

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice

MINISTERE DE LA SANTE



**Plan national de lutte contre les
hépatites virales en Mauritanie.
2015 – 2017.**

SOMMAIRE

Partie	page
Préface	3
Liste des acronymes et abréviations	4
Résumé executive	6
Introduction	8
Approche méthodologique	9
Première partie : Données générales sur la Mauritanie	10
I. Profil général de la Mauritanie	11
II. Profil sanitaire	14
Deuxième partie : Analyse de la situation de lutte contre les hépatites virales	20
I. Surveillance épidémiologique	21
II. Prévention primaire	22
III. Dépistage	25
IV. Prise en charge médicale et thérapeutique	
V. Recherches	27
VI. Organisation et gestion	27
Troisième partie : Composantes de la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017.	28
I. Vision, valeurs et principes de la stratégie	29
II. But et objectifs	29
III. Orientations stratégiques	30
Quatrième partie : Coordination et gestion	38
I. Institut National d'Hépatite-Virologie	39
II. Structures partenaires	41
III. Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation	42
Conclusion	42
Annexes	43

Préface

Les hépatites virales sont 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 très 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 de l'hépatite B très efficace pour empêcher la transmission des virus VHB et VHD et des agents viraux 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 Mauritanie entre 10 et 20% de porteurs de l'Ag HBs a été une préoccupation prise en compte dans les orientations définies dans la Politique nationale de santé publique et sociale 2006-2015 et le plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2020).

C'est dans ce cadre que sur instruction de **Son Excellence le Président de la République Mohamed Ould Abdel Aziz**, le gouvernement a mis en place un programme national de lutte contre les hépatites virales en novembre 2011 et a créé en Mars 2014 l'Institut National d'Hépatite-Virologie avec entre autres, les missions d'élaboration et de mise en œuvre des stratégies de lutte contre les hépatites virales.

Pour concrétiser cette vision, en trois 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 (OMS, UNICEF, UNFPA).

La présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017, s'appuyant sur une analyse de situation et sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé vise singulièrement la réduction des risques de transmission des hépatites virales basée sur les mesures préventives et la réduction de la morbidité et 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 l'Institut National d'Hépatite-Virologie, l'impulsion d'une coordination adaptée aux enjeux, la participation communautaire, l'implication effective de tous les intervenants et un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux sont indispensables.

Enfin, nous remercions vivement le groupe de travail et toutes autres personnes ayant participé à l'élaboration de ce document.

Ahmedou Ould Hademine Ould Jelvouné

Ministre de la santé

Abréviations 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
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CME	Centre mère et enfant
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Centre national de cardiologie
CNERV	Centre national d'Etudes et de recherches vétérinaires
CNH	Centre national d'hygiène (actuel INRSP)
CNO	Centre national d'oncologie
CNORF	Centre national d'orthopédie et réadaptation fonctionnelle
CNSE	Commission nationale de surveillance épidémiologique
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CS	Centre de santé
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DMH	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPL	Direction de la pharmacie et des Laboratoires
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FIV	Fécondation in vitro
GRH	Gestion des ressources humaines
HA	Hôpital de l'amitié
HCZ	Hôpital Cheikh Zayed
HM	Hôpital Militaire
HR	Hôpital régional
INHV	Institut National d'Hépat-Virologie
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infections sexuellement transmissibles
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
NP	Niveau primaire
NS	Niveau secondaire
NT	Niveau tertiaire
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONMT	Office national de la Médecine de Travail
ONS	Office national des statistiques
ONUSIDA	Programme des Nations Unies de lutte contre le SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PFN	Point focal national
PIB	Produit intérieur brut
PNAM	Programme national d'allaitement maternel
PNB	Produit national brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNGRC	Plan national de gestion des risques de catastrophes
PNEVG	Programme national d'éradication du ver de guinée
PNLB	Programme national de lutte contre les bilharzioses
PNLC	Programme national de lutte contre la cécité
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
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
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
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources humaines de la santé
SG/MS	Secrétaire général du ministère de la santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIM	Société Nationale Industrielle et Minière
SNIS	Système national d'information sanitaire
SR	Santé de la reproduction
SSB	Soins de santé de base
TB	Tuberculose
TBS	Taux brut de scolarité
UCS	Unité de coordination du SIDA
USB	Unité de santé de base
USTM	Université des Sciences, Technologie et de Médecine
UM ou MRO	Ouguiya
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

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 Mauritanie, les différentes études réalisées au cours de ces deux dernières décennies montrent des prévalences de l'AgHBs variant de 10 à 24% dans les différents groupes (femmes enceintes, milieu scolaire, donneurs de sang, travailleurs...). Ce taux place le pays dans la zone d'hyperendémicité de l'infection du virus de l'hépatite B. La co-infection avec le virus de l'hépatite Delta s'élève à 33.67% chez les patients présentant des hépatites chroniques AgHBs positif.

En réponse à cette situation épidémiologique préoccupante, des mesures ont été prises en 2005 avec l'introduction de la vaccination, en novembre 2011, la création du Programme national de lutte contre les hépatites virales et en mars 2014, la création d'un Institut National d'Hépatite-Virologie. L'INHIV est l'organe de référence pour la prise en charge et la coordination de la lutte contre les hépatites virales. 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 et sociale 2006-2015 et en adéquation avec le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2020, que s'inscrit la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017.

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 de l'atelier qui s'est déroulé les 27 et 28 mars 2012.

La présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017, vise singulièrement la réduction des risques de transmission des hépatites virales basée sur les mesures préventives et la réduction de la morbidité et 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'Institut National d'Hépatite-Virologie, 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 de la présente stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017 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 2015-2017, à l'horizon 2017 contribuera à consolider un système performant de prévention de la transmission des hépatites virales, et instaurer une 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.

Les axes stratégiques retenus tournent autour des points suivants :

1. Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC
2. Promotion de 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 du programme et assurer le suivi et l'évaluation du plan

Un plan d'actions pour la période 2015-2017 est élaborée dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie.

I. Introduction

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. Globalement, on estime que 78% des cancers primaires du foie et 57% des cirrhoses hépatiques sont dus à l'hépatite virale. Chaque année plus d'un million de décès sont dus à l'hépatite virale.

C'est en Afrique et en Asie, que la fréquence de personnes vivant avec l'hépatite virale est la plus élevée.

En Mauritanie, les différentes études réalisées au cours de ces deux dernières décennies montrent des prévalences de l'AgHBs variant de 10 à 24% dans les différents groupes (femmes enceintes, milieu scolaire, donneurs de sang, travailleurs...). Ce taux place le pays dans la zone d'hyperendémicité de l'infection du virus de l'hépatite B. La co-infection avec le virus de l'hépatite Delta s'élève à 33.67% chez les patients présentant des hépatites chroniques AgHBs positif.

Les prévalences des anticorps anti-VHC (Ac anti-VHC) observées sont relativement faibles, globalement moins de 2%.

En réponse à cette situation épidémiologique préoccupante, des mesures ont été prises en 2005 avec l'introduction de la vaccination, en 2009, l'introduction du vaccin pentavalent dans le PEV de routine à partir de 45 jours après la naissance et en novembre 2011, la création du Programme national de lutte contre les hépatites virales.

Dans les perspectives de l'élimination de la transmission verticale de l'hépatite B et la réduction de la morbidité et mortalité liées à l'hépatite B et C, le Gouvernement, a créé en mars 2014, l'Institut National d'Hépatite-Virologie (INHV) comme organe de référence pour la prise en charge et de coordination de la lutte contre les hépatites virales.

C'est conformément aux orientations définies dans la Politique nationale de santé publique et sociale 2006-2015, en conformité avec le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2020, et aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, que s'inscrit la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017.

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 de l'atelier qui s'est déroulé les 27 et 28 mars 2012.

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 Mauritanie
- Axes stratégiques
- Plan de mise en œuvre

II. Approche méthodologique

Partant d'une ébauche de stratégie de lutte contre les hépatites virales élaboré par le Programme National de Lutte contre les Hépatites virales au cours d'un atelier organisé les 27 et 28 mars 2012, le Département de la santé a institué un Comité de pilotage chargé de la finalisation et validation composé des principaux acteurs et partenaires.

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 ainsi qu'il suit :

1. Prévention de la transmission du VHB et du VHC
2. Prise en charge médicale et thérapeutique des hépatites chroniques B et C et développement de l'INHV
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.

Première Partie : Données Générales sur la Mauritanie

I. Profil général de la République Islamique de Mauritanie

2.1. Situation géographique et démographique

Située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest, la Mauritanie est limitée à l'est par le Mali et l'Algérie à l'ouest par l'océan atlantique, au nord par le Sahara occidentale et au sud par le Sénégal et le Mali. Elle ne possède qu'un cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal et est désertique à 80%.

Plusieurs décennies de sécheresses ont causé en un temps record un massif exode rural, hâté une sédentarisation poussée de la population nomade et entraîné une fulgurante urbanisation.

Ainsi, selon les résultats du RGPH publiés en 2013, la population nationale totale s'élève à 3 537 368 habitants parmi lesquels on compte 3 471 040 sédentaires, soit 98.1% et 66 328 de nomades, soit 1.9%.

La population mauritanienne moins de 15 ans représente 44% (45.5% de mâles et 43% de femelles). La moitié de la population âgée de moins de 20 ans comprend autant de femmes que d'hommes. La tranche d'âge de soixante cinq ans (65) à plus englobent seulement 3.5%.

La population âgée de moins de 25 ans correspond à 62.9%. *Le taux de croissance pour la période 2000 – 2013 est de 2,8%*. La densité est de 3,4 habitants/Km2 avec des disparités selon les régions. (RGPH 2013, ONS).

L'espérance de vie à la naissance était, en 2009, de 57 années (55 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes). Le taux de mortalité infanto – juvénile est de 122 pour mille et la mortalité infantile est de 77 pour mille en 2007.



2.2. Découpage administratif

Sur le plan administratif, le pays est divisé, en 13 Wilaya, 56 Moughataa et 216 Communes respectivement dirigés par des Walis, des Hakems et des maires. L'adoption de la «Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local» en avril 2010, par le gouvernement, , indique la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible.

2.3. Situation socio-économique

L'économie est dominée par l'agriculture, l'élevage, la pêche et les mines. Les réserves pétrolières en cours d'exploitation restent très limitées.

Au cours des décennies précédentes, la structure de l'économie, a connu de profondes transformations.

Les résultats de l'EPCV de 2008, révèlent une indice important de pauvreté (42 %). Cette proportion, demeure encore élevée par rapport à l'objectif fixé à l'horizon 2015 (25%).

En ce qui concerne l'alphabétisation, le taux brut de scolarisation (TBS) s'établit à 100.2% (en 2010), avec des disparités régionales. La probabilité d'accéder à l'école est plus élevée en milieu urbain (87%) qu'en milieu rural (64%).

En ce qui concerne l'alphabétisation, le taux est passé de 57% en 2004 à 61,5% en 2008. Cependant, des écarts notables existent toujours entre les hommes (70,3%) et les femmes (54,4%) ; de même des disparités s'observent au plan de la résidence : 73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural.

Les principaux indicateurs démographiques et socio-économiques

Tableau 1: Indicateurs démographiques et socio-économiques

Indicateurs	Situation actuelle	Source
Population	3 537 368	RGPH 2013. ONS, 2014
- Pourcentage hommes	50,7%	RGPH 2013. ONS, 2014
- Pourcentage Femmes	49,3%	RGPH 2013. ONS, 2014
Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois (%)	4,19%	ONS, 2010
Proportion d'enfants âgés de 0-5 ans (%)	17,4%	RGPH 2013. ONS, 2014
Pourcentage Population cible : Femmes en âge de procréer (%)	23%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : Femmes enceintes (%)	4,8%	ONS, 2010
Pourcentage Population cible : adolescents (15-19 ans)(%)	10,2%	RGPH 2013. ONS, 2014
Pourcentage Population cible : jeunes (15-24 ans) (%)	18,7%	RGPH 2013. ONS, 2014
Pourcentage des moins de 15 ans (%)	44,2%	RGPH 2013. ONS, 2014
Pourcentage des 65 ans et plus (%)	3,9%	RGPH 2013. ONS, 2014
Espérance de vie à la naissance - Total	59 ans	Statistiques sanitaires
Espérance de vie à la naissance (Hommes)	57 ans	Statistiques sanitaires
Espérance de vie à la naissance (Femmes)	60 ans	Statistiques sanitaires
Indice synthétique de fécondité	4,6	ONS, 2010
Taux de croissance démographique annuelle (%)	2,8%	RGPH 2013. ONS, 2014
Pourcentage de la population urbaine	48,3%	RGPH 2013. ONS, 2014
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	4,3%	ONS, 2010
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	1,3%	ONS, 2010
Produit intérieur brut (PIB) par habitant (en US\$)	2100 US\$	Estimation FMI 2010
Produit national brut (PNB) par habitant (en US\$)	1032 US\$	MAED, 2010
Taux de croissance annuel du PIB (%)	5	Estimation FMI 2010
Taux d'alphabétisation l'adulte	61,5%	
Taux net de scolarisation primaire	102%	MEF, 2010
Pourcentage population vivant dessous seuil pauvreté	42%	EPCV 2008
Indice de Développement Humain	0,433	PNUD Rapport 2010

Sources: Rapports statistiques, EPCV, MICS, CSLP III, Rapport PNUD 2010

II. Profil sanitaire

2.3.1. Profil épidémiologique

Tableau 2: Profil épidémiologique

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Taux de mortalité infantile	75 p 1000	MICS 2011
Taux de mortalité infanto-juvénile	118 p 1000	MICS 2011
Taux de mortalité néo-natale	43 p 1000	EMIP 2004
Ratio de mortalité maternelle	626 p 100.000	MICS 2011
Indice synthétique de fécondité	4,6	MICS 2007
Prévalence du VIH dans la population générale	0,7%	Estimation Spectrum INRSP/ONUSIDA
Mortalité spécifique liée au VIH	24 p 100.000	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Prévalence du VIH chez les consultants IST chez les 15-49 ans	9%	Bulletin société de pathologie exotique, 2010
Mortalité spécifique liée au paludisme	0,1%	Rapport PNLP 2009
Incidence de la TB	149 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB avec VIH+	5,3%	Etude INRSP 2003
Mortalité spécifique liée à la TB	635 p 100.000	PNTL, Janvier 2011
Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	17%	MICS 2011
Prévalence de « pneumonie » chez les enfants de 0 à 59 mois	6,5%	MICS 2011
Prévalence de l'HTA	22,4%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du diabète	6%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du tabagisme	17,2%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence de la malnutrition chronique modérée chez les enfants de 6-59 mois	11,3%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de la malnutrition chronique sévère chez les enfants de 6-59 mois	4,5%	Enquête Nutritionnelle SMART Juillet 2011
Prévalence de l'anémie globale chez les enfants de 6 à 59 mois	84,7%	Enquête nutritionnelle rapide Avril 2008
Prévalence de la schistosomiase urinaire chez les enfants en âge scolaire	70%	Enquête 2003 CNH
Prévalence de l'hépatite B	10% à 20%	Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004
Couverture vaccinale contre l'hépatite B	57,3%	MICS 2011
Utilisation de source améliorée d'eau de boisson	53,0%	MICS 2011
Utilisation d'installations sanitaires	32,3%	MICS 2011

Le profil sanitaire est caractérisé par les pathologies suivantes :

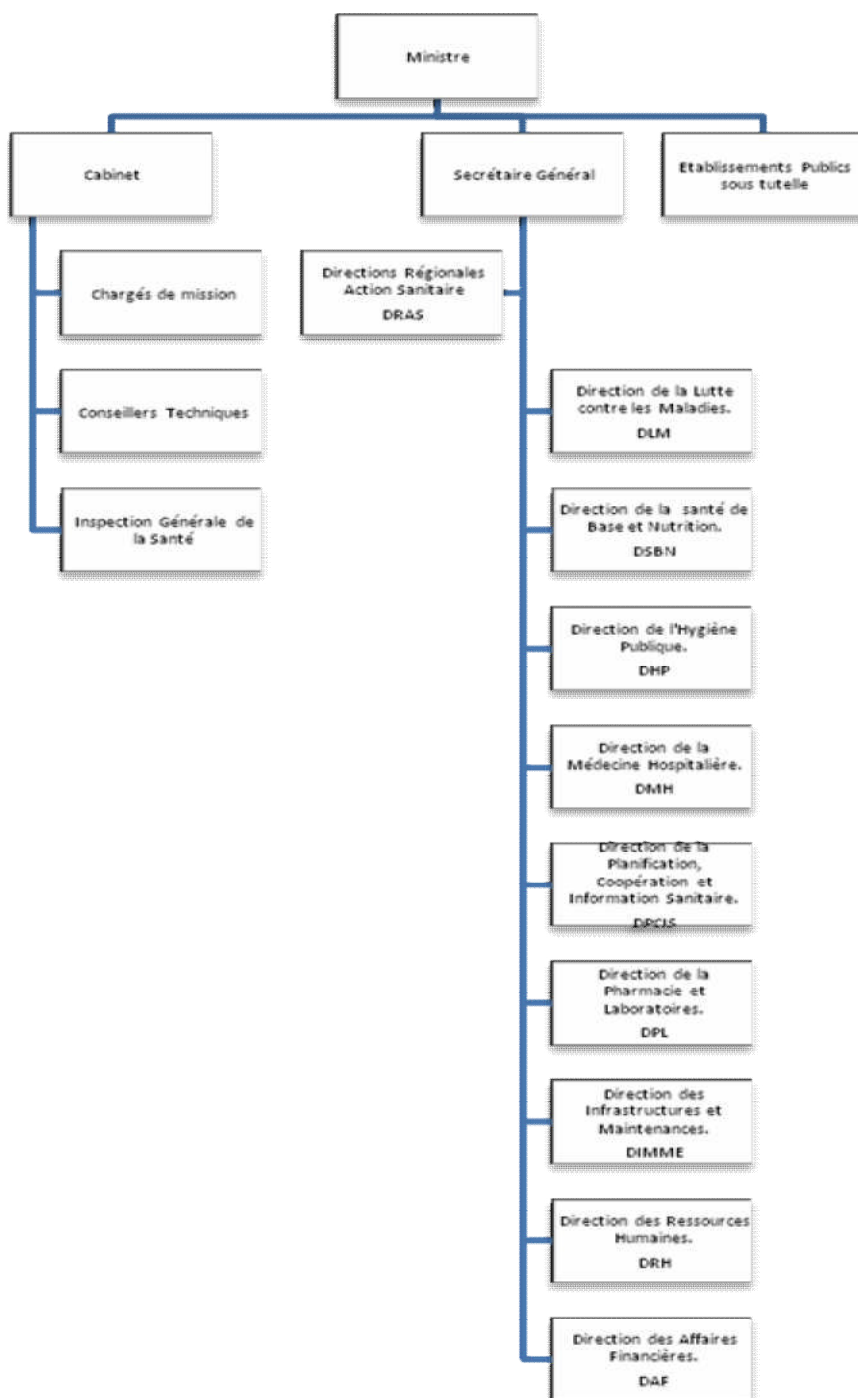
- **Maladies transmissibles.** Elles sont dominées par le paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/SIDA.
- **Maladies à potentiel épidémique** qui bénéficient de surveillance régulière sont la méningite, le paludisme, le choléra, les fièvres hémorragiques, la rougeole, la poliomyélite aiguë, les diarrhées sanglantes et du tétanos.
- **Maladies à éradiquer, éliminer ou à contrôler**, concernent essentiellement le Ver de guinée et le tétanos néonatal, (iii) les maladies transmissibles négligées au premier rang desquelles les schistosomias, la rage et le trachome, (IV) les maladies émergentes et réémergentes comme les fièvres hémorragiques virales qui ont un caractère épidémique et mortel.
- les **déséquilibres nutritionnels** en particulier chez le couple mère enfant.
- la **pathologie liée à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum** avec ses conséquences sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- les **maladies non transmissibles** parmi lesquelles se détachent essentiellement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales, le diabète, les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psycho actives, les pathologies bucco-dentaires, les pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique, les maladies professionnelles et les accidents de la voie publique.

Ces différentes pathologies, sont la cause de :

- mortalités maternelle (626 p 100.000 nv) et néonatale (43 p 1000) élevée supérieure à la moyenne de l'Afrique sub-saharienne,
- mortalité infantile (75 p 1000) et infanto-juvénile (118 p 1000) qui bien qu'encore élevée, reste malgré tout meilleure que la moyenne observée en Afrique sub-saharienne,
- morbidité élevée découlant des pathologies « classiques » infectieuses et nutritionnelles, celles « émergentes » à type de maladies non transmissibles et celles liées à un manque de suivi de la grossesse et de l'accouchement.

2.3.2. Profil du système de santé

2.3.2.1. Organisation du système de santé



Graphique 1: Organigramme du Ministère de la Santé. 2011.

2.3.2.2. Le Système public de santé

L'organisation du système de santé publique est régie par le décret n° 90/2011/ PM en date du 26 mai 2011, fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

Le système de santé en Mauritanie est pyramidal, comprenant trois niveaux de prestations :

- Le niveau **opérationnel** ou périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : 605 postes de santé et 81 centres de santé; en appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km) ; la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'ASC ou d'accoucheuse.
- Le niveau **intermédiaire** comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de moughata : (i) les hôpitaux de moughata, limités en nombre, sont conçus pour couvrir les besoins de santé des Moughatas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif, au nombre de neuf (Néma, Aïoun, Kiffa, Kaédi, Rosso, Aleg, Tidjikja, Atar et Nouadhibou).
- Le niveau **tertiaire** essentiellement concentré à Nouakchott et formé de quatre types d'établissements publics de référence :
 - a) Trois centres hospitaliers généraux : le Centre Hospitalier National (CHN), l'Hôpital Cheikh Zayed (HCZ) et l'Hôpital de l'Amitié (HA)
 - b) Six centres hospitaliers spécialisés: l'Institut National d'Hépat-Virologie (INHV), le Centre Hospitalier de Spécialités (CHS) ex-Centre Neuropsychiatrique, le Centre National de Cardiologie (CNC), le Centre National d'Oncologie (CNO), le Centre Hospitalier Mère & Enfant (CHME) et le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF).
 - c) Quatre structures spécifiques d'appui: le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), la Centrale d'Achat des Médicaments, Equipements et Consommables (CAMEC) et le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM),
 - d) Cinq établissements de formation : l'Ecole Nationale de Santé Publique de Nouakchott (ENSP), l'Ecole de Santé Publique de Kiffa (ENSK), l'Ecole de Santé Publique de Nema (ESPN), l'Ecole de Santé Publique de Rosso (ESPR) et L'Ecole de Santé Publique de Sélibabi (ESPS).

En plus de ces structures administrées par le Ministère de la Santé, d'autres infrastructures sanitaires participent, également au développement de l'offre de soins de santé, notamment les formations sanitaires des Ministères de la Défense Nationale (hôpital militaire du Ksar et les infirmeries de garnison), de l'Intérieur (les structures relevant de la Garde et de la Police), de la Justice, de la Fonction Publique comptant quatre (4) centres socio sanitaires gérés par l'ONMT.

On dénombre également des infrastructures sanitaires parapubliques ou privées comme celles de la SNIM, de la société minière Tasiast Mauritanie, ainsi que les structures sanitaires du secteur privé proprement dit qui contribuent, à l'offre des soins.

2.3.2.3. Le système administratif

Il est organisé comme suit :

- Au niveau central, les directions, services, divisions et coordinations de programmes assurant le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire,
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), assurant la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel,
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de moughatas assurant l'action au quotidien et mettant en œuvre les programmes de santé.

Il existe de nombreux programmes de santé (SR, PEV, PNLP, PNLT, UCS, PCIME, PNAM, PNSBD, PNLB, PNSM, PNLMNT, SSB, SNutrition, PNTabagisme, PNTélé...) chargés de piloter, coordonner et suivre les actions spécifiques de chaque volet.

2.3.3. Médecine traditionnelle

Médecine de proximité, la médecine traditionnelle viendrait en deuxième position dans les recours de soins ; elle s'exerce par des méthodes diversifiées sur l'ensemble du territoire national et utilise des plantes locales ou importées d'autres contrées. Les tradipraticiens sont organisés depuis 2003, dans une association. Aucune législation ne reconnaît la médecine traditionnelle ; cependant cette pratique demeure tolérée. Les tradipraticiens ne sont pas impliqués suffisamment dans le système national de soins encore moins dans les différents programmes de santé, singulièrement ceux visant la prévention et les soins communautaires.

2.3.4. Ressources humaines

La disponibilité de ressources humaines compétentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conditionne fortement la réalisation des objectifs du secteur, conformément aux engagements internationaux.

Comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, la Mauritanie connaît un déficit important de ressources humaines pour la santé (RHS), inégalement réparties sur le territoire national.

La ventilation de nombre des professionnels de santé recensés, s'établit ainsi qu'il suit, par rapport à la population estimée en 2013 :

- Un (01) médecin pour dix mille habitants (10 000)
- Sept (07) infirmiers pour habitants dix mille habitants (10 000)
- Une (01) Sage femme pour douze mille habitants (12 000).

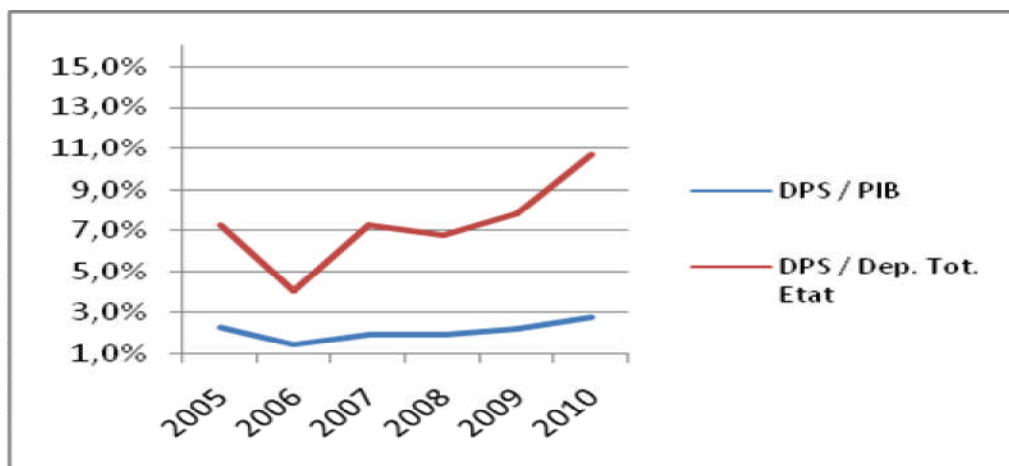
2.3.5. Financement de la santé

Selon le rapport de la RDPS 2005-2010, « ...la dépense publique de santé (DPS) par habitant en MRO constante a évolué très positivement entre 2005 et 2010 en passant de 3709 à 6171, soit une variation annuelle moyenne de 10,7%. Les sources de financement qui ont tiré cette dépense vers le haut sont surtout les PTF, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les paiements directs des ménages. Ce résultat montre l'accroissement assez important des ressources dont bénéficie le secteur de la santé en Mauritanie par rapport aux autres secteurs de l'activité économique ».

La modicité du financement du secteur constitue un obstacle transversal à tous les autres aspects nécessaires à l'accès universel des soins essentiels.

La RDPS indique que l'allocation des ressources financières est insuffisante, inefficace (parce que non orientée vers les priorités) pas équitable, et que l'utilisation est inadaptée. La multiplicité des sources de financement et l'absence de mécanismes d'harmonisation des appuis financiers sont aussi des obstacles au financement productif du système.

Graphique 2 : Evolution de la DPS en tant que % du PIB et des dépenses totales de l'Etat, 2005-2010



La part des dépenses de la santé de l'Etat, exception faite de l'année 2006, a connu une évolution croissante autour de 7% pour atteindre le pic de 10% en 2010.

L'augmentation significative de la part du budget de l'état dans les investissements et le fonctionnement traduit bien l'engagement politique en faveur du secteur de la santé.

Ainsi la subvention du Ministère de la santé s'est améliorée de 37% en 2012 comparativement à 2010.

Malgré une légère progression de 3,9% à 4,6%, la part du budget général de l'Etat est restée très en deçà des objectifs fixés par le PNDS pour la même période.

Deuxième Partie : Analyse de la situation de la lutte contre les hépatites virales

I. Surveillance épidémiologique

2.1. Données épidémiologiques

En Mauritanie, les différentes études réalisées montrent des prévalences de l'AgHBs variant de 10 à 24% dans les divers groupes (femmes enceintes, milieu scolaire, donneurs de sang, travailleurs...), et placent le pays dans la zone d'hyperendémicité de l'infection du virus de l'hépatite B.

La co-infection avec le virus de l'hépatite Delta est variable selon les groupes : 14.68% chez les femmes enceintes présentant un AgHBs positif à 33.67% chez les patients présentant des hépatopