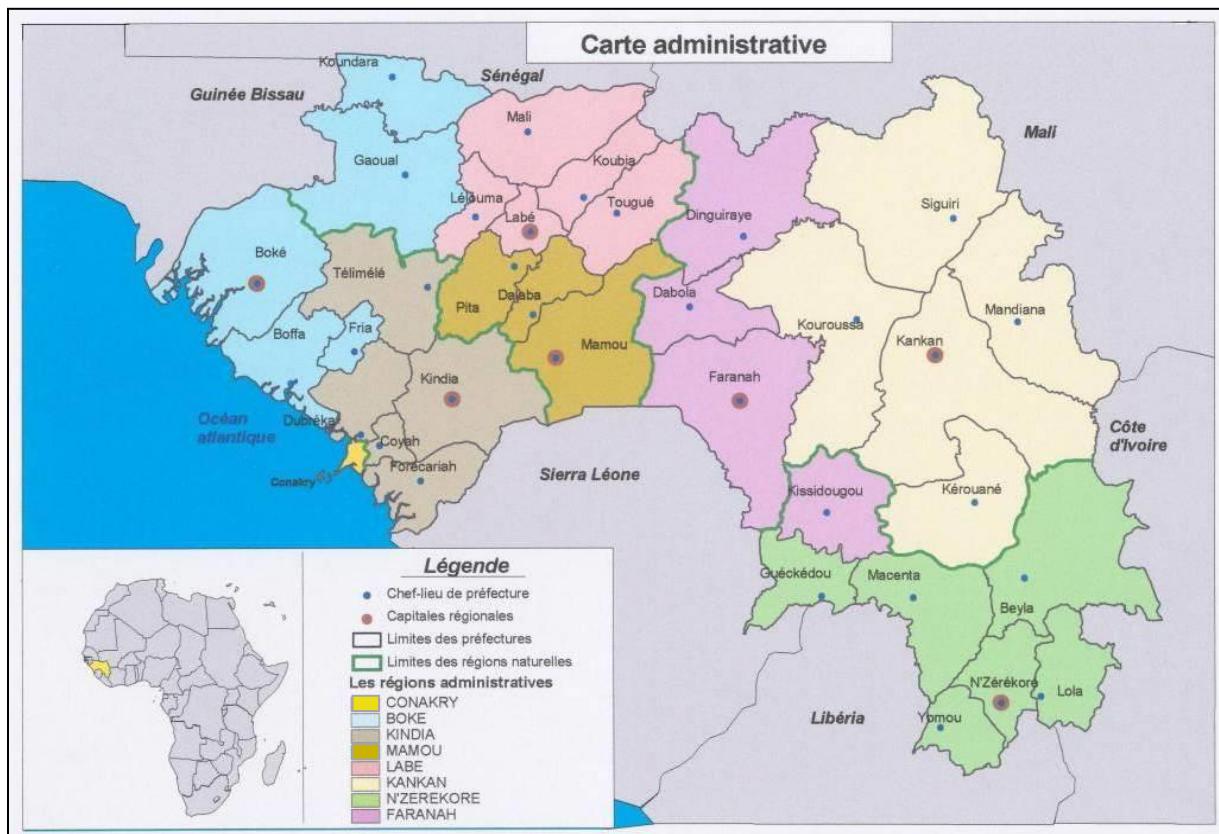
¹EDS IV 2012

²PNUD, RMDH 2010.

³ Rapport PNUD 2014

La croissance économique est estimée à 3,9%, soit le même niveau qu'en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

Figure 1: Carte administrative de la Guinée



II. Profil sanitaire

2.1. Organisation du système de santé :

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système de soins guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé. Le système national de soins est organisé de manière pyramidale de la base au sommet (le Poste de Santé, le Centre de Santé, l'Hôpital Préfectoral ou Communal, l'Hôpital Régional et l'Hôpital National) et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

En matière de politique de santé, la Guinée a opté pour la stratégie de décentralisation en vue de l'accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre et les Directions Nationales.

Le niveau central est principalement chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la mobilisation des ressources et de la coordination de l'aide apportée au secteur, de la définition des normes et standards de qualité, du suivi et de l'évaluation, de la formation continue :

Le niveau régional correspond aux 07 régions sanitaires et la ville de Conakry, comprenant, chacune, une Direction Régionale de la Santé. Ce niveau est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé, de coordonner les activités sanitaires des districts et d'assurer l'appui technique et logistique à ces derniers.

Le niveau périphérique, lieu de premier contact du malade avec le système de santé, il correspond aux 33 districts sanitaires et aux 05 DCS (Directions communales de la santé) et est chargé de la mise en œuvre des interventions de santé et de l'organisation de la participation communautaire. Avec une équipe cadre en charge de la planification et de la supervision, ce niveau est le niveau opérationnel où ont lieu la plupart des interactions entre les partenaires du système.

L'offre de soins représente l'ensemble des établissements de soins publics, parapublics et privés implantés sur le territoire national avec leur contenu, leur fonctionnement et les résultats qu'ils produisent pour répondre à la demande de la population.

L'offre de soins globale dans le pays est organisée de façon pyramidale et comprend : les sous-secteurs public, parapublic et privé.

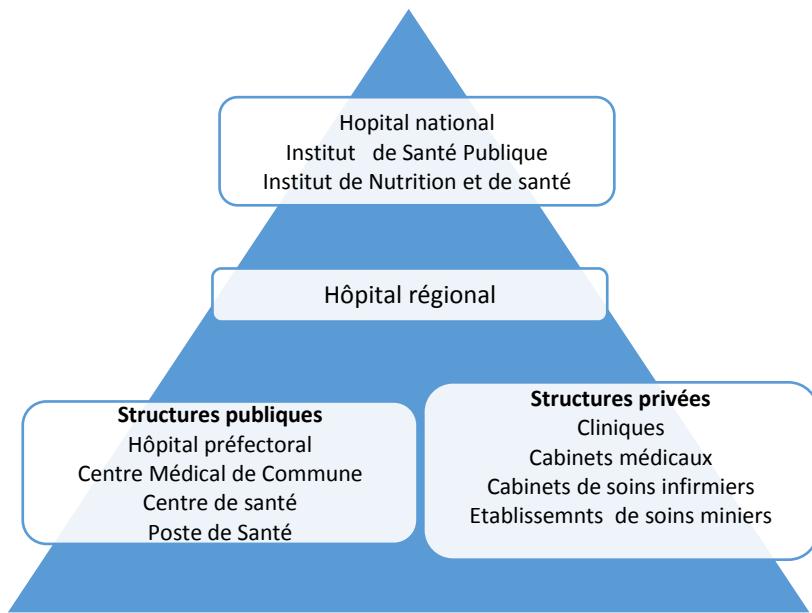


Figure 2 : Répartition de l'offre de soins en fonction du niveau de pyramide sanitaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont: la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médicotechniques.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Le Laboratoire National de Santé Publique et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses démembrements (CRTS, UHTS) puis les services rattachés au MS (Services de santé scolaire et universitaire, la médecine de travail et la promotion de la santé).

Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités 4 et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

⁴ Section Équipement de la DNEHS 2011

Le sous-secteur parapublic est Composé de structures de santé militaire (16 unités médicales des armées et 8 centres médico-chirurgicaux des armées, 1 Hôpital militaire) et des établissements de soins miniers dans les préfectures de Conakry, Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye, Kérouané et Beyla.

Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). Il comprend 41 Cliniques, 106 Cabinets médicaux, 17 Cabinets dentaires, 16 cabinets de sages-femmes, 152 Cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de santé associative et confessionnelle.

La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical.

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services. On y compte 1044 structures recensées de toutes catégories confondues (structures pharmaceutiques et biomédicales composées de points de vente, d'officines privées, de sociétés grossistes) dont les 2/3 se trouvent dans la ville de Conakry. [13].⁵

L'intégration des activités de prise en charge du VIH dans le système de santé est faite selon deux approches :

- L'approche intégrée qui consiste à introduire dans le paquet minimum d'activités des structures, la prise en charge du VIH/sida.
- L'approche verticale quant à elle consiste à avoir des centres spécialisés de prise en charge: Le CTA (Centre de traitement ambulatoire), au nombre de 05 dont 04 à Conakry et 01 à N'zérékoré.

2.2. Etat de santé de la population :

En Guinée, l'espérance de vie à la naissance est de 56 ans avec plus de la moitié de la population (55%) qui vit en dessous du seuil de pauvreté (BM, 2012). Les taux de mortalité restent parmi les plus élevés de la sous-région (ratio de mortalité maternelle 724 pour 100.000 naissances vivantes, taux de mortalité infantile juvénile 123‰, taux de mortalité infantile 67‰⁶). Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et la mortalité infantile juvénile restent encore très élevées. Entre 2005 et 2012⁷, la mortalité maternelle est passée de

⁵ EGS-MS (Etats Généraux de la Santé Ministère de la Santé 2014

⁶EDS 2012Ministère do Plan, Guinée

⁷EDS III 2005 & EDS IV 2012

980 à 724 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 163‰ à 123‰ et la mortalité infantile de 91‰ à 67‰.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une parasitémie de 44% chez les enfants⁸. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. Il constitue la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012⁹ dans la population générale. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations avec une épidémie de type « généralisée ». La prévalence chez les femmes enceintes de 2,5%.

La prévalence de la Tuberculose de 178 TPM+ pour 100 000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection TB/VIH. De plus, la méningite, le choléra et la rougeole sévissent de manière endémo-épidémique. Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge¹⁰. Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère.

Il est à noter que les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine [14].¹¹.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

⁸EDS 2012
⁹EDS 2012

10 EDS 2012

11 Enquête STEPS 2010

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du pays.

Tableau 1: Données démographiques, socio-sanitaires et économiques

Superficie	245.857km ²
Population Totale en 2014 (RGPH, 2012)	10.628.972 habitants
Population Urbaine	28% (estimation 2008) **
Population de moins de 15 ans	43,23% (estimation de 2012) **
Densité	41,42hab/km ²
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	2,38 %**
Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)	58,9 ans
Taux d'alphabétisme global des adultes (ELEP, 2008)	34,5%
PIB par habitant	Inferieur a 556\$*[1]
Indicateur de développement Humain (IDH)	0,456*
Classement sur la base de l'IDH (2012)	178 ^{ème} /186 pays*
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDSG IV2012)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSG IV2012)	123‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100.000 NVs
Prévalence de la Tuberculose (2005)	178 TPM+ pour 100.000 habitants
Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)	45% en 2012
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54% ^[2]
Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	0.3
Enfants de 12-23 mois complètement vaccines	37%
Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)	85%
Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)	57%
ISF (EDS IV, 2012)	5.1
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,40%
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	49,2% (DRSP1-2002) ; 53,4% (EICB 2006) ; 58% (DSRP3 -2010) ***

Sources : * PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009, ** Ministère du Plan et de la Coopération-Guinée : INS, Septembre 2009, 2012, *** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

[1] En 2009, la croissance économique a été négative se situant à -0,3%, alors qu'elle était de 1,9% alors que l'accroissement de la population est de 3,1% par an. En 2010, le déficit du budget de l'Etat s'est situé à -14,4% du PIB et a été essentiellement financé par la planche à billets, entraînant une inflation monétaire qui est passée de 7,9% en Décembre 2009 à 20,9% en Décembre 2010, avec des réserves de change inférieur à 2 mois d'importations.

[2]Selon l'EDS3, la moyenne nationale était de 1,7 (2% à Conakry et dans certains centres urbains mais à peine 1% dans certains Préfectures).

2.3. Prestations de services :

2.3.1. Couverture en rapport avec la continuité des soins selon le cycle de vie

Pour analyser la continuité des couvertures en interventions essentielles en Guinée, six étapes cruciales de la vie ont été distinguées, dont trois concernent la santé maternelle et néonatale, et trois la santé infanto-juvénile et des adolescents. Au premier constat, on note des Occasions Manquées par rapport à la continuité des soins comme l'illustre la figure 2 ci-dessous.

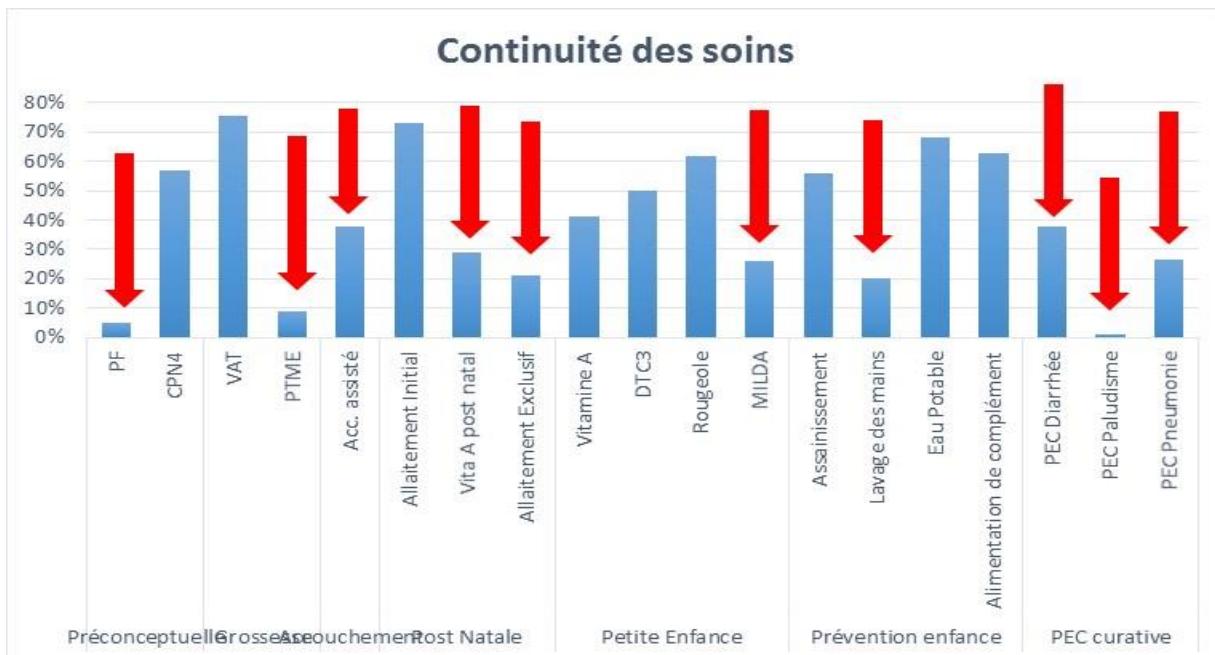


Figure 3 : Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée :

L'examen de ce graphique montre une image en dents de scie des différentes interventions avec, pour le même groupe, une diversité des couvertures en interventions passant du simple au triple, voire au quintuple. Ainsi on constate:

- une couverture de plus de 57% des femmes enceintes en CPN, moins de 10% bénéficiaient de la PTME ; donc, 40% des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ;
- malgré un allaitement précoce élevé de 73%, il n'y a que 21% des enfants de 0 à 59 mois qui bénéficient d'allaitement exclusif. On ne profite pas d'une couverture élevée en suivi prénatal (57%) et en allaitement précoce (73%), alors qu'il s'agit de deux occasions cruciales pour conseiller les mères sur des bénéfices d'un allaitement exclusif à la fois pour elles (amélioration de la délivrance et MAMA) et pour leurs bébés (prévention de la diarrhée, de l'infection respiratoire et de la malnutrition) ;

- la vaccination étant le véhicule idéal de la distribution des consommables promotionnels (respectivement vitamine A et moustiquaires imprégnées), les gradients observés constituent de véritables opportunités manquées qui auraient pu profiter aux enfants de moins de 5 ans ;
- dans le cadre d'une PCIME appliquée tant au niveau communautaire (avec CCC) qu'au niveau clinique, les prises en charge des trois principales causes directes de mortalité infanto-juvénile auraient dû être assez proches.

2.3.2. Couverture des interventions au niveau communautaire :

Pour le niveau familial et communautaire, la moyenne des interventions applicables liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'allaitement exclusif et à l'utilisation à domicile en cas de diarrhée, de la thérapie de réhydratation par voie orale, sera prise en compte pour apprécier les goulots d'étranglement. Ces traceurs représentent les interventions qui sont menées au niveau du ménage et qui devraient être suscitées, encouragées et accompagnées par le système de santé.

Les principales entraves à l'extension de la couverture des services de santé à ce niveau.

- **Au niveau de la disponibilité des intrants:** la faible disponibilité des intrants au niveau des SBC est due à une insuffisance de dotation de kits de communication et de sensibilisation aux ASC, la faible dotation des ASC en kits de prise en charge des maladies comme le paludisme simple, les IRA, la diarrhée et la malnutrition modérée et en contraceptifs pour la distribution à base communautaire. En outre, avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola, les ASC doivent disposer de kits d'hygiène et d'assainissement pour développer des actions de prévention. Pour quelques ASC qui possèdent actuellement ces intrants se font dans le cadre de certains partenaires qui suivent leur propre agenda. Il s'agit souvent d'un ou plusieurs programmes qui développent leurs activités au niveau communautaire sans une vision d'intégration de tout le paquet communautaire.
- **Au niveau de la disponibilité en ressources humaines :** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé) est insuffisant au regard du paquet d'activité actuellement développé dans la communauté. En Guinée, les ASC ne sont pas présentes dans tous les villages, et là où ils existent, leur nombre est limité pour faire la couverture adéquate des villages. Le document national de politique de santé communautaire ne définit pas une norme pour assurer un nombre minimum des ASC par village, mais une moyenne de 5 agents communautaires autour d'un centre de santé. En outre le bénévolat ne permet pas une fidélisation de ce type de ressources humaines en santé. En effet, l'insuffisance ou absence de motivation pour les ASC, est un facteur qui limite la qualité de leurs prestations. La motivation pour les ASC n'est pas définie d'une manière systématique par le MS ou les communautés. Les ASC doivent procurer leurs propres moyens de transport et dépenser leurs propres ressources suite à l'insuffisance d'appui institutionnel et communautaire.
- **Au niveau de l'accessibilité aux services à base communautaire:** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé), l'insuffisance de moyen logistique pour les ASC et

L'utilisation insuffisante des canaux de communication ne permettent pas à l'ensemble de la population d'accéder aux messages véhiculés par les ASC mais également à la prise en charge des maladies pour les villages enclavés (soit situés au-delà de l'aire géographique de la formation sanitaire, soit lié à des obstacles naturels).

- **Au niveau de l'utilisation :** Le faible niveau d'utilisation des services au niveau communautaire est lié à la mise en œuvre insuffisante de la PCIME communautaire, aux pesanteurs socioculturelles et religieuses, à l'insuffisance des messages pour le changement des comportements, à l'insuffisance de ressources financière pour la mise en œuvre d'activités d'IEC et à la faible implication des leaders d'opinions dans la mise en œuvre des activités de promotion. Le goulot d'étranglement se situe au niveau d'une faible adoption des comportements adéquats en santé et nutrition au niveau des ménages. Cette situation peut être due à plusieurs facteurs. D'une part les croyances culturelles, comme par exemple l'interdiction de la consommation des œufs par les femmes enceintes, et d'autre part les normes sociales, comme par exemple la femme qui ne peut pas accéder aux services de planification familiale sans la permission du mari, empêchent que les comportements promotionnés de santé et nutrition, soient correctement adoptés au niveau des ménages.
- **Au niveau de la qualité :** la faible couverture effective des interventions à haut impact au niveau des groupes cibles s'explique essentiellement par l'insuffisance de formation des ASC sur la promotion de la santé mais également sur la PCIME communautaire. Les ASC qui sont déjà en place, n'ont pas nécessairement reçu une formation suffisante pour pouvoir mettre en œuvre l'ensemble du paquet communautaire intégré. La fonction d'ASC est maintenant inadaptée par rapport au paquet minimum d'activités à développer au niveau de la communauté. Il n'existe pas un plan national de formation des ASC. Pour la plupart des ASC, les formations reçues se produisent sous le patronage d'un partenaire qui suit son propre agenda. Souvent, les ASC sont dédiées à un seul programme ou sont reliés à une activité spécifique appuyée par un partenaire.

2.3.3. Couverture des interventions programmables ou orientées vers les populations :

Pour ce mode, son analyse se base sur la moyenne de 4 traceurs suivants : la planification familiale, la consultation prénatale recentrée, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et la vaccination des enfants de moins d'un an.

Ce groupe représente l'ensemble du paquet des interventions préventives, programmables, développées dans les services périphériques de santé (PS et CS) et bénéficiant de l'appui des Programmes spécifiques verticaux à coûts de financements non négligeables.

Les principales entraves à ce niveau sont :

- **Au niveau de la disponibilité des intrants :** une insuffisance de la disponibilité des intrants par rapport aux populations cibles. Cet état de fait ne devrait pas constituer le goulot d'étranglement prioritaire tant que l'on ne dispose pas des garanties d'utilisation effective

de ce qui est déjà disponible. Cependant, bien que la disponibilité soit à 78%, il faut signaler les ruptures fréquentes en intrants dus à la mauvaise estimation des besoins en fonction de la population cible (Insuffisance dans la maîtrise des commandes), à l'approvisionnement irrégulier des services (Vétusté de la logistique roulante de la PCG et de la coordination du PEV), à la mauvaise gestion des intrants et à l'insuffisance de la décentralisation de la distribution. Ces causes sont liées à l'insuffisance des capacités du personnel en matière de gestion des stocks, au mauvais fonctionnement de la chaîne de froid aux niveaux régional et district et la non fonctionnalité d'un système d'information logistique dans la plupart des districts.

- **Au niveau de la disponibilité des RHS :** une insuffisance en ressources humaines, même si ce problème n'est pas aussi prioritaire que celui de la faible disponibilité des intrants, ceci démontre que la Guinée fait partie des pays touchés par la crise mondiale en ressources humaines de la santé. En effet, l'analyse de la situation a ressorti une disponibilité de 52%. Cette insuffisance en ressources humaines est occasionnée par la mauvaise répartition du personnel, la faible motivation du personnel (administrative et financière) qui ne les incitent pas à rester dans les zones défavorisées.
- **Au niveau de l'accessibilité aux services orientés vers la population :** une insuffisance d'accès géographique aux stratégies fixes et avancées de prestations des services et soins de santé malgré une légère amélioration de la disponibilité en ressources humaines ; l'utilisation initiale plus importante exprimerait un effort additionnel des populations venant d'au-delà du cercle d'accès. Cette situation est due à une mauvaise répartition des formations sanitaires, à la faible intégration des structures privées dans ces types d'activités mais surtout l'insuffisance de mise en œuvre de la stratégie avancée par manque de moyens logistiques ou de carburant.
- **Au niveau de l'utilisation continue :** un goulot d'étranglement au niveau de l'utilisation continue par rapport à l'utilisation initiale mettant en exergue les questions d'organisation des services, d'accueil des femmes ainsi que des coûts de transport et d'opportunité.
- **Au niveau de la qualité des prestations :** un autre goulot d'étranglement au niveau de la couverture effective par rapport à l'utilisation continue ; la faiblesse de l'assurance qualité des produits utilisés et l'insuffisance de la formation continue ainsi que de la supervision formative en seraient les principales causes.

2.3.4. Couverture des interventions au niveau clinique

Pour ce mode d'intervention, l'analyse se base sur les 4 traceurs représentant l'ensemble du paquet des interventions curatives efficaces (avec évidences scientifiques) qui doivent être continuellement disponibles dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de répondre à la demande des populations quand elles sont malades :

Deux traceurs exprimant la prise en charge clinique au niveau des soins cliniques primaires (Centre de Santé ou PS): *l'accouchement assisté par un personnel qualifié et la prise en charge des IRA chez les enfants de moins de 5 ans.*

La structure centrale pour ce niveau – (CS et PS) – étant la même que celle du niveau « orienté vers les populations », le graphique d’analyse des goulots d’étranglement est similaire au précédent.

Les deux interventions traceuses qui expriment la première (CSA, CMC et Hôpital préfectoral) et la deuxième référence (Hôpital Régional et Hôpital National) pour les soins aux femmes, aux enfants et aux adultes sont:

- La prise en charge des grossesses à risque dans des structures SONUB
- La césarienne dans des structures SONUC.

Au niveau clinique de référence, l’analyse de la couverture des populations montre la faiblesse globale de tout le système de référence, et dénote un système qui n’est pas capable actuellement de participer efficacement à l’amélioration de la santé des populations. En effet, avec une disponibilité en ressources humaines et matérielles essentielles (en particulier le petit équipement et les médicaments) à 20% des besoins et une accessibilité inférieure à 10%, il n’est pas possible de s’attendre à un passage à échelle de ces interventions dans le court ou le moyen terme en l’absence de mesures et réformes efficaces.

2.3.5. Système de santé :

2.3.5.1. Gouvernance et leadership

En matière de gouvernance, un certain nombre d’atouts sont relevés. Il s’agit entre autres de l’existence d’un cadre juridique, institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS). Au-delà de ces éléments, le processus de décentralisation et de déconcentration en cours offre des opportunités pour l’amélioration de la redevabilité et un renforcement effectif de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle.

2.3.5.2. Ressources humaines

L’effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non-professionnels¹². Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d’Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%.

¹² Ministère de la Santé et de l’Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

Tableau III : Distribution des RH professionnelles de la santé par région et par sous-secteur :

Sous-secteur	Boké	CKY	Fnh	Kkn	Kind	Labé	Mam	Nzé	Pays	%
Privé	0	1148	6	0	29	3	17	0	1203	12%
Public	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	88%
Total	473	5332	597	638	843	571	398	822	9674	100%

Tableau IV: Répartition du personnel de santé du secteur public par région et milieu de résidence

Milieu de résidence	Boké	Cky	Fnh	Kkn	Kind	Labé	Mam	Nzé	Pays	%	Population du pays
Rural	144		212	214	196	242	153	264	1425	17%	70%
Urbain	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83%	30%
Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100%	100%
Pourcentage	6%	49%	7%	8%	10%	7%	4%	10%	100%		

Source : Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2011.

La densité des professionnels de santé dont la formation initiale et continue est par ailleurs souvent inadéquate est inférieure à la norme régionale de l'OMS et la répartition de ces ressources est très inégale (17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays). Cette situation a aggravé la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé conduisant à une utilisation préférentielle des radiothérapeutes et des cabinets médicaux non intégrés au système.

Les principales insuffisances:

- Insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif ;
- Insuffisance qualitative du personnel ;
- Inadéquation entre la formation et les besoins du système de santé ;
- Insuffisance de la régulation des institutions de formation ;
- Mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, Forte inégalité dans la répartition du personnel ;
- Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ;
- Formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins ;
- Absence de démarche qualité ;
- Absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité et de promotion de l'éthique professionnelle.

Les principales insuffisances

De manière générale, bien que reconnue comme secteur prioritaire dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté, la santé ne bénéficie que d'une entraînant les conséquences mentionnées plus haut.

- **Gouvernance politique :**

- Insuffisance du cadre législatif et règlementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité ;
- Absence d'encadrement du prix des médicaments ;
- Faible culture de redevabilité et de transparence ;
- Faible participation/implication effective des communautés à la base ;
- Manque de régulation et de contrôle des structures de prestations de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies.

- **Gouvernance organisationnelle :**

- Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé
- Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants ;
- Absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé;
- Faibles capacités institutionnelles ;
- Partenariat public-privé presque inexistant ;
- Insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur ;
- Absence de mécanismes de redevabilité et de mécanismes de motivation
- Faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l'échange d'information particulièrement en situation de crise.

**DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES
EN GUINEE**

II. Surveillance épidémiologique

2.1. Données épidémiologiques :

2.1.1. Indicateurs épidémiologiques :

Incidence des hépatites aiguës A, B, C, D, E et Prévalence des hépatites chroniques B, C et D.

Il y'a lieu de mentionner l'absence d'enquêtes nationales représentatives de la population générale sur la prévalence des hépatites virales en Guinée.

Cependant, les différentes études réalisées au cours des 3 décennies, bien que parcellaires, génèrent des données informatives. Elles montrent des prévalences de l'AgHBs variant de 8 à 14,85% chez les donneurs de sang au CNTS de Conakry entre 1998 et 2001, placeraient le pays dans la zone d'hyper endémicité de l'infection du virus de l'hépatite B. Une étude faite dans le service d'Endocrinologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry en 2003 chez 248 patients diabétiques présentait une séropositivité vis-à-vis de l'hépatite B de 8,06%. Le dépistage systématique du VHC n'a été introduit dans la routine au CNTS qu'à partir de 2005. Selon Touré .M.24, au cours d'une évaluation de la prévalence globale des anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) en 2005 chez 400 malades hospitalisés au CHU de Conakry, 2,75% des sérums (11/400) ont été confirmés positifs.

Les prévalences des Ac anti-HCV observées sont relativement faibles et tournent globalement autour de 3%.

Tableau 5 : Prévalence de l'AgHBs, Ac-anti syphilitique, VIH et HCV chez les donneurs de sang de 2010 à 2015.

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de donneurs						
Marqueurs	Prévalence %					
AgHBs	2 716 (10,48%)	2773 (9, 46%)		3 214 (7.68%)		3483 (8,86%)
HCV	90 (0,49%)	316 (1, 63%)		409 (0.97%)		753 (1,92%)
VIH	1042 (3, 2%)	1067 ((3, 48%)		1 142 (2.73%)		1257 (3,20%)
Ac anti-syphilitiques	114 (0, 49%)	69 (0, 62%)		453 (1.08%)		808 (2,06%)

Sources : Centre National de Transfusion sanguine 2015.

L'hépatite A et l'hépatite E sont transmises par voie féco-orale. Elles sont endémo-épidémiques dans les régions à bas niveau socio-économique où elles touchent surtout les enfants. L'hépatite E sévit principalement en Afrique, en Asie et au Mexique.

En Guinée, récemment quelques cas d'hépatites virales A et E ont été signalées en Haute – Guinée (Siguiri) et en Guinée Forestière (Gueckedou) ¹³

Le pays ne dispose pas de données sur les hémodialysés, les usagers de drogue, la prévalence de la transmission mère-enfant, ni sur les prostituées, mais quelques données parcellaires existent sur les PVVIH.

Une étude est actuellement en cours sur la coïnfection Hépatites et VIH dans les sites de prise en charge du VIH avec le financement du Fonds mondial sous la direction de l'ONG Solthis Guinée

2.1.2. Surveillance épidémiologique.

2.1.2.1. Le système de surveillance :

La surveillance épidémiologique est basée sur un système de suivi hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique, et un système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) avec la désignation de Comité de surveillance épidémiologique.

Au niveau de la Direction de la lutte contre les maladies, il existe un service de la surveillance épidémiologique et de la riposte, qui fait un reporting national de tous les cas de maladies à potentiel épidémique.

Le système n'incorpore pas les hépatites virales dans la liste des maladies à déclaration obligatoire, à surveiller.

Cependant, le SMIR rencontre dans la pratique quelques vulnérabilités liées à (i) la déficience dans l'organisation, (ii) aux lacunes de la planification, de supervision, de monitorage et de gestion des données, (iii) à la carence en ressources humaines qualifiées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, (iv) à la faible implication du réseau de laboratoires, des structures communautaires, du secteur privé et des tradipraticiens.

Le Programme élargi de vaccination dispose d'un système efficace de gestion des données relatives à la vaccination contre l'hépatite B mais celle-ci ne commence qu'à partir de la sixième semaine après la naissance et dans le PEV de routine.

Il n'existe pas de système national de surveillance des hépatites virales, ni de notification des maladies par les laboratoires d'analyses. Par ailleurs, une stratégie de transmission des données de surveillance par réseau internet fait crucialement défaut. Seules les données du CNTS, des

¹³ Sources ANSS et DPLM, OMS-Guinée 2016, données d'investigation terrain.

Unités régionales, les unités hospitalières ainsi que les données de l'ONG « SOS Hépatites Guinée » font mention des cas d'hépatites virales en Guinée.

2.1.2.2. Le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) :

Le SNIS est piloté par le service national d'information sanitaire et du suivi-évaluation, et s'appuie sur huit (08) services régionaux équipés d'unités informatiques avec logiciel, nantis de personnels plus ou moins qualifiés pour la collecte et l'analyse de données. Il se fixe pour obligation principale de publier, annuellement des annuaires statistiques.

En l'absence de manque d'intégration des données hospitalières et du secteur sanitaire privé, le SNIS peine encore à publier des informations pertinentes et fiables sur l'ensemble du système de santé.

La supervision du SNIS se limitait à de simples missions de ramassage des rapports dont les données n'étaient souvent pas analysées.

Mais avec l'avènement de DHIS2, le pays s'est engagé dans un vaste programme d'informatisation des données de routine et des données de surveillance épidémiologique , afin de pouvoir obtenir en temps réel les différentes données du système de santé.

Le pays a fait des avancées significatives, 17 cadres nationaux secteur publics et partenaires ont été recensés et formés à l'Académie DHIS2 à Lomé en Septembre 2016. Les régions de Labé, de Mamou, de Faranah et de N'Zérékoré sont actuellement en implémentation et suivi post-formation en DHIS2.

2.2. DEPISTAGE:

Le Dépistage du virus de l'hépatite B et C permet de déterminer le statut sérologique de toute personne et de ses contacts pour la sensibilisation et une éventuelle vaccination contre l'hépatite B. Il permet aussi de prévenir la survenue du carcinome hépatocellulaire et la cirrhose hépatique par une détection et une prise en charge précoce de l'hépatite chronique.

Le dépistage de la femme enceinte pendant la grossesse est l'un des moyens les plus efficaces de l'élimination de la transmission verticale de l'hépatite B. Aucune politique de dépistage systématique des femmes enceintes au cours de leur grossesse, définissant les modalités pratiques et les mécanismes de la prise en charge, n'est en cours. Des initiatives de dépistage systématique des femmes enceintes sont menées timidement dans certaines structures sanitaires et l'ONG SOS Hépatites Guinée. Il n'existe pas pour le moment de structure de référence digne de nom pour les hépatites virales en termes de dépistage et de prise en charge. L'essentiel des activités de dépistage de l'AgHBs et les anticorps anti-HCV porte sur la cible des donneurs de sang, et ceci en raison de la politique de sécurité transfusionnelle. A partir de

1987, pour le dépistage systématique de l'AgHBs, du VIH et de la syphilis et à partir de 2005, pour le dépistage de l'hépatite C.

En 1988, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a été créé avec pour mission la mise en œuvre de la politique de sécurité transfusionnelle. Actuellement, il y'a une banque de sang au niveau de chaque région et au niveau de chaque unité hospitalière avec une harmonisation des tests utilisés au niveau du CNTS et des Banques de sang. Les techniciens de laboratoire qui professent dans les banques de sang sont formés sur les techniques de dépistage.

L'approvisionnement en tests de dépistage est actuellement assuré par la Pharmacie centrale de Guinée (PCG), sur financement du budget de l'Etat et des partenaires techniques et financiers. Pour le CNTS, l'approvisionnement se fait par l'intermédiaire d'une société grossiste répartiteur dans le cadre de contrats ponctuels qu'elle passe avec le ministère de la santé.

Il faut déplorer l'insuffisance de références et de prise en charge des cas dépistés positifs (donneurs de sang et autres), de formation sur les techniques de counseling de dépistage des professionnels de santé, de même que le déficit de manuel de procédures standardisées sur le dépistage dans les différents groupes vulnérables.

On peut noter que la plupart des structures sanitaires publiques et privées réalisent le dépistage de l'AgHBs et des anticorps du VHC. Par contre peu de structures ont la capacité de réaliser les tests pour les marqueurs de confirmation et de suivi. Les techniques et réactifs utilisés sont très diversifiés. L'absence d'un programme national de contrôle de qualité des analyses des marqueurs VHB et VHC pose un réel problème de fiabilité.

Il n'existe pas une liste des réactifs approuvés et des algorithmes de dépistage du VHC et du VHB harmonisés au niveau national. Seul le CNTS assure une sélection des réactifs et un contrôle de qualité avant leur distribution

L'accessibilité au dépistage reste très faible, malgré la prévalence relativement élevée dans la population des donneurs de sang. Il n'existe pas de programme spécifique de communication et d'information sur la promotion du dépistage, de même, qu'il n'existe aucune structure de dépistage gratuit des hépatites virales.

Par ailleurs il s'avère nécessaire de faire le dépistage de tout le personnel de santé et les apprenants des écoles de santé.

Il n'existe pas de recommandations nationales pour le dépistage des hépatites B et C, notamment chez les femmes enceintes, les personnels de la santé, les usagers de drogue, les PVVIH, mais se fait timidement comme signalé ci-dessus. Les donneurs de sang, les PVVIH et les personnes présentant les signes constituent actuellement les cibles.

Le dépistage se fait à l'aide des tests rapides pré-qualifiés par l'OMS, mais il n'existe pas actuellement de système de contrôle qualité de ces réactifs. Il faut également noter l'insuffisance de formation des agents de santé pour le dépistage.

2.3. PREVENTION PRIMAIRE :

2.3.1. VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit et utilisé sous la forme monovalente de 2005 à 2008 sur financement de GAVI à 100%. De 2009 à ce jour, la forme combinée dans un vaccin pentavalent est adoptée et utilisée.

Le vaccin pentavalent est utilisé en 3 doses à partir du 45ème Jour après la naissance. Cette forme ne pouvant pas être administrée chez l'enfant dès la naissance, elle ne permet pas de protéger les nouveaux nés et de prévenir la transmission mère-enfant par la vaccination précoce. Il serait judicieux d'introduire de nouveau le monovalent afin de pouvoir protéger l'enfant dès la naissance.

En vue de faire face aux vaccinations urgentes chez les nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B, les vaccins doivent être stockés préalablement dans toutes les formations sanitaires du pays.

Il n'existe pas de recommandations nationales pour la vaccination contre l'hépatite B par le vaccin monovalent, notamment pour les nouveau-nés, les femmes enceintes, les personnels de santé, les usagers de drogue.

La vaccination contre l'hépatite B par le vaccin monovalent se fait actuellement à titre privé au niveau des officines de pharmacies privées et à la division prévention du ministère de la santé. Nous ne disposons pas de données sur des enfants recevant la dose du vaccin à la naissance. La proportion de soixante-dix pour cent (70%) des enfants cibles n'est toujours pas vaccinée à cause de trois facteurs importants :

- Le manque de stratégie de communication adaptée, support indispensable à l'accompagnement du processus d'introduction de la vaccination
- La vaccination pratiquée uniquement dans les structures de santé, est quasiment insuffisante voire absente dans la majorité des structures hospitalières où se déroulent l'essentiel des accouchements.
- La résistance de la population après l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Graphique 3 : Evolution des couvertures vaccinales Penta3 de 2011 à 2015
Couvertures vaccinales

Tableau 6 : Evolution des couvertures vaccinales administratives en Guinée de 2011 à 2015

Antigènes	2011	2012	2013	2014	2015
BCG	100%	84%	99%	88%	85%
DTC3-Hepb3 –Hib3	95%	101%	103%	91%	80%
POLIO3	96%	96%	102%	81%	88%
VAR	97%	100%	103%	94%	90%
VAA	97%	100%	104%	94%	90%
VAT2+	67%	86%	93%	42%	74%

Source JRF

Les couvertures vaccinales selon les estimations OMS/UNICEF sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF

ANNEE	BCG			Penta 1			Penta3			VAR1		
	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF	Adm.	Off.	OMS/ UNICEF
2011	100	93	82	104	80	76	95	85	63	97	90	62
2012	84	84	74	108	108	76	102	102	63	101	101	62
2013	99	95	82	115	95	76	103	90	63	103	90	62
2014	88	82	72	99	75	60	91	60	51	94	62	52
2015	85	75	72	90	70	60	80	60	51	90	60	52

De 2011 à 2014, les couvertures administratives ont été nettement inférieures aux couvertures estimées d'au moins 10 points. Cette différence dénote une faible qualité des données. On note également, une régression des couvertures vaccinales administratives en 2014 et 2015.

Une revue externe du programme couplée à l'enquête de couverture vaccinale organisée en décembre 2011 et L'EDS 2 réalisée en 2012 a relevé les résultats beaucoup plus proches de ceux des estimations de l'OMS-UNICEF.

Il existe bel et bien un système de contrôle de la qualité des vaccins distribués dans le pays en dehors du PEV [17].

2.3.2. SENSIBILISATION DE LA POPULATION GENERALE AUX PRATIQUES A RISQUE DE TRANSMISSION

- La célébration de la Journée Mondiale de lutte contre les Hépatites virales est effective en Guinée depuis 2015 avec l'appui technique et financier de l'OMS en collaboration avec le Ministère de la Santé. Cette célébration ne bénéficie pas encore de financement de l'Etat.
- Très peu de sensibilisations sur les hépatites virales se font. Seules l'ONG SOS Hépatites Guinée et le CICR en font de temps à autre.

2.3.3. SECURISATION DU SANG ET DES INJECTIONS

2.3.3.1. Sécurisation du sang

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a été créé en 1988 avec pour mission de concevoir et appliquer une politique de sécurité transfusionnelle.

Depuis 1998, il est recommandé d'effectuer systématiquement chez les donneurs de sang, le dépistage de l'AgHBs, du VIH et de la syphilis au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Le dépistage systématique de l'hépatite C a été recommandé sur tous les dons de sang à partir de 2005. Afin de réduire de manière significative la transmission des hépatites virales par voie sanguine, toutes les poches de sang collectées au niveau national font actuellement l'objet d'une recherche systématique de l'AgHBs et des anticorps anti-HCV.

La recherche des Ac anti HBc ainsi que celle du génome du virus de l'hépatite B ne se font pas en Guinée actuellement dans le cadre du don de sang. Cela suppose l'existence d'un risque résiduel de transmission du virus de l'hépatite B pour les receveurs de sang.

Seule la région Conakry dispose d'un automate de chimiluminescence pour tester les dons de sang. Les tests rapides bien que homologués par l'OMS sont encore largement utilisés à Conakry et dans les structures déconcentrées de transfusion sanguine.

Il existe des recommandations dans les formations sanitaires pour le traitement et l'élimination des déchets biologiques.

2.3.3.2. Sécurisation des injections

L'usage des seringues et aiguilles à usage unique est systématique dans les centres de soins publics et privés. Il n'existe pas d'actions ciblées en faveur des usagers de drogue, car leur identification est pour le moment une difficulté dans nos pays.

Des actions sont menées dans les formations sanitaires publiques et privées pour le respect des précautions universelles d'hygiène dans les procédures de soins ainsi qu'en direction des personnes pratiquant des actes avec effraction cutanée.

3. PRISE EN CHARGE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE :

3.1. SOINS ET TRAITEMENTS

En Guinée, la prise en charge thérapeutique gratuite des PVVIH offre les avantages de l'accès au traitement des Coïnfections VIH-VHB. L'effectif actuel des patients sous traitement est très insuffisant par rapport au nombre attendu de patients ayant besoin de traitement.

Aucun soutien ou accompagnement psychosocial n'est prévu pour les patients atteints d'hépatite virale chronique, vivant avec la psychose de développer une cirrhose ou un cancer du foie, dans une communauté peu informé sur la maladie et de son évolution.

Par ailleurs, la stratégie nationale de prise en charge thérapeutique antivirale des hépatites virales, n'est pas encore définie et il n'existe pas de guide de prise en charge thérapeutique et psychosociale des patients atteints d'hépatites virales. Les critères d'éligibilité au traitement ne sont pas officiellement définis En dehors des malades coinfestés avec le VIH, les patients mono infectés par les virus de l'hépatite B et C n'ont accès à aucun traitement antiviral. Cependant, l'ONG SOS Hépatite Guinée assure la prise en charge des patients infectés par le virus selon un certain nombre de critères d'éligibilité qui sont : l'état clinique du patient, l'antécédent familial d'hépatite confirmé, la charge virale et la dysmorphie hépatique à l'échographie.

Les Hépato-gastroentérologues, infectiologues, Internistes, médecins généralistes assurent les soins et le traitement dans les services de Médecine interne, d'Hépato-entérologie et au centre de l'ONG SOS Hépatites Guinée. Le personnel n'est pas spécifiquement formé pour la prise en charge des malades d'hépatite. Nous ne disposons pas de recommandations nationales pour le traitement.

Aujourd'hui, en Guinée seul le **ténofovirus** est utilisé pour le traitement de l'hépatite B, cela à la charge du patient et il n'y a pas de médicaments pour l'hépatite C. Le traitement est entièrement financé par le patient.

Sur le plan diagnostic, peu de laboratoires d'analyses médicales publiques et privées réalisent les analyses des marqueurs des hépatites virales.

Seule une structure réalise à nos jours la PCR pour le dosage de la charge virale du virus de l'hépatite B. On note l'absence d'algorithme de diagnostic médical et biologique ainsi que d'un programme de contrôle de la qualité des analyses biologiques des marqueurs des hépatites virales.

Malgré l'existence d'un guide national de gestion des déchets biomédicaux, la situation de la gestion des biomédicaux est assez préoccupante au niveau des structures sanitaires.

Conformément aux orientations de la Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS), une stratégie nationale communautaire en santé a été élaborée et validée en 2016, et pourra servir à l'implication des agents communautaires dans la prise en charge et le suivi des patients.

4. Recherches :

La recherche appliquée sur les études et enquêtes épidémiologiques permet de générer des informations en vue de mieux documenter et suivre l'épidémie des hépatites virales. La recherche clinique, en particulier des essais thérapeutiques et cliniques permet de répondre aux difficultés de traitement de l'hépatite B, aux problèmes des Co- infections, aux échecs et aux rechutes pour améliorer la prise en charge.

En Guinée, un certain nombre de travaux de recherche parcellaire ont été effectués sur l'hépatite B et rarement sur l'hépatite C. Il s'agit pour l'essentiel d'études épidémiologiques portant sur différents groupes de populations. Par contre peu d'études ont été menées en recherche clinique ou sur les groupes vulnérables. Il n'existe pas une définition claire des priorités de recherche sur les hépatites virales.

Plusieurs structures sanitaires ont des missions de recherche, mais l'insuffisance des ressources humaines compétentes et financières constitue une entrave au développement de la recherche.

Malgré la collaboration de certaines ONG locales et des associations internationales de lutte contre les hépatites virales aucune étude n'a été menée dans le domaine de la prévention, de la prise en charge psychosociale et thérapeutique, de l'immunologie, de la virologie et connaissances attitude et pratique vis à vis des hépatites virales.

5. CADRE ORGANISATIONNEL ET GESTION DE LA LUTTE CONTRE LES HEPATITES

5.1. PROBLEMATIQUES DE L'ENDEMIE DES HEPATITES EN GUINEE. INFLUENCE DES DETERMINANTS DE LA SANTE :

- Influence des déterminants de la santé sur l'endémie des hépatites.
 - Influence du système national de santé : l'hépatite virale n'existe pas dans les programmes nationaux de santé, il est pertinent avec la vision de l'OMS de l'intégrer dans la politique nationale de santé et la SIMR : conséquences sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services sociaux, continuum d'action pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir les malades d'hépatite ;

- influences de l'environnement physique : sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, état d'assainissement du milieu ;
 - influences de l'environnement économique : pourcentage du budget national affecté à la santé, niveau de vie de la population, revenu des ménages et capacité des ménages à faire face aux dépenses de santé dues à l'hépatite.
- Retentissements de l'hépatite sur l'individu, la famille, la société, la productivité.

VI. Organisation et gestion :

La structuration de la lutte contre les hépatites virales s'est concrétisée par la création d'une unité au sein du PNPCSP chargé d'élaborer les stratégies adaptées et de coordonner les actions liées à la lutte contre les hépatites virales. Cette unité aura besoin de moyens humains, financiers et matériels.

La Direction Nationale de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie dispose de tous les pouvoirs nécessaires à l'administration du PNPCSP et est chargé notamment de :

- Définir les orientations stratégiques du PNPCSP et approuver les politiques gouvernementales en matière de santé ;
- Examiner et arrêter le projet du budget annuel du PNPCSP et les modalités de financement ainsi que les comptes de l'exercice écoulé ;
- Proposer ou fixer la tarification des prestations de soins et de services rendus par le PNPCSP/ PNLHV selon que cette tarification selon la réglementation en vigueur;
- ordonner toute étude et tout acte que requiert la bonne administration du PNPCSP et le développement de ses activités ;
- décider de l'organisation administrative et technique du PNPCSP et donner son avis sur toute mesure tendant à modifier ou à compléter cette organisation ;
- approuver le règlement intérieur du PNPCSP;
- décider des emprunts à contracter;
- approuver les conventions de partenariat avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, les institutions de formation et de recherche.
- accepter les dons et legs ;
- examiner et approuver les rapports de gestion et d'audit, les projets d'aménagement et d'équipement du PNPCSP;
- examiner et soumettre à l'approbation de l'autorité gouvernementale de tutelle compétente : les projets de contrats programmes avec l'Etat ; le statut du personnel ; l'organigramme ; les conventions tarifaires.

Le Conseil scientifique est chargé de :

- Étudier les orientations et les programmes de recherche, de publication et de formation afin d'assurer leur adéquation avec les besoins de développement socio sanitaire ;
- Procéder à l'évaluation scientifique des résultats de recherche ;
- S'assurer du respect des considérations éthiques au sein des protocoles de recherche ;
- Approuver les projets de recherche ;
- Établir annuellement un rapport sur les travaux de l'unité à l'intention du PNPCSP.

Les missions spécifiques de l'unité seront clairement définies dans le décret ou arrêté de création et de fonctionnement.

Troisième Partie : Composantes de la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales.

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES (2017 – 2021).

Le plan et les actions proposées sont basés sur l'état actuel des connaissances en matière de prévention et de dépistage des hépatites, et en matière de soins et traitement des malades atteints d'hépatites, telles que mentionnées dans les **guides et les lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes ayant une infection chronique avec le VHB (actualisées en 2015) ou le VHC (actualisées en 2016)**.

La vision est d'introduire la République de Guinée, à l'horizon 2030, dans un monde où la transmission de l'hépatite virale est supprimée, et dans lequel toute personne atteinte d'hépatite virale a accès à une prévention sûre, et à des soins et traitements efficaces et abordables.

3.1. OBJECTIFS :

3.1.1. Objectif général :

L'objectif général est de prévenir l'apparition de nouveaux cas d'hépatite virale et s'assurer que les personnes qui sont déjà infectées sont testées, informées de leur statut; et bénéficient des conseils, des soins et de traitements.

3.1.2. Objectifs spécifiques:

1. Réduire l'incidence des hépatites virales B et C et du cancer du foie.
2. Diminuer la morbidité et la mortalité attribuables aux hépatites virales
3. Eliminer la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B
4. Maintenir à moins de 1 % la prévalence de l'hépatite C dans la population générale.

3.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES :

Les objectifs stratégiques ont été définis avec la contribution des spécialistes, des professionnels sanitaires, sociaux, des administrateurs et des partenaires techniques et financiers. Les objectifs stratégiques à atteindre et les actions à mener ont été guidés par les principes ci-après :

- *Principe de connaissance* : le plan tient compte des meilleures connaissances disponibles résumées dans les *Guides de l'OMS* (édition 2015 pour l'hépatite B et 2016 pour l'hépatite C), et des *lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique* (édition 2015), à *hépatite C chronique* (édition 2016).
- *Principe de réduction des inégalités* : une attention particulière est accordée aux groupes les plus vulnérables.

- *Principe de protection de la jeunesse* : le plan vise l'amélioration de la santé de la mère, des nourrissons, des enfants et des adolescents.
- *Principe de précocité* : le plan priviliege les actions les plus précoce pour éviter la survenue ou l'aggravation des complications liées aux hépatites chroniques
- *Principe d'efficacité économique* : le choix des actions et des stratégies est basé sur leur impact en termes de santé publique rapporté aux ressources nécessaires à leur réalisation.
- *Principe d'intersectorialité* : les stratégies d'action proposées coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre les objectifs définis.
- *Principe d'évaluation* : les indicateurs qui permettront d'évaluer les actions menées ont été clairement définis.

Pour atteindre le but de la stratégie, les six (6) objectifs stratégiques ont été retenus :

1. Renforcer la prévention de la transmission du VHB et du VHC
2. Favoriser l'accès au dépistage
3. Assurer la prise en charge des hépatites chroniques B et C
4. Développer la recherche sur les hépatites B et C
5. Mettre en œuvre la surveillance épidémiologique
6. Renforcer la gestion et la coordination du programme, et assurer le suivi et l'évaluation du plan.

Pour chaque axe stratégique, les objectifs spécifiques et les principales interventions ont été définis, les acteurs identifiés et les coûts estimés. De même ont été répertoriés les indicateurs et résultats attendus de chaque action.

3.2.1. Renforcer la prévention de la transmission des hépatites virales

La prévention de la transmission comprend trois volets :

- la sensibilisation
- la vaccination contre l'hépatite B
- La sécurisation du sang et des produits biologiques

3.2.1.1. La sensibilisation

La sensibilisation permet d'informer et d'éduquer les populations sur la définition de la maladie, ses principales manifestations, les facteurs de risque, les populations à risque, les moyens de prévention et les possibilités de traitement. Elle constitue donc une réponse globale de santé publique à la menace des hépatites. La célébration annuelle de la journée mondiale de lutte contre les hépatites est une occasion idéale pour les activités de sensibilisation

Objectif : Promouvoir l'information, l'Education et la communication pour le changement de comportement sur les hépatites virales (IEC/CCC):

En regard de la gravité de la situation épidémiologique, Les actions de sensibilisation sont quasi inexistantes. Ce qui se traduit par une méconnaissance sur la gravité des hépatites virales. Pour inverser cette tendance, il convient d'élaborer une stratégie de communication continue, à l'endroit des responsables politiques, des professionnels de santé et du grand public, qui utiliserait tous les supports existants (bulletins d'information, communiqués de presse, SMS, messages vidéo, des affiches, des messages sur les médias sociaux et divers produits audiovisuels) pour arriver à une plus grande visibilité à la fois aux problèmes posés par les hépatites virales et aux solutions disponibles pour y faire face. Des formations doivent être dispensées aux professionnels de la santé, qui ne perçoivent toujours pas, correctement l'intérêt à vacciner les enfants contre l'hépatite B.

Ces formations doivent s'intégrer dans les modules de formations des écoles de santé et des facultés de médecine.

Un vif plaidoyer doit être mené auprès des décideurs politiques et des leaders d'opinion pour une prise en compte des hépatites dans la formulation de la politique sanitaire du pays.

Au moyen d'informations scientifiques et factuelles, impliquer la presse et les relais pour une large communication et sensibilisation sur les effets sanitaires des hépatites virales et la nécessité de vacciner.

Cette information pourra être relayée de façon différenciée vers les professionnels et la population, notamment en faisant appel à la société civile et aux leaders religieux.

Interventions

- Célébrer annuellement la Journée Mondiale de Lutte contre l'hépatite
- Elaborer et diffuser les documents (monographies, dépliants...) sur les facteurs de risque des hépatites, les mesures préventives, les moyens de prévention et les possibilités de traitement.
- Elaborer et diffuser les messages d'Information, d'Education et de Communication (IEC), en utilisant des supports variés : affiches, presse écrite et audiovisuelle, radios nationales et communautaires..., (plan de communication)
- Renforcer les capacités de tous les acteurs pour une large diffusion (personnel de santé, OSC ; OC, presse, enseignants) ;
- Appuyer les ONG, OSC, OC et autres associations
- Mettre en place un cadre de concertation trimestrielle de tous les acteurs.

- **Cible**:

Les messages doivent être adaptés en fonction de la cible visée : les leaders politiques et administratifs, les leaders d'opinion et les organisations de la Société Civile , la population générale, les professionnels de la presse écrite et audio-visuelle, les personnels de la santé, les tradipraticiens, les esthéticiens et esthéticiennes, les coiffeurs et coiffeuses, et tous autres groupes concernés utilisant des pratiques invasives ou autres pratiques à risque, sur les risques liés à la transmission des virus des hépatites.

- **Thèmes des messages**:

Ils porteront sur : les facteurs de risque et les pratiques à risque : (*Exposition au VHB par promiscuité : être né d'une mère atteinte d'hépatite B, la vie au contact d'un sujet atteint d'hépatite B, l'exposition au sang et autres produits biologiques : transfusion de sang et de dérivés sanguins infectés, injections pratiquées avec des aiguilles souillées, effraction cutanée par un objet souillé par du sang contaminé (scarification, tatouage, circoncision, acupuncture...), inoculation accidentelle par piqûre (personnel de santé et de laboratoire) ou par injection (toxicomanie)*).

Les populations à risque (personnes vulnérables):

Nouveau-nés de mères infectées par le VHB , entourage d'un sujet infecté par le VHB (personnes vivant sous le même toit), personnels de santé, personnes transfusées ou ayant reçu des dérivés du sang, hémodialysés, personnes ayant reçu des injections parentérales avec des aiguilles souillées, les bénéficiaires d'actes avec effraction cutanée (scarification, circoncision non médicalisée, tatouage, piercing, acupuncture...), les usagers de drogues ; les partenaires sexuels des personnes infectées par le VHB. Les personnes ayant des comportements sexuels à risque : les professionnelles du sexe (PS), les personnes ayant des partenaires sexuels multiples, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes(HSH ...), les personnes vivant avec le VIH, les pensionnaires des hôpitaux psychiatriques et les personnes vivant en garnison, les populations carcérales.

Les moyens de prévention :

- ✓ La protection contre les liquides biologiques (port de vêtements de protection et de gants, utilisation de préservatif en cas de comportements sexuels à risque...) ;
- ✓ Le non-partage des objets de soins corporels avec une personne infectée par le VHB : rasoir, brosse à dents, serviette de toilette, gant et éponge de toilette, matériel d'épilation...
- ✓ Utilisation de matériel à usage unique pour tout acte entraînant une effraction cutanée.
- ✓ La sécurité sanitaire des aliments et de l'eau protège contre les hépatites A et E.
- ✓ la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au travail.

La lutte contre l'alcoolisme chronique : la prise de l'alcool aggrave les lésions d'hépatite chez les personnes infectées par le VHB et/ou le VHC

Résultats :

- Les supports pour la sensibilisation et les documents d'IEC sont élaborés
- Les messages de sensibilisation sont largement diffusés
- Les populations ont une bonne connaissance sur les hépatites, les facteurs de risque, les populations à risque et les moyens de prévention.
- Les perceptions erronées que les populations ont des hépatites sont corrigées.

Indicateurs :

- 1- Nombre de rapports de célébration de la journée mondiale de lutte contre le VHB disponibles.
- 2- Pourcentage de personnes formées par catégorie
- 3- Nombre de supports produits pour la sensibilisation
- 4- Nombre de documents d'IEC élaborés
- 5- Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées par rapport au nombre prévu.
- 6- Pourcentage de personnes ayant une bonne connaissance sur les hépatites
- 7- Nombre de structures/organisations appuyées

3.2.1.2. Promouvoir et généraliser la vaccination contre l'hépatite B :

La première génération de vaccins contre l'hépatite B commercialisés en 1982 était d'origine plasmatique, obtenus en purifiant, à partir du sang de porteurs chroniques du virus, la protéine d'enveloppe correspondant à l'antigène de surface HBs (AgHBs). Le principal facteur limitant le développement de ces vaccins est l'obtention de quantités suffisantes d'antigène, le VHB n'étant pas cultivable. Ils ont été remplacés à partir de 1986 par les vaccins recombinants obtenus par génie génétique. Le vaccin anti-hépatite B monovalent doit être transporté et conservé entre 2°C et 8°C; il est inactivé par la congélation.

Le nombre élevé de vaccins mis sur le marché et recommandés chez les enfants pose le problème du nombre d'injections acceptables par les parents. Plusieurs vaccins combinés ont été produits pour résoudre ce problème. Ils se composent du vaccin anti – hépatite B en associations fixes avec d'autres vaccins, notamment le vaccin antidiptérique – antitétanique - anticoquelucheux (DTC), le vaccin anti-Haemophilus influenzae type b, le vaccin anti-hépatite A et le vaccin antipoliomyélitique inactivé.

La série des 3 doses de primovaccination induit des concentrations protectrices d'anticorps chez plus de 95% des nourrissons, enfants et jeunes adultes en bonne santé, avec une tolérance excellente.

Dans les régions d'endémie élevée pour l'hépatite B, la transmission verticale mère-enfant du virus B et la transmission horizontale aux personnes vivant au contact des sujets atteints d'hépatite B constituent les principaux modes de contamination, particulièrement dans la période périnatale. Cette contamination survient très tôt dans les jours qui suivent la naissance, et fait courir aux victimes un risque très élevé de passage à la chronicité. C'est la contamination périnatale qui alimente le réservoir de virus que constituent les porteurs chroniques du VHB. Par conséquent, la stratégie vaccinale appliquée dans le Programme Elargie de Vaccination (PEV) qui débute la vaccination à partir de la 6ème semaine par le vaccin combiné n'empêche pas la propagation de l'endémie virale B. C'est pourquoi, depuis 2004, l'OMS recommande la vaccination des nouveau-nés par le vaccin monovalent dans les 24 heures suivant la naissance.

Objectif :

Prévenir la transmission de l'hépatite B par la vaccination.

Interventions :

- Instituer l'administration systématique du vaccin monovalent contre l'hépatite B à tous les nouveau – nés, dans un délai maximum de 24 heures suivant la naissance ;
- Instituer, après dépistage, la vaccination systématique des groupes à risque (populations vulnérables) : les enfants de 12 à 59 mois ; les femmes enceintes ; les populations à risque (personnes vulnérables) définies dans la rubrique « sensibilisation ».
- Organiser la vaccination de rattrapage contre l'hépatite B pour les adolescents de 11 à 15 ans pour stopper la transmission sexuelle.
- Assurer un approvisionnement régulier et suffisant en vaccins.
- Assurer le contrôle qualité des vaccins utilisés
- Légiférer pour rendre obligatoire le dépistage et la vaccination du personnel de santé à l'embauche.

Résultats :

- La couverture vaccinale des nouveau-nés par l'administration du vaccin monovalent administré dans les 24 heures suivant la naissance atteint à 50 % en 2021
- La couverture vaccinale des enfants et adolescents de 11 à 15 ans par l'administration de 3 doses de vaccin anti-hépatite B atteint à 90 % en 2021
- La couverture vaccinale des populations vulnérables par l'administration de 3 doses de vaccin anti-hépatite B atteint à 90 % en 2021.
- Le contrôle de la qualité des lots de vaccins anti VHB est assuré à 100%

Indicateurs :

1. Couverture vaccinale des nouveaux nés vaccinés dans les 24heures suivant la naissance
2. Couverture vaccinale des enfants et adolescents ayant pris 3 doses de vaccins anti HVB

3. Couverture vaccinale des populations vulnérables par l'administration de 3 doses de vaccin anti VHB
4. Pourcentage de lots de vaccins anti VHB contrôlés par rapport au nombre total de lots reçus.
5. Taux de disponibilité des vaccins dans les structures intégrées

3.2.1.3. La sécurisation du sang et des injections

Objectif :

Supprimer la transmission du VHB et du VHC par les dons de sang, les injections et les pratiques entraînant une effraction cutanée.

Interventions:

– Sécurisation du sang:

- Garantir la sécurité transfusionnelle en ne recrutant que des donneurs volontaires, fidélisés et non rémunérés ;
- Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs pré-qualifiés par l'OMS et consommables pour le dépistage du VHB et du VHC ;
- Soumettre tous les dons de sang à des tests hautement sensibles et spécifiques de mise en évidence des marqueurs de l'infection à virus de l'hépatite B et de l'hépatite C selon les procédures de base normalisées ;
- Renforcer les capacités du personnel de laboratoire ;
- Assurer la supervision et le contrôle de qualité des laboratoires.
- Enseigner aux cliniciens et au personnel infirmier les pratiques garantissant la sécurité transfusionnelle.

– Sécurisation des injections et des actes entraînant une effraction cutanée

• Sécurisation des injections:

- Rendre disponibles le matériel de stérilisation, le matériel à usage unique et les produits désinfectants dans les formations sanitaires ;
-
- Constituer un stock de sécurité en anti – viraux (Interféron et ribavirine) pour la chimio prophylaxie en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) du personnel de santé ;
- Elaborer et diffuser des dépliants et affiches sur les précautions universelles dans les procédures de soins;

- Elaborer et diffuser des dépliants et affiches sur les procédures d'élimination des objets piquants et coupants, et des déchets biologiques dans les formations sanitaires
 - Assurer la disponibilité régulière des matériels de protection en milieu de soins.
 - Organiser des activités d'IEC ciblant les usagers de drogue.
 - Instituer la distribution gratuite de seringues et d'aiguilles à usage unique aux usagers de drogue.
- Sécurisation des actes entraînant une effraction cutanée :

Les pratiques de coiffure, perçage, de tatouage, de pédicure et manucure sont des actes entraînant une effraction cutanée qui peuvent être sanglants ou exposer aux risques de transmission d'agents vitaux par les liquides biologiques (lors du perçage dans la cavité buccale, le nez). Ces activités sont partagées entre des personnes non professionnelles (tatoueurs, perceurs) et des professions organisées telles que celle des esthéticiennes (maquillage permanent) et celle des bijoutiers (perçage du lobe de l'oreille).

Résultats :

- 100 % des dons de sang sont testés et sécurisés en 2021
- 100 % des injections sont sécurisées par l'utilisation de matériels à usage unique dans les formations sanitaires en 2021
- 95% dons de sang proviennent des donneurs volontaires fidélisés et non rémunérés
- Un approvisionnement régulier en réactifs et consommables est fait pour les dons de sang
- 100% des poches de sang sont testées pour AgHBs et pour anti-VHC
- La formation du personnel des centres de transfusion sanguine est assurée
- La supervision et le contrôle qualité des laboratoires sont effectués périodiquement.
- Des actions de sensibilisation sont organisées au profit des personnes engagées dans les actes entraînant une effraction cutanée.
- Le matériel de stérilisation, le matériel à usage unique et les produits désinfectants sont disponibles dans les formations sanitaires ;
- Les dépliants et affiches sur les précautions universelles dans les procédures de soins sont élaborés et disponibles dans les formations sanitaires;
- Les dépliants et affiches sur les procédures d'élimination des objets piquants et coupants, et des déchets biologiques sont élaborés et disponibles dans les formations sanitaires ;
- Des campagnes de sensibilisation sont organisées au profit des usagers de drogue ;
- Des seringues et aiguilles à usage uniques sont distribuées aux usagers de drogue.
- Les matériels de protection contre les produits biologiques sont disponibles dans les formations sanitaires.

Indicateurs et mode de calcul :

1. Pourcentage de dons bénévoles : nombre de poches de sang prélevées chez les donneurs de sang volontaires, fidélisés et non rémunérés par rapport au nombre total de dons de sang réalisés multiplié par 100;
2. Pourcentage d'injections sécurisées : nombre d'injections utilisant du matériel à usage unique par rapport au nombre total d'injections effectuées dans la structure sanitaire multiplié par 100;
3. Taux de disponibilité des réactifs et consommables pour la sécurité transfusionnelle : nombre jours de la période sans rupture de stock par rapport au nombre total de jours de la période multiplié par 100
4. Pourcentage de poches de sang testées pour VHB et VHC : nombre de poches de sang entièrement testés par rapport au nombre total de poches de sang collectées dans le pays multiplié par 100;
5. Pourcentage de personnes formées : nombre de personnes formées par rapport au nombre total de personne travaillant dans les services de transfusion sanguine multiplié par 100.
6. Taux de réalisation des supervisions et contrôle de qualité des laboratoires : nombre de laboratoire supervisés par rapport au nombre de laboratoire planifiés.
7. Pourcentage de structures disposant de dépliants et affiches relatifs aux précautions universelles et aux procédures de gestion des déchets biologique.
8. Pourcentage d'usage de drogues intra veineuses adoptant des comportements à moindres risques.
9. Pourcentage de structures disposant du matériel de protection contre les produits biologiques.

3.2.2. Favoriser le dépistage et l'accès au dépistage

Le dépistage permet de révéler l'infection chez une personne qui ne se connaît pas porteuse de celle-ci. Le dépistage est d'autant plus important que plus de 95 % des sujets infectés ignorent leur statut. Il permet d'orienter les sujets, selon leur statut sérologique, vers la vaccination contre l'hépatite B s'ils sont négatifs, ou la prise en charge pour le suivi ou le traitement s'ils sont positifs. Dans cette éventualité, il permet aussi de prendre des mesures préventives pour éviter l'aggravation de la maladie chez le porteur et la propagation à son entourage.

Objectif :

Promouvoir le dépistage.

Interventions :

- Promotion du dépistage :
 - dépister prioritairement les infections au VHB et au VHC :
 - ✓ chez les femmes enceintes, en raison de l'importance de la transmission mère-enfant dans les régions d'endémie élevée pour VHB Il est recommandé de le rendre obligatoire et gratuit au plus tard au troisième trimestre de la grossesse, et de l'inclure dans le bilan prénatal.
 - ✓ Chez les x personnels de santé en raison du risque de leur exposition aux liquides biologiques
 - ✓ Chez les autres groupes à risque (populations vulnérables) définies dans la rubrique "sensibilisation". :
Recommander le dépistage à l'embauche :
 - ✓ pour les personnels de santé,
 - ✓ pour les militaires et paramilitaires
 - Sensibiliser les populations sur l'importance du dépistage des infections à VHB et VHC ;
- Elaborer l'algorithme pour le dépistage
- Former les médecins biologistes, généralistes et gynécologues à la pratique du dépistage, counseling et suivi.
- Approvisionner régulièrement des laboratoires en réactifs pour les tests de dépistage ;
- Instituer un contrôle qualité des réactifs utilisés
- Mettre en place un système d'orientation et de prise en charge des cas dépistés.

Résultats :

- 90 % des personnes infectées ont conscience de leur état
- Le dépistage de l'hépatite B est rendu obligatoire et gratuit chez les femmes enceintes.
- L'algorithme pour le dépistage est élaboré
- Les biologistes, les médecins généralistes et gynécologues sont formés à la pratique du dépistage.
- Les recommandations nationales sont faites pour le dépistage de l'infection au VHB chez les personnels de santé en activité, et à l'embauche chez les personnels de santé, les militaires et paramilitaires.

Indicateurs :

1. Pourcentage des personnes infectées ayant conscience de leur état
2. Pourcentage de femmes en ceintes dépistées
3. Pourcentage de structures sanitaires pratiquant l'algorithme de dépistage
4. Pourcentage de personnels formés à la pratique de dépistage

5. Pourcentage de personnels de santé, de militaires et paramilitaires qui connaissent leur statut sérologique.

3.2.3. Prise en charge globale et traitement :

La prise en charge globale des patients nécessite : Le diagnostic des formes aiguës

- Le diagnostic des formes chroniques
- l'évaluation de la gravité de l'hépatopathie chronique
- les comorbidités qui aggravent l'hépatopathie virale (en particulier coïnfection VIH, l'alcoolisme)
- le suivi médical
- le soutien psychologique
- l'assistance à apporter aux malades et aux enfants mineurs des personnes décédées des suites d'hépatite B.

Cela nécessite :

- l'accès aux marqueurs viraux (AgHBs, anti-HBs, anti-HBc de type IgM, anti-HBc totaux, AgHBe et anti-HBe, anti-VHC ; quantification de l'ADN du VHB et de l'ARN du VHC).
- l'évaluation de l'importance de la nécrose et de la fibrose (PBF si possible, ou marqueurs sérologiques (Score APRI par exemple)
- des examens d'imagerie : échographie hépatique
- la détection du carcinome hépatocellulaire : dosage de l'alphafoetoprotéine.

Le bilan du suivi ou d'éligibilité au traitement est extrêmement coûteux et constitue un handicap sérieux au traitement.

Objectif :

Favoriser l'accès des malades aux soins et aux traitements

Objectifs stratégiques :

a. OS1 : Améliorer la formation du personnel de santé

Interventions:

- Elaborer un guide national de prise en charge globale des Hépatites virales: prévention (vaccination), suivi des porteurs chroniques, prise en charge médicale, thérapeutique et psychosociale, algorithmes de diagnostic biologique.
- Multiplier et vulgariser le guide national de prise en charge globale des hépatites virales.

- Organiser une session de formation des formateurs sur le guide national de prise en charge globale des hépatites.
- Organiser des ateliers de formation sur la prise en charge des hépatites virales à l'intention des professionnels de santé.
- Intégrer des modules de formation sur la prise en charge et le soutien psychologique des hépatites virales dans les enseignements de la Faculté de médecine et des Ecoles de santé.
- Planifier la formation de 2 médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie en cinq ans
- Former le personnel de santé à la prise en charge des malades d'hépatite.
- Former le personnel paramédical à l'éducation thérapeutique et à la pharmacovigilance.

Résultats attendus :

- Le guide national de prise en charge globale des Hépatites est élaboré et vulgarisé
- La Capacité des professionnels de santé à prendre en charge des porteurs chroniques du virus des hépatites virales dans tous les hôpitaux nationaux, régionaux, préfectoraux et centre de santé est renforcée ;
- La formation de 2 médecins spécialistes en hépato-gastroentérologie est planifiée et réalisée.
- Des ateliers de prise en charge des malades d'hépatites sont organisés au profit des personnels de santé
- Des modules de formation sur la prise en charge et le soutien psychologique des hépatites virales sont intégrés dans les enseignements de la Faculté de médecine et des Ecoles de santé.

Indicateurs

- Le nombre de structure de santé qui dispose du guide national de prise en charge globale des hépatites
- Le nombre de des médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie qui ont été formés par rapport au nombre planifié
- le nombre de personnel de santé ayant bénéficié d'un renforcement de capacité dans le cadre de la prise en charge des porteurs chroniques des virus de l'hépatite
- le nombre d'étudiants des écoles de santé et de médecine ayant suivi ces modules de formation.

b. OS2 : Assurer le suivi des personnes infectées :

Interventions :

- Elaborer un manuel de procédures de référence et contre référence pour la prise en charge des personnes infectées
- Mettre en œuvre un plan de prévention et de prise en charge mère-enfant sur tout le territoire national ;
- Sensibiliser les PCVHB et /ou VHC à un suivi régulier (consultation, surveillance biologique, échographique et fibroscan...).
- Assurer le suivi biologique et prise en charge thérapeutique des PCVHB et/ou du VHC ou VHB co-infectés par VHD.

Résultats attendus :

- Le manuel de procédures de référence et contre référence pour la prise en charge des personnes infectées est élaboré
- Le plan de prévention et de prise en charge mère-enfant est mis en œuvre sur tout le territoire
- Xx % des PCVHB et/ou VHC sont régulièrement suivis sur le plan médical, biologique et psychologique

Indicateurs :

- Le nombre de manuel de formation disponible dans les structures.
- Le pourcentage de personnel de santé formée à l'utilisation du manuel
- Le pourcentage de nouveaux né pris en charge dans les 24 premières heures de naissance
- Le pourcentage de PCVHB et/ou VHC régulièrement suivis sur le plan médical, biologique et psychologique.

c. OS3 : Promouvoir la prise en charge communautaire des porteurs chroniques du VHB et du VHC :

Interventions :

- Mener une enquête pour identifier les besoins prioritaires de prise en charge des porteurs chroniques des virus de l'hépatite.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et d'éducation thérapeutique des PCVHB et/ou VHC : conseils, visites, soins à domicile et plaidoyer.
- Former les agents communautaires à l'utilisation de ce guide
- Renforcer les capacités des différentes organisations ou associations dans le diagnostic, la prise en charge, la recherche et l'accompagnement des PCVHB et C.

- Assurer la coordination et le suivi des activités de prise en charge communautaire.

Résultats attendus :

- Les besoins prioritaires de prise en charge des porteurs chroniques du VHB et du VHC sont identifiés
- Le guide de prise en charge communautaire et d'éducation thérapeutique des PCVHB et/ou VHC est élaboré
- Les agents communautaires sont formés à l'utilisation du guide
- Les capacités des différentes organisations ou association sont renforcées dans le diagnostic, la prise en charge, la recherche et l'accompagnement des PCVHB
- La coordination et le suivi des activités de prise en charge communautaire sont assurés

Indicateurs:

- Les résultats de l'enquête sont disponibles
- Le pourcentage d'agent communautaire formé à l'utilisation du guide
- Le nombre d'organisation ou association qui ont bénéficié d'un renforcement de capacité dans le diagnostic, la prise en charge, la recherche et l'accompagnement des PCVHB
- L'existence d'un comité de coordination et de suivi des activités de prise en charge communautaires.

d. OS4 : Renforcer le dispositif de soins et améliorer la prise en charge médicale des personnes atteintes des hépatites virales (A, B, C, D et E) :

Interventions :

- Acquérir des médicaments y compris les antiviraux (Ténofovir, Entécavir, daclastavir, interféron péguilé,), des réactifs pré-qualifiés par l'OMS, des consommables et des tests de mesure de la fibrose hépatique.
- Acquérir des appareils pour les analyses biologiques (automate, mesure de la CV, des virus B et C)ADN du génome
- Faciliter l'accès aux examens biologiques pour la recherche des marqueurs vitaux (antiVHA de type IgM, AntiVHE de type IgM, AgHBs, anti-HBs, AgHBe, anti-HBe, anti-HBc type IgM, Anti-HBc totaux, anti-VHC), aux dosages quantitatifs de l'ADN du VHB et de l'ARN du VHC pour dépister les porteurs chroniques et l'évaluation de la fibrose pour l'éligibilité à un traitement, (plaidoyer avec les laboratoires et fabricants de réactifs et d'équipements de laboratoire).
- Mettre en place d'un système d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables de qualité à tous les niveaux de la pyramide de soins,
- Organiser de réunions d'échanges entre les praticiens libéraux et hospitaliers permettant l'amélioration de la communication entre les différents intervenants.

- Mettre en place d'un comité médical technique pool sur les hépatites virales et des réseaux hépatites et les impliquer dans la définition des orientations stratégiques régionales.
- Promouvoir la création d'associations de personnes vivant avec les virus de l'hépatite

Résultats attendus :

- xx% des hôpitaux assurent en permanence le traitement antiviral selon le protocole national de prise en charge des hépatites virales d'ici 2021
- L'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables est assuré de façon régulière sans rupture.
- Acquisition des appareils pour les analyses biologiques (automate de dépistage sérique ou automate de sérologie, achat des réactifs de la CV, des virus B et C), .
- xx% des patients VHB et VHC sont pris en charge d'ici 2021.
- xx% des patients non éligibles pour un traitement antiviral sont suivis de façon périodique.
- Le référentiel impliquant l'ensemble des acteurs est élaboré et diffusé à tous les personnels de santé (libéraux et hospitaliers)
- Le parcours de soins des patients porteurs des virus de l'hépatite est bien défini et allégé
- Les réunions d'échange entre les praticiens libéraux et hospitaliers sont organisées
- Un comité médical technique sur les hépatites virales et des réseaux hépatites sont mis en place
- Les associations des personnes vivant avec les virus de l'hépatite virale

Indicateurs

- Le pourcentage d'hôpitaux qui assurent en permanence le traitement antiviral selon le protocole de prise en charge des hépatites virales
- Le pourcentage de patient VHB et VHC éligible au traitement qui est pris en charge
- Le pourcentage de porteur non éligible au traitement antiviral qui est suivi périodiquement
- Le pourcentage des professionnels de santé (libéraux et hospitaliers) qui connaissent le contenu du document référentiel
- Le pourcentage de patient porteur du virus des hépatites qui sont satisfaits de leur parcours de soins.
- Nombre d'associations créées et appuyées.

3.2.4. Renforcer la surveillance épidémiologique des hépatites virales :

Les données de surveillance permettent de mesurer, de suivre la tendance de l'épidémie et d'évaluer l'impact des programmes et actions de santé publique. La surveillance en santé

publique exige une collecte de données standardisée et systématique, et une gestion rigoureuse des données. Le système national d'informations sanitaires n'intègre pas les données des hépatites virales. Les hépatites virales ne sont pas intégrées dans le système de surveillance nationale. Il est important que la première source de données passe par un système de notification efficace par la voie des cliniciens et des laboratoires d'analyses médicales publiques et privées. L'usage de notification électronique devrait être valorisé. Les données des enquêtes représentent des sources complémentaires.

3.2.4.1 Objectif général: Intégrer les hépatites virales dans le système national de Surveillance épidémiologique

3.2.4.1.1. Surveillance épidémiologique de l'hépatite aiguë

Objectif :

Détecter les flambées, suivre les tendances de l'incidence et identifier les facteurs de risque des infections incidentes

Interventions:

- Mettre en place une surveillance de l'hépatite virale en s'appuyant sur les signes cliniques ("surveillance syndromique épidémiologique")
- Mettre en place une surveillance épidémiologique intégrée des laboratoire basée sur les tests biologiques de diagnostic» (surveillance épidémiologique de type spécifique)
- Notifier les cas selon les critères de définition des cas établis par l'OMS
- Rechercher les facteurs de risque pour chaque cas notifié
- Former le personnel de santé (médical et paramédical) à la notification et à la définition des cas d'infection aiguë de l'hépatite virale selon les critères de définition de l'OMS
- Publier les informations dans un journal selon les modalités qui seront définies
- Utiliser les informations pour suivre les tendances et évaluer l'impact des actions menées.
- Assurer l'approvisionnement des sites en réactifs pour les tests, consommables et en intrants

Résultats:

- Les hépatites sont incluses dans le système de surveillance SMIR
- Le personnel médical et paramédical est formé au diagnostic syndromique , et au diagnostic biologique de l'hépatite aiguë selon les critères de définition des cas et selon chaque type de virus.
- Les facteurs de risque sont recherchés pour chaque cas notifié
- Les différents marqueurs sont connus
- L'évolution de l'incidence de l'hépatite aiguë fait l'objet d'un suivi.

Indicateurs :

- Incidence des hépatites virales aigues
- Nombre de personnel de santé formé en se basant sur les signes cliniques et biologiques selon les définitions des cas
- Pourcentage d'agents de santé capables de faire le diagnostic syndromique et biologique
- Le nombre de personne dépistées pour l'hépatite virale en se basant sur les signes cliniques
- Le nombre de personnes dépistées pour l'hépatite virale en se basant sur les tests biologiques
- Nombre de cas pour lesquels les facteurs de risque sont notifiés

3.2.4.1.2. Surveillance épidémiologique de l'hépatite chronique

Objectif :

Estimer la prévalence des infections chroniques et suivre les tendances dans les groupes et sites sentinelles.

Interventions:

- Faire des enquêtes de prévalence dans la population générale et dans les groupes à risque par la recherche des marqueurs viraux
- Former le personnel de santé à la notification et à la définition des cas d'infection chronique selon la définition des cas.
- Notifier les cas d'infection chronique par le VHB et le VHC suivis ou hospitalisés dans les services de soins
- Utiliser les informations pour suivre l'évolution de la prévalence et évaluer l'impact des actions menées.

Résultats :

- Les sites sentinelles sont mis en place
- La prévalence de l'hépatite virale B et C est connue et suivie
- Les personnels de santé sont formés à la définition et à la notification selon les critères de définition des cas d'hépatite chronique.
- Les cas d'hépatite chronique B et C suivis ou hospitalisés dans les centres de soins sont notifiés
- Les interventions sont adaptées en fonction des résultats de la surveillance

Indicateurs :

- Prévalence des hépatites chroniques B et C est connue et suivie
- Nombre de sites sentinel fonctionnels
- Le nombre de personnes formées à la notification et à la définition des cas d'infection chronique selon les critères de définition.

3.2.4.1.3. Surveillance des complications des hépatites virales**Objectif :**

Estimer la charge de morbidité et de mortalité imputable aux séquelles de l'hépatite chronique (cirrhose, carcinome hépatocellulaire).

Interventions:

- Organiser des enquêtes de prévalence des infections à VHB et VHC parmi les cas de cirrhose et de CHC
- Faire la revue documentaire (données des centres de santé et des hôpitaux, dans les communautés,...) afin de déterminer la charge de morbidité et de mortalité liée aux VHB et VHC ;

Résultats :

- La prévalence de l'hépatite B et de l'hépatite C parmi les malades atteints de cirrhose et de cancer du foie est connue ;
- La mortalité par cirrhose et cancer du foie post-hépatiques B et C est connue.
- L'évolution de l'incidence et de la prévalence de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire fait l'objet d'un suivi.

Indicateurs :

- Prévalence des hépatites virales B et C parmi les cirrhoses et carcinomes hépatocellulaires
- Le nombre de décès par cirrhose et cancer du foie ;
- La variation de l'incidence et de la prévalence des hépatites virales B et C parmi les cirrhoses et carcinomes hépatocellulaires.

La démarche à suivre en fonction de l'objectif de la surveillance est résumé sur le tableau [8]

Tableau : Surveillance de l'hépatite virale.

Démarches techniques qui peuvent être utilisées pour atteindre des objectifs déterminés concernant l'infection aiguë, les infections chroniques et leurs séquelles (8)

Si l'objectif de la surveillance consiste à :					
Démarches Techniques :	Déetecter les flambées	Indiquer les tendances de l'hépatite aiguë de type déterminé et identifier les facteurs de risque	Estimer la proportion des infections qui ont été identifiées chroniques	Estimer la charge des sujets porteurs d'une infection chronique. Modéliser les tendances	Estimer la charge de la cirrhose et du CHC
Méthodes de surveillance préférentielles	Surveillance syndromique dans la population générale. Surveillance évènementielle ^a	Notification intensifiée des cas (avec diagnostic in vitro et recueil d'informations sur les facteurs de risque) sur tout le territoire ou sur des sites sentinelles ^b	Notification des cas par les laboratoires ou les établissements de soins.	Enquêtes régulières	Synthèse des données tirées : 1. des registres du cancer 2. des certificats de décès 3. des tests pratiqués sur des patients atteints de cirrhose ou de CHC à la recherche d'une infection par le VHB ou le VHC
Population sous surveillance	Personnes qui arrivent dans un établissement de soins avec une hépatite aiguë (apparition soudaine des symptômes)	Personnes sans symptômes aigus soumises à des tests dans un établissement de soins ou dans un laboratoire.	Personnes sans symptômes aigus soumises à des tests lors d'enquêtes de population	Personne chez qui on a diagnostiqué une cirrhose ou un CHC	
Pathologie à rechercher	Hépatite aiguë sans autre précision	Hépatite aiguë de type déterminé	Présence de biomarqueurs d'infections anciennes ou actuelles. Infection chronique quels que soient les symptômes	Cas de CHC ou de cirrhose présentant une infection chronique par le VHB ou le VHC	
L'analyse et la notification caractériseront :	Une hépatite virale aiguë qui révèle de nouvelles infections		Charge des infections chroniques, prévalentes	Charge des séquelles	

- VHB : Virus de l'hépatite B. CHC : Carcinome hépatocellulaire. VHC : Virus de l'hépatite C
- ^a Il faut organiser des tests in vitro sur un échantillon de cas si une flambée a été notifiée.
- ^b Des données de grande qualité (des tests de diagnostic in vitro fiables) émanant d'un petit nombre de centres tertiaires ou de bonnes informations sur les

facteurs de risque sont préférables à des données de qualité médiocre provenant d'un grand nombre de sites et elles sont plus utiles.

3.2.4.1.3. Améliorer le système de surveillance épidémiologique des hépatites virales

Intervention

1. Elaborer une stratégie de notification des données de dépistage des maladies basée sur les laboratoires d'analyses publiques et privées ;
2. Intégrer dans le système de notification électronique existant les informations liées au dépistage des hépatites virales et assurer la vulgarisation ;
3. Elaborer et multiplier les guides et outils pour la surveillance des hépatites virales ;
4. Renforcer la qualité des données de surveillance des hépatites virales au niveau du Centre National de transfusion sanguine et des banques de sang ;
5. Renforcer la coordination de la surveillance épidémiologique des hépatites virales et les données de vaccination du PEV.
6. Identifier et appuyer les sites sentinelles de surveillance de l'hépatite ;
7. Former le personnel médical et paramédical à la surveillance sentinelle et à la tenue de registres.
8. Evaluation annuelle du système de surveillance épidémiologique

Résultats :

- Un système performant de surveillance des hépatites virales permettant le suivi de la tendance et de l'impact des actions est fonctionnel.

Indicateurs :

- Le guide et outils de surveillance épidémiologique disponibles et vulgarisés
- Le guide sur la stratégie de notification des données de dépistage des hépatites virales basée sur les laboratoires d'analyses publiques et privées est disponible.

3.2.4.1.4. Renforcer les informations et documentations sur les hépatites virales en Guinée.

Interventions :

- Établir la cartographie nationale des hépatites virales A, B, C, E pour suivre l'évolution des hépatites et détecter les épidémies ;
- Organiser des enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales pour déterminer la situation des hépatites virales B et C dans les groupes vulnérables,
- Réaliser une enquête épidémiologique nationale en population générale des hépatites virales sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population
- Réaliser une enquête socio-anthropologique sur les hépatites virales pour adapter les messages

- Intégrer la question des hépatites dans les Enquêtes Démographie et Santé ou autres enquêtes nationales pour une évaluation initiale.
- Documenter les meilleures pratiques en matière d'hépatites virales
- Rapportage du monitoring trimestriel et semestriel des activités de prévention, diagnostic et traitement

Résultats :

- Les connaissances socio anthropologiques en population générales et par groupe vulnérables sont connues
- Cartographie nationale sur les hépatites est élaborée
- Résultats des enquêtes sont disponibles
- Les meilleures pratiques sont documentées
- Les rapports de monitoring sont disponibles.

Indicateurs :

- Cartographie épidémiologique sur les hépatites est disponible
- Les résultats des enquêtes sont publiés
- Le document sur les enquêtes socio-anthropologiques est vulgarisé
- La proportion des formations sanitaires ayant réalisé le monitorage semestriel

3.3. Développer la recherche sur les hépatites virales :

La recherche appliquée sur les études et enquêtes épidémiologiques permet de générer des informations et suivre l'épidémie des hépatites virales. La recherche clinique, en particulier les essais thérapeutiques et cliniques, permet de répondre aux difficultés de traitement de l'hépatite B, aux problèmes des Co- infections, aux échecs et aux rechutes pour améliorer la prise en charge.

Interventions :

- Promouvoir la recherche sur les hépatites virales par une définition des priorités annuelle en facilitant le financement des projets de recherche
- Mettre en œuvre l'approche du model « village free hepatitis »
- Faire une Etude cohorte nationale des hépatites aigues pour suivre l'évolution naturelle
- Mener des enquêtes sur le génotypage des souches circulantes
- Organiser les stages de collaborations et échanges entre les équipes de recherche nationales et internationales dans le domaine des hépatites virales.
- Développer les mécanismes de dissémination des résultats de recherche sur les hépatites
- Faire une étude sur l'évaluation médico-économique comparant la prise en charge des patients co-infectés VIH-hépatites virales et mono- infectés hépatites virales

- Organiser des journées scientifiques sur les hépatites
- Création d'un centre de recherche sur les hépatites
- Publier les résultats des travaux dans les revues scientifiques nationales et internationales dans le domaine des hépatites virales

Résultats :

- Une base de données fonctionnelle sur les hépatites est disponible
- Les différentes souches circulantes sont connues
- Les différents stades d'évolution des hépatites sont connus par région et par groupe à risque.
- Les résultats des travaux scientifiques sont disponibles
- Les journées scientifiques sur les hépatites sont organisées

Indicateurs :

Nombre recherche scientifique.

- Le nombre de publications
- Nombre de journées scientifiques sur les hépatites organisées
- Le centre de recherche sur les hépatites fonctionnel

Quatrième partie : Gestion et coordination du programme, suivi et évaluation du plan

Contexte :

La Guinée s'est dotée d'une Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS) de lutte contre les maladies à potentiel épidémique dès la fin de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA, par décret D/2016/205/PRG/SGG du 04 juillet 2016 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'agence.

Le 22 mai 2014 l'assemblée mondiale de la santé a approuvé une résolution (WHA67.6) pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des hépatites virales. En application de cette résolution, les états membres se sont engagés lors de la 69ème assemblée mondiale de la santé à élaborer des plans stratégiques nationaux de lutte contre les hépatites virales. La résolution souligne également combien il est important de développer des programmes de vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B et de renforcer encore les mesures de lutte anti infectieuse dans les établissements de soins.

Vu la gravité des hépatites virales et de leurs conséquences, les modes de contamination et l'absence quasi-totale de structures nationales chargées de coordonner la lutte contre ces hépatites virales, le Ministère de la Santé a jugé opportun de créer une unité de coordination et de gestion de la lutte contre les hépatites virales.

Compte tenu des contingences liées à la création d'un programme national et de l'urgence de la riposte, le Ministère a décidé l'enracinement institutionnel de l'unité de lutte contre les hépatites virales au sein du Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/Sida.

4.2. Statut :

4.2.1. Création :

L'Unité a été créée par arrêté du Ministre de la Santé. Elle est érigée en établissement public à caractère administratif et à vocation scientifique. Elle est, dotée de la personnalité morale, et la gestion administrative et financière est placée sous la tutelle de la coordination du PNPCSP.

Le PNPCSP, représente le pôle de référence nationale dans la lutte contre les hépatites virales et est chargé de coordonner les actions de lutte contre les hépatites virales.

4.2.2. Objet et missions :

L'Unité a pour objet d'assurer la prévention, la prise en charge et la surveillance des hépatites virales au niveau national.

L'Unité de Prise en Charge des Personnes vivant avec les virus de l'hépatite assure la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de soins, de prévention, de formation médicale, de recherche, d'expertise et d'innovation dans le domaine des hépatites virales.

A ce titre, l'Unité a pour missions :

En matière de soins de :

- Dispenser des prestations de diagnostic, de traitement, de réhabilitation, de prise en charge et de suivi des patients présentant une hépatite chronique B ou C ;
- renforcer l'accès au dépistage des hépatites virales B et C
- Améliorer l'accès à une prise en charge de qualité aux patients dépistés au niveau national, par la mise en place de nouvelles stratégies plus adaptées aux besoins des malades ;
- Assurer la disponibilité régulière des médicaments, vaccins, réactifs et consommables, liés à la lutte contre les hépatites virales
- Suivre l'application de la politique nationale de lutte contre les hépatites virales en Guinée ;
- Elaborer et diffuser les manuels et procédures techniques
- Développer des mécanismes de coopération avec les établissements publics et privés de soins au niveau national, régional et international;
- Coordonner la formation continue des professionnels de santé pour l'acquisition des meilleures pratiques de soins.

En matière d'information et de communication, l'Unité de PEC des HV de :

- Développer et renforcer l'information et la communication dans le domaine des hépatites virales.
- Rendre accessible à la population, aux malades, aux proches, et aux professionnels de santé, les informations de référence sur les hépatites virales.
- Favoriser le développement des comportements de prévention et faciliter l'adhésion et l'adoption de bonnes pratiques de dépistage des hépatites virales.
- réduire la transmission et la prévalence de l'infection des hépatites virales
- améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B au niveau national.

En matière de suivi-évaluation, l'Unité est chargé de :

- Elaborer, Mettre en œuvre et Evaluer des stratégies de lutte contre les hépatites virales
- Faciliter l'articulation entre le dépistage et les soins
- Renforcer le dispositif de la surveillance épidémiologique avec la mise en place d'une antenne de veille sanitaire et la conduite des évaluations épidémiologiques régulières dans le domaine des hépatites virales ;

- Réaliser à la demande du ministère de la santé des évaluations des techniques et technologies de santé et de toute expertise sur les questions relatives à la lutte contre les hépatites virales.
- Suivre l'impact des stratégies vaccinales contre l'hépatite B ;

En matière de formation et de recherche, l'Unité de lutte contre les hépatites virales est chargé de:

- Concevoir des projets pédagogiques et organiser des ateliers, des colloques nationaux et internationaux de réflexions, des séminaires de recyclage et de perfectionnement ;
- Participer à la mise en place des curricula de formation médicale et paramédicale continue des professionnels et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre les hépatites virales ;
- Développer la recherche et l'innovation et une meilleure utilisation des résultats de recherche pour améliorer les stratégies de prévention et de prise en charge.
- Mettre en œuvre, financer, coordonner les actions particulières de recherche et de développement dans le domaine des hépatites virales, en collaboration avec les entités et groupes de recherche ;
- Soutenir les projets de recherche dans le domaine des hépatites virales.

4.2.3. Organisation et gestion :

Le PNPCSP est administré par un organe délibérant, dénommé « Direction Nationale de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie », régit par les dispositions du Décret D/2016/137/PRG/SGG du 20/4/2016, Portant Attribution et Organisation du Ministère de la Santé.

L'Unité est organisée selon un organigramme approuvé par la Direction Nationale de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie.

L'Unité de lutte contre les HV est composée comme suit :

- Un chef d'unité prise en charge
- Deux chargés d'étude (suivi évaluation et approvisionnement)
- Un chargé de la prévention
- Un chargé de la prévention de la transmission mère- enfant des hépatites virales

Les membres de cette unité sont nommés par arrêté ministériel. Son fonctionnement est placé sous la responsabilité du coordonnateur du PNPCSP.

4.2.4. Structures partenaires :

- Les directions techniques et programmes de santé du Ministère de la Santé :

- Direction de l'Epidémiologie et de la lutte contre les maladies

- Direction de la Santé Familiale et de la Nutrition
- Direction de la Pharmacie et des Médicaments
- Direction des Affaires Financières
- Direction des Etablissements Hospitaliers et de l'Hygiène Hospitalière
- Direction des Ressources humaines
- Institut National de Recherches en santé publique
- Centre National de Transfusion Sanguine
- Centres Hospitaliers
- Centres de Santé
- Directions Régionales de l'Action sanitaire
- Programmes de santé

- Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST
- La Faculté de Médecine Gamal Abdel Nasser de Conakry
- Les associations professionnelles de santé
- Les associations de lutte contre les hépatites virales
- Les organes de presse: radios, télévisions, sites électroniques, presses écrites
- Les associations communautaires
- Les partenaires techniques et financiers au développement: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, ONUSIDA
- ONG Internationales : SOLTHIS, DREAM, MSF-B
- ONG Nationales : FMG, AGBEF, REGAP+, etc.

1.4. OBJECTIFS STRATÉGIQUES:

4.4.1. Créer un cadre juridique de lutte contre les hépatites virales

Interventions :

1. Faire le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour la création d'une unité chargé des hépatites virales au niveau du PNPCSP
2. Mettre en place une unité de PEC des hépatites virales au niveau du PNPCSP
3. Mettre en place un cadre de concertation fonctionnel
4. Mettre en œuvre le plan stratégique national de lutte contre les HV
5. Elaborer des normes et procédures de PEC des hépatites virales
6. Elaborer, reproduire et vulgariser les kits de formation (manuel de référence, guide du formateur et cahier de l'apprenant)
7. Former des prestataires

Résultats :

1. Plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour la création d'une unité chargé des hépatites virales au niveau du PNPCSP réalisé

2. Une unité de PEC des hépatites virales au niveau du PNPCSP est mise en place
3. Un cadre de concertation fonctionnel est mis en place
4. Un plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales est disponible
5. Le document des normes et procédures de PEC des hépatites virales est élaboré ;
6. Les kits de formation (manuel de référence, guide du formateur et cahier de l'apprenant) sont élaborés ;
7. Les kits de formation sont rephotographiés
8. Les prestataires sont formés

4.4.2. Assurer le fonctionnement de la coordination

Interventions:

1. Budgétiser le fonctionnement de l'unité PEC des HV au PNPCSP
2. Développer des ressources humaines
3. Gérer et coordonner la lutte contre les hépatites virales au niveau national
4. Promouvoir la démarche qualité
5. Acquérir trois(3) véhicules de fonctionnement pour l'unité.
6. Acquérir les kits informatiques pour l'unité
7. Acquérir le mobilier pour l'unité
8. Assurer la maintenance des équipements et matériels

Résultats

1. Le budget de fonctionnement de l'unité PEC des Hépatites Virales au PNPCSP est établi
2. Les ressources humaines qualifiées sont recrutes
3. La lutte contre les hépatites virales au niveau national est coordonnée
4. La démarche qualité est observée
5. Les trois (3) véhicules pour la supervision sont obtenus
6. les kits informatiques pour l'unité sont obtenus
7. le mobilier pour l'unité est disponible
8. La maintenance des équipements et matériels est assurée

4.4.3. Assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les hépatites virales

Interventions:

1. Elaborer et valider les outils de collecte des données sur les hépatites virales
2. Implémenter des outils de collecte
3. Superviser post-formation sur l'utilisation des outils
4. Collecter, analyser et diffuser des données sur les hépatites virales
5. Promouvoir la recherche opérationnelle et renforcer la coopération régionale dans ce domaine

Résultats:

1. les outils de collecte des données sur les hépatites virales sont élaborés et valides
2. Les outils de collectes sont implémentés
3. La Supervision post-formation sur l'utilisation des outils est réalisée
4. Les données sur les hépatites virales sont collectées, analysées et diffusées
5. la recherche opérationnelle et la coopération régionale sont réalisées

4.4.4. Mobiliser les ressources financières

Interventions :

1. Développer la communication dans le but de promouvoir les activités de l'unité de lutte contre les hépatites pour la mobilisation des ressources
2. Mettre en place des mécanismes régionaux de négociation auprès des firmes pharmaceutiques et des laboratoires pour la maîtrise des coûts de dépistage et de traitement afin de faciliter l'accès des patients au diagnostic et au traitement
3. Identifier et utiliser des mécanismes innovants nationaux et internationaux pour financer la lutte contre les hépatites virales

Résultats:

1. la communication dans le but de promouvoir les activités du programme de lutte contre les hépatites pour la mobilisation des ressources réalisée
2. les mécanismes régionaux de négociation auprès des firmes pharmaceutiques et des laboratoires pour la maîtrise des coûts de dépistage et de traitement afin de faciliter l'accès des patients au diagnostic et au traitement sont mis en place
3. les mécanismes innovants nationaux et internationaux pour financer la lutte contre les hépatites virales sont identifiés et utilisés.

4.5. Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation :

Des directives spécifiques sur les modalités de décentralisation du programme de prévention et de prise en charge des hépatites au niveau régional et périphérique seront élaborées et diffusées.

Les objectifs poursuivis dans ce cadre sont de :

- Identifier durant le processus de mise en œuvre les obstacles à l'atteinte des objectifs afin de réviser et réorienter les stratégies d'intervention le cas échéant
- Identifier et capitaliser les acquis et bonnes pratiques lors de la mise en œuvre

- Collecter, analyser et partager les informations par rapport à la mise en œuvre du programme pour orienter la prise de décision
- Orienter et renforcer la recherche afin d'améliorer les performances et maximiser les impacts
- Suivre au niveau national l'évolution des données épidémiologiques des infections par le VHB et le VHC.

Le suivi du plan de mise en œuvre de la stratégie sera assuré à travers la coordination du PNPCSP par ses services techniques, et ses différentes structures sanitaires (DRS, médecins chefs de district etc...), sous forme de supervisions périodiques.

L'évaluation repose sur des indicateurs de résultats et d'impact qui permettent de mesurer le degré de mise en œuvre du plan. Elle se fera sous forme d'enquêtes, d'études, d'audits et de rapports.

Conclusion :

La présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2017-2021, vise la réduction des risques de transmission et la morbi-mortalité liées aux hépatites virales, par les mesures préventives et un accès généralisé à une prise en charge médicale et psychosociale appropriée. Elle traduit la ferme volonté politique d'aborder la situation épidémiologique très préoccupante des HV avec leurs conséquences, à travers des actions appropriées et ciblées et s'inscrit dans la politique nationale de la santé et du PNDS.

Cependant, des défis importants sont à relever, et des obstacles à surmonter pour atteindre ces résultats. La clé réside essentiellement dans un engagement politique de haut niveau en faveur d'une action plus efficiente, dans un leadership robuste à travers le PNPCSP/Unité de lutte contre les HV garantissant une coordination efficace à tous les niveaux, ainsi qu'un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

BUDGET DU CADRE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES EN GUINEE

N° de Réf.	Stratégies/Activités	Coût Unitaire	Période de mise en œuvre					Montant Total			
			2017	2018	2019	2020	2021				
			Montant	Montant	Montant	Montant	Montant				
AXE I: Prévenir la transmission des virus des hépatites											
a. Promouvoir l'information, l'Education et la communication pour le changement de comportement sur les hépatites virales (IEC/CCC)											
1.a.1	Célébrer annuellement la Journée Mondiale de Lutte contre l'hépatite	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000			
1.a.2	Elaborer et diffuser les documents (monographies, dépliants...) sur les facteurs de risque des hépatites, les mesures préventives, les moyens de prévention et les possibilités de traitement.	20 000	20 000			20 000		40 000			
1.a.3	Elaborer et diffuser les messages d'Information, d'Education et de Communication (IEC), en utilisant des supports variés : affiches, presse écrite et audiovisuelle, radios nationales et communautaires	25 000		25 000				25 000			
1.a.4	Renforcer les capacités de tous les acteurs pour une large diffusion (personnel de santé, OSC ; OC, presse, enseignants) des messages éducatifs	100	75 000	75 000	75 000			225 000			
1.a.5	Appuyer les ONG, OSC, OC et autres associations	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000			
1.a.6	Mettre en place un cadre de concertation trimestrielle sur les Hépatites Virales	PM									
1.a.7	Organisation de réunions de concertation trimestrielle de tous les acteurs sur les Hépatites	1 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000			
1.a.8	Elaborer/valider le plan de communication	75 000	75 000					75 000			
Total			194 000	124 000	99 000	44 000	24 000	485 000			

b. Prévenir la transmission de l'hépatite B par la vaccination.								
1.b.1	Instituer l'administration systématique du vaccin monovalent contre l'hépatite B à tous les nouveau-nés, dans un délai maximum de 24 heures suivant la naissance ;	6 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	300 000
1.b.2	Instituer, après dépistage, la vaccination systématique des groupes à risque (populations vulnérables) : Les enfants de 12 à 59 mois ; Les femmes enceintes ; définies dans la rubrique "sensibilisation"	3 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	600 000
1.b.3	Organiser la vaccination de rattrapage contre l'hépatite B pour les adolescents de 11 à 15 ans pour stopper la transmission sexuelle.	430 467		430 467		430 467		860 933
1.b.4	Assurer un approvisionnement régulier et suffisant en vaccins monovalents pré-qualifiés.	1 000 000		1 000 000		1 000 000		2 000 000
1.b.5	Assurer la mise en place des frigos solaires dans les sites de naissance	3 500	525 000	525 000	525 000	525 000	525 000	2 625 000
1.b.6	Assurer le contrôle qualité des vaccins utilisés	15 000		15 000		15 000		30 000
1.b.7	Organiser les campagnes de vaccination en faveur des personnels de santé	50 000		50 000		50 000		100 000
1.b.8	Sensibiliser et former les personnels de santé en charge des vaccinations (presse, EPU)	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
1.b.9	Légiférer pour rendre obligatoire le dépistage et la vaccination du personnel de santé en activité et à l'embauche	PM/MS						-
Total		715 000	2 210 467	715 000	2 210 467	715 000	6 565 933	
c. Supprimer la transmission du VHB et du VHC par les dons de sang, les injections et les pratiques entraînant une effraction cutanée.								
1.c.1	Garantir la sécurité transfusionnelle en ne recrutant que des donneurs volontaires, fidélisés et non rémunérés ;	PM/CNTS						

1.c.2	Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs pré-qualifiés par l'OMS et consommables pour le dépistage du VHB et du VHC ;	PM/MS						
1.c.3	Soumettre tous les dons de sang à des tests hautement sensibles et spécifiques de mise en évidence des marqueurs de l'infection à virus de l'hépatite B et de l'hépatite C selon les procédures de base normalisées ;	PM/CNTS						
1.c.4	Renforcer les capacités du personnel de laboratoire ;	7 010	7 010	7 010	7 010	7 010		28 040
1.c.5	Assurer la supervision et le contrôle de qualité des laboratoires.	6 671	26 684	26 684	26 684	26 684	26 684	133 422
1.c.6	Enseigner aux cliniciens et au personnel infirmier les pratiques garantissant la sécurité transfusionnelle.	7 010	7 010		14 020			21 030
Total		40 704	33 694	47 714	33 694	26 684	182 492	
d. Sécuriser les injections								
1.d.1	Rendre disponibles le matériel de stérilisation, le matériel à usage unique et les produits désinfectants dans les formations sanitaires	200 000	100 000	100 000				200 000
1.d.2	Constituer un stock de sécurité en anti – viraux (Interféron et ribavirine) pour la chimio prophylaxie en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) du personnel de santé ;	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
1.d.3	Elaborer et diffuser des dépliants et affiches sur les précautions universelles dans les procédures de soins en incluant les AES;	17 000	17 000		17 000		17 000	51 000
1.d.4	Elaborer et diffuser des dépliants et affiches sur les procédures d'élimination des objets piquants et coupants, et des déchets biologiques dans les formations sanitaires	17 000	17 000		17 000		17 000	51 000

1.d.5	Assurer la disponibilité régulière des matériels de protection en milieu de soins.	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
1.d.6	Organiser des activités d'IEC ciblant les usagers de drogue	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000
1.d.7	Instituer la distribution gratuite de seringues et d'aiguilles à usage unique aux usagers de drogue.	PM/MS						-
	Total		763 000	729 000	663 000	629 000	663 000	3 447 000

e. Sécuriser des actes non médicaux avec effraction cutanée.

1.e.1	Sensibiliser les professionnels sur les risques de transmission du VHB et du VHC par leurs pratiques	6 500	13 000		13 000		13 000	39 000
1.e.2	Campagne d'informations auprès du public adepte de ces pratiques sur les risques et les mesures de prévention.	9 500	9 500	9 500	9 500	9 500	9 500	47 500
1.e.3	Elaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques à l'attention des personnes qui pratiquent ces actes	25 000		25 000				25 000
1.e.4	Elaborer des normes concernant le matériel et les produits spécifiques utilisés lors de ces actes	25 000		25 000				25 000
1.e.5	Elaborer des mesures réglementaires opposables aux personnes effectuant ces actes sur la base du guide de bonnes pratiques et comportant l'obligation d'informer les usagers sur les risques encourus	25 000		25 000				25 000
1.e.6	Faire contrôler le respect des bonnes pratiques des opérateurs.	PM/MS						-
1.e.7	Promouvoir la vaccination contre l'hépatite	PM/MS						-
	Total		22 500	84 500	22 500	9 500	22 500	161 500

AXE II : Favoriser l'accès au dépistage								
a. Prévenir la transmission par voie sexuelle								
2.a.1	Dépistage, suivi rapproché et vaccination des groupes vulnérables (professionnelles du sexe, homosexuels, prisonniers... etc.)	45 000	45 000		45 000			90 000
2.a.2	Sensibilisation et vaccination des sujets sexuellement actifs (adolescents, sujets dans la tranche d'âge 15-35 ans.	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000
2.a.3	Promotion du préservatif masculin et féminin	PM						-
Total		75 000	30 000	75 000	30 000	30 000	240 000	
b. Promouvoir le dépistage								
2.b.1	Plaidoyer auprès des Autorités pour un engagement politique fort.	PM						
2.b.2	Organiser une concertation pour inclusion systématique de la recherche de l'AgHbs dans le bilan prénatal (Forfait Obstétrical)	2 000	2 000					2 000
2.b.3	Élaborer les textes pour rendre obligatoire et gratuit le dépistage systématique des femmes enceintes, des personnels de santé, les populations à risque	PM						-
2.b.4	Dépister les femmes enceintes pendant la grossesse et en urgence, lors de l'accouchement chez les mères non encore dépistées. , les personnels de santé, les usagers de drogue ; les populations carcérales et les autres groupes risques	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
2.b.5	Sensibiliser les populations sur l'importance du dépistage	10 000	10 000		10 000			20 000
2.b.6	Recommander le dépistage des hépatites virales à l'embauche et en activité pour les militaires et paramilitaires	PM						-

2.b.7	Recommander le dépistage des hépatites virales dans les examens prénuptiaux	PM						-
2.b.8	Former le personnel de santé à la pratique du dépistage	7 010	14 020	14 020	14 020			42 060
2.b.9	Elaborer l'algorithme pour le dépistage	7 010	28 040					28 040
2.b.10	Approvisionner régulièrement les laboratoires en réactifs pré-qualifiés pour les tests de dépistage	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000
2.b.11	Mettre en place un mécanisme d'orientation et de prise en charge des cas dépistés	PM						-
2.b.12	Instituer un contrôle qualité des réactifs utilisés	PM						-
2.b.13	Sensibiliser la population au dépistage volontaire et anonyme des hépatites et celui du VIH/sida	10 000	10 000		10 000	10 000		30 000
2.b.14	Renforcer les programmes communautaires de santé en offrant le dépistage et l'orientation vers les soins.	7 010	28 040	28 040	28 040			84 120
2.b.15	Elaborer et diffuser un guide national de dépistage des hépatites virales B et C, et d'orientation des cas dépistés positifs vers les programmes de soins et traitement, et les cas négatifs vers les programmes de prévention primaire.	7 010	28 040	28 040	28 040			84 120
2.b.16	Mettre en place un programme national de contrôle de la qualité des analyses des marqueurs du VHB et VHC au niveau des laboratoires d'analyses;	PM						-
Total			195 140	145 100	165 100	85 000	75 000	665 340

AXE III : Assurer la prise en charge globale des personnes vivant avec les virus des hépatites
a. Améliorer la formation des professionnels de la santé

3.a.1	Elaborer un guide national de prise en charge globale des Hépatites virales chroniques B et C: prévention (vaccination), suivi des porteurs chroniques, prise en charge médicale, thérapeutique et psychosociale, algorithmes de diagnostic biologique .	25 000	25 000					25 000
3.a.2	Multiplier et vulgariser le guide national de prise en charge globale des hépatites virales	20 000	20 000					20 000
3.a.3	Organiser une session de formation de formateurs sur le guide national de prise en charge globale des hépatites virales,	7 010	7 010					7 010
3.a.4	Organiser des ateliers et séminaires de formation sur la prise en charge des hépatites virales à l'intention des professionnels de santé	7 010	14 020	14 020	14 020	14 020		56 080
3.a.5	Planifier la formation de deux (2) médecins spécialistes en hépato-gastrologie	21 000		21 000	21 000			42 000
3.a.6	Intégrer des modules de formation sur la prise en charge et le soutien psychologique des hépatites virales dans les enseignements de la Faculté de médecine et des Ecoles de santé (Reproduction des modules)	10 000	10 000					10 000
3.a.7	Former le personnel paramédical à l'éducation thérapeutique , à la pharmacovigilance et à l'accompagnement	7 010	14 020	14 020	14 020			42 060
Total		90 050	49 040	49 040	14 020	-		202 150

b. Assurer le suivi des personnes infectées par le VHB et le VHC							
3.b.1	Elaborer un manuel de procédures de référence et contre référence pour la prise en charge des personnes infectées par le VHB et le VHC	15 000		15 000			15 000
3.b.2	Elaborer un plan de prévention et de prise en charge mère-enfant sur tout le territoire national	15 000		15 000			15 000
3.b.3	Sensibiliser les PCVHB et /ou VHC à un suivi régulier (consultation, surveillance biologique et échographique...)	5 000	5 000	5 000		5 000	15 000
3.b.4	Assurer le suivi biologique et prise en charge thérapeutique des PCVHB et/ou du VHC (PNPCSP)	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000
Total		35 000	45 000	50 000	30 000	35 000	195 000
c. Promouvoir la prise en charge communautaire des porteurs chroniques du VHB et du VHC							
3.c.1	Elaborer un guide de prise en charge communautaire et d'éducation thérapeutique des PCVHB et/ou VHC: conseils, visites et soins à domicile, plaidoyer.	15 000	15 000				15 000
3.c.2	Former les agents communautaires à l'utilisation du guide	7 010	21 030	21 030			42 060
3.c.3	Renforcer les capacités des différentes organisations ou associations dans le diagnostic, la prise en charge, la recherche	7 010		21 030	21 030	21 030	63 090
3.c.4	Assurer la coordination et le suivi des activités de prise en charge communautaire	5 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
3.c.5	Assurer les visites à domicile par les agents communautaires, membres d'associations ou ONG	5 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
Total		66 030	72 060	51 030	51 030	30 000	270 150

d. Renforcer le dispositif de soins et améliorer la prise en charge médicale des personnes atteintes des virus de l'hépatite viral (A, B, C, D et E)								
3.d.1	Acquérir des réactifs et consommables pour un meilleur accès au diagnostic et suivi biologique et aux tests de mesure de la fibrose hépatique pré-qualifiés par l'OMS	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
3.d.2	Elaborer un Guide de prise en charge globale impliquant l'ensemble des acteurs	25 000	25 000					25 000
3.d.3	Multiplier et diffuser le Guide de prise en charge globale à tous les personnels de santé concernés. Ce référentiel précisera la place des différents professionnels libéraux et hospitaliers dans une prise en charge partagée des malades atteints d'hépatite B	10 000	10 000					10 000
3.d.4	Procéder à la formation des médecins souhaitant s'impliquer dans la prise en charge, notamment thérapeutique de ces malades à l'utilisation de ce Guide de prise en charge globale	7 010	21 030	21 030		21 030		63 090
3.d.5	Organisation de réunions et d'échanges entre les praticiens libéraux et hospitaliers permettant l'amélioration de la communication entre les différents intervenants.	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
3.d.6	Mise en place d'un comité médical technique pool sur les hépatites virales et des réseaux hépatites et les impliquer dans la définition des orientations stratégiques régionales	PM						-
3.d.7	Promouvoir la création d'associations de porteurs chroniques de VHB et VHC en An 1-An5,	PM						-
3.d.8	Faciliter l'accès aux examens biologiques et aux médicaments par un plaidoyer auprès des décideurs politiques pour subventionner la PEC globale des patients	PM						-

3.d.9	Redynamiser le mécanisme d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	PM							-
	Total		86 030	51 030	30 000	51 030	30 000	248 090	

AXE IV : Renforcer la surveillance épidémiologique des hépatites virales

a. Surveillance épidémiologique de l'hépatite aiguë

Déetecter les flambées, suivre les tendances de l'incidence et identifier les facteurs de risque des

4.a.1	Mettre en place un système de surveillance syndromique	PM							-
4.a.2	Mettre en place une surveillance épidémiologique intégrée des laboratoires basée sur les tests biologiques de diagnostic	PM							-
4.a.3	Notifier les cas selon les critères de définition des cas établis par l'OMS	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000	
4.a.4	Rechercher les facteurs de risque pour chaque cas notifié	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	37 500	
4.a.5	Former le personnel de santé (médical et paramédical) à la notification et à la définition des cas d'infection aiguë de l'hépatite virale selon les critères de définition de l'OMS	7 010	21 030	21 030				42 060	
4.a.6	Publier les informations dans un journal selon les modalités qui seront définies	1 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000	
4.a.7	Utiliser les informations pour suivre les tendances et évaluer l'impact des actions menées	PM							-
4.a.8	Assurer l'approvisionnement en tests et intrants les sites	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000	
	Total		57 530	57 530	36 500	36 500	36 500	224 560	

b. Surveillance épidémiologique de l'hépatite chronique							
4.b.1	Faire des enquêtes de prévalence dans la population par la recherche des marqueurs viraux	200 000	200 000				200 000
4.b.2	Former le personnel de santé à la notification et à la définition des cas d'infection chronique selon la définition des cas	7 010	28 040	28 040	28 040		84 120
4.b.3	Notifier les cas d'infection chronique par le VHB et le VHC suivis ou hospitalisés dans les services de soins	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
4.b.4	Utiliser les informations pour suivre l'évolution de la prévalence et évaluer l'impact des actions	PM					-
Total		233 040	33 040	33 040	5 000	5 000	309 120
c. Surveillance des complications des hépatites virales							
<i>Estimer la charge de morbidité imputable aux séquelles de l'hépatite chronique (cirrhose, carcinome hépatocellulaire).</i>							
4.c.1	Organiser des enquêtes de prévalence des infections à VHB et VHC parmi les cas de cirrhose et de CHC	120 000		120 000			120 000
4.c.2	Faire la revue documentaire (données des centres de santé et des hôpitaux, dans les communautés,...) afin déterminer la charge de morbidité et de mortalité	15 000		15 000			15 000
4.c.3	Elaborer une stratégie de notification des données de dépistage des maladies basée sur les laboratoires d'analyses publiques et privées ;	25 000		25 000			25 000
4.c.4	Mettre en place un système informatisé de collecte de données : définition de cas d'hépatites, recueil et analyse de données.	25 000		25 000	25 000		50 000
4.c.5	Mettre en place les mécanismes pour un système de notification électronique des informations liées au dépistage des hépatites virales et assurer la vulgarisation ;	25 000	25 000	25 000			50 000

4.c.6	Elaborer et multiplier les guides et outils pour la surveillance des hépatites virales	25 000	25 000					25 000
4.c.7	Renforcer la qualité des données de surveillance des hépatites virales au niveau du Centre National de transfusion sanguine et des banques	7 500	7 500		7 500		7 500	22 500
4.c.8	Renforcer la coordination de la surveillance épidémiologique des hépatites virales et les données de vaccination du PEV	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
4.c.9	Identifier et appuyer les sites sentinelles de surveillance les hépatites virales	5 000	5 000		5 000		5 000	15 000
4.c.10	Former le personnel médical à la surveillance sentinelle et à la tenue de registres	7 010	14 020					14 020
4.c.11	Evaluation annuelle du système de surveillance épidémiologique	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
Total		83 520	217 000	44 500	7 000	19 500	371 520	

d. Renforcer les informations et documentations des hépatites virales B, C et E en Guinée

4.d.1	Établir la cartographie des hépatites virales A,B, C, E pour suivre l'évolution des hépatites et détecter les épidémies	50 000				50 000		50 000
4.d.2	Organiser des enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales pour déterminer la situation des hépatites virales B, C et E dans les groupes vulnérables	120 000			120 000			120 000
4.d.3	Mener des enquêtes sur le génotypage des souches circulantes	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	37 500
4.d.4	Réaliser une enquête épidémiologique nationale en population générale sur les hépatites virales	200 000	200 000					200 000
4.d.5	Intégrer la question des hépatites dans les Enquêtes Démographie et Santé ou autres enquêtes nationales	PM						-

4.d.6	Réaliser une enquête socio-anthropologique sur les hépatites virales pour adapter les messages	75 000				75 000		75 000
4.d.7	Monitoring semestriel des activités	6 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	60 000
4.d.8	Reproduire et diffuser le plan stratégique national du lutte contre les hépatites	15 000	15 000					15 000
	Total	234 500	19 500	139 500	144 500	19 500	557 500	

AXE V : Développement de la recherche sur les hépatites virales

Développer la recherche sur les hépatites virales

5.1	Mettre en place un fonds destiné à la recherche sur les hépatites virales avec les modalités d'attribution des subventions aux projets de recherches.	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000
5.2	Organiser une rencontre sur la définition des priorités de recherche sur les hépatites virales	7 010	7 010					7 010
5.3	Mener des études dans le domaine de la prévention, prise en charge thérapeutique et psychosociale, de l'immunologie, de la virologie et connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des hépatites virales	30 000		30 000				30 000
5.4	Faire une Etude cohorte nationale des hépatites aigues pour suivre l'évolution naturelle	30 000			30 000			30 000
5.5	Mener des enquêtes sur le génotypage des souches circulantes pour le virus C	30 000				30 000		30 000
5.6	Renforcer les collaborations entre les équipes de recherche nationales et internationales dans le domaine des hépatites virales.	10 000	10 000		10 000		10 000	30 000
5.7	Appuyer les participations des chercheurs aux rencontres scientifiques	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
5.8	Organiser des restitutions des résultats de recherche	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000

5.9	Encourager les publications dans les revues internationales	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	5 000
5.10	Mettre en place un système de diffusion des résultats de la recherche	1 500	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
	Total		56 010	69 000	79 000	69 000	49 000	322 010

AXE VI : Gestion - coordination- suivi et évaluation du plan

a. Création d'un cadre juridique de lutte contre les hépatites virales

6.a.1	Faire le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé	PM						-
6.a.2	Mettre en place une unité de PEC des HV au niveau du PNPCSP	PM						-
6.a.3	Mettre en place un cadre de concertation fonctionnel	PM						-
6.a.4	Mettre en œuvre le plan stratégique national de lutte contre les HV	PM						-
6.a.5	Elaborer des normes et procédures de PEC des hépatites virales	25 000	25 000					25 000
6.a.6	Elaborer les kits de formation (manuel de référence, guide du formateur et cahier de l'apprenant)	25 000	25 000					25 000
6.a.7	Reprographier les kits de formation	10 000	10 000					10 000
6.a.8	Former des prestataires	7 010	28 040	28 040	21 030	-	-	77 110
	Total		88 040	28 040	21 030	-	-	137 110

b. Assurer le fonctionnement de l'Unité de PEC des HV du PNPCSP

6.b.1	Budget de fonctionnement de l'unité	6 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	120 000
6.b.2	Développement des ressources humaines	PM						-
6.b.3	Gestion et coordination de la lutte contre les hépatites virales au niveau national	PM						-
6.b.4	Démarche qualité et processus d'accréditation	PM						-

6.b.5	Acquisition de (3) trois véhicules 4X4 pour le fonctionnement de l'unité ou supervision	50 000	150 000						150 000
6.b.6	Frais de fonctionnement des logistiques roulants	9 200	27 600	27 600	27 600	27 600	27 600	27 600	138 000
6.b.7	Maintenance des équipements, mobiliers et matériels (logistiques)	2 500	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
6.b.8	Acquisition des kits informatiques pour l'unité	3 000	15 000						15 000
6.b.9	Acquisition des mobiliers de bureau pour l'unité	15 000	15 000						15 000
Total		236 600	56 600	463 000					

c. Assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les hépatites virales

Assurer le suivi-évaluation

6.c.1	Elaborer et valider les outils de collecte des données sur les hépatites virales	25 000	25 000						25 000
6.c.2	Implémenter des outils de collectes	5 000	5 000						5 000
6.c.3	Superviser post-formation sur l'utilisation des outils	7 500	22 500	22 500	22 500	22 500	22 500	22 500	112 500
6.c.4	Collecter, analyser et diffuser des données sur les hépatites virales	7 500	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
6.c.5	Promouvoir la recherche opérationnelle et renforcer la coopération régionale dans ce domaine	20 000				20 000	20 000	20 000	40 000
6.c.6	Organiser une revue à mis parcours du PSN	25 000		25 000					25 000
6.c.7	Organiser la revue de perfomance du PSN 2017-2021	45 000					45 000		45 000
Total		67 500	37 500	62 500	57 500	102 500	327 500		

d. Mobiliser les ressources financières

6.d.1	Développer la communication dans le but de promouvoir les activités de l'unité de lutte contre les hépatites pour la mobilisation des ressources	PM	-	-	-	-	-	-	-
-------	--	----	---	---	---	---	---	---	---

6.d.2	Mettre en place des mécanismes régionaux de négociation auprès des firmes pharmaceutiques et des laboratoires pour la maîtrise des coûts de dépistage et de traitement	PM	-	-	-	-	-	-
6.d.3	Identifier et utiliser des mécanismes innovants nationaux et internationaux pour financer la lutte contre les hépatites virales	PM	-	-	-	-	-	-
Total								
			3 339 194	4 092 101	2 440 054	3 563 841	1 939 784	15 374 975

RECAPITULATIF DES COUTS PAR AXES STRATEGIQUES

N°	AXES STRATEGIQUES	COUTS EN DOLLARS US
1	Prévenir la transmission des virus de l'hépatite B et C.	10 841 925
2	Favoriser l'accès au dépistage	905 340
3	Assurer la prise en charge médicale et thérapeutique des porteurs chroniques des virus de l'hépatite virale B et C	915 390
4	Renforcer la surveillance épidémiologique des hépatites virales	1 462 700
5	Développer la recherche sur les hépatites B et C	322 010
6	Assurer la gestion et le suivi-évaluation de l'Unité de PEC du PNPCSP	927 610
	Total	15 374 975

Liste des personnes qui ont participé à l’élaboration de ce document stratégique

1. Dr Mamey CONTE, Chef d’Unité IEC/CCC, PNPCSP,
2. Dr Oumou Thior TOURE, CNSS, Chef service Action sanitaire ;
3. Dr Boubacar KANTE, « SOS Hépatites –Guinée »,
4. Dr Pernamou TRORE, AGBEF, Chef service médical.
5. Dr Abdourahamane Diouria DIALLO, Directeur ONG « SOS Hépatites-Guinée »,
6. Dr Albert DELAMOU, INSE Donka,
7. Dr Marthe KOLIE, Pharmacien, Assistante Unité Pharmacie PNPCSP,
8. Dr Pascal Bonimy, S/E ONUSIDA;
9. Dr Bilguissou BAH, FMG;
10. Dr Foromo GUILAVOGUI, Chef d’Unité PEC, PNPCSP : <i>Consultant National</i> .
11. Pr Mohamed CISSE, Président du comité médical technique PEC du VIH/sida,
12. Dr Mamadou SAMOURA, Médecin assistant au Programme Elargi de Vaccination,
13. Dr Ansoumane DOUMBOUYA, Médecin au service de Médecine Interne A à l’hôpital national Ignace Denn.
14. Dr Zakaria BAH, Médecin chargé d’étude à l’Unité PEC/PNPCSP des IST/VIH/sida.
15. Dr Nyankoye Yves HABA, Directeur du Centre National de Transfusion Sanguine
16. Dr Nakama GUEMOU, Assistant à la recherche, ONG Solthis;
17. Dr Olivier, Chargé de Recherche, PSI Guinée.
18. Dr Alpha Garaya DIALLO, Médecin chef adjoint service de médecine interne, HN Donka,
19. Dr Siriman CAMARA, ATM, OMS – Guinée ;
20. Dr Alpha Amadou Sank DIALLO, Chef service Médecine Interne HN de Donka,
21. Prof. Nicolas Kodjoh, Consultant international, OMS
22. Dr Youssouf KOITA, Coordonnateur National du PNPCSP des IST/VIH/sida
23. Dr Djenabou DIALLO, Hépato-Gastro-Entérologie, Hôpital National de Donka.
24. Dr Kandé Mouctar , OMS ,NPO/ PF-PEV
25. Dr Penda Maladho DIALLO, Biogiste INSP
26. Dr Laya KABA, Coordonnateur National Adjoint du PNPCSP des IST/VIH/sida
27. Dr Mohamed Lamine Yansané, Conseiller principal de M. le Ministre de la Santé
28. M. Oumar CAMARA, Comptable au PNPCSP des IST/VIH/sida
29. Dr CONDE, Médecin à l’Agence Nationale de la sécurité sanitaire

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

N°	Titre des Documents
1	Prévention et lutte contre l'hépatite virale : cadre pour l'action mondiale WHO/HSE/PED/HIP/GHP 2012.1
2	Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. WHO March 2015
3	Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique. OMS/HIV/2015.5 Avril 2016
4	Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Updated version .WHO April 2016
5	Lignes directrices pour le Dépistage, les soins et le traitement des personnes ayant une infection chronique avec le virus de l'hépatite C. WHO/HIV/2016.01
6	Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. WHO May 2016
7	Global health sector strategy on viral hepatitis 2016 – 2021. Towards ending viral hepatitis. WHO June 2016
8	Loua A; Diallo M.B; Magassouba F.B : Séroprévalence de l'hépatite B chez les donneurs de sang en Guinée ; Med Trop : revue du corps de santé colonial. A. 2005, vol. 65(4) : 396-397.
9	NM Baldé, A Camara, K Kourouma, A Kaké, MM Diallo, MK Diallo. Caractéristiques cliniques de la Séroprévalence a l'hépatite B et au VIH chez 248 Diabétiques à Conakry en Guinée; Méd. Afrique Noire A. 2007, vol. 54(3) : 174-178.
10	Touré M., Loua A., Kourouma K., Camara L.M., Kaba M.L., Cisse M., Bah A.O., Diallo B., L. Doumbouya. Prévalence de l'anticorps du virus de l'hépatite C chez les patients hospitalisés au CHU de Conakry ; Atelier de Néphrologie en Afrique Subsaharienne Francophone Livre des Résumés (2005), Page: 43
11	Enquête de Démographie et de Santé -Guinée -IV, 2012
12	Rapport-PNUD, RMDH 2012
13	Rapport – PNUD, 2014
14	EGS (Etats généraux de la santé) -Guinée, 2016
15	Enquête STEPS, 2010.
16	ANSS-DPLM, données d'investigation terrain -Guinée, 2016
17	PPAC-PEV, Guinée - 2016
18	Plan stratégique de lutte contre les hépatites virales en Mauritanie : 2015-2017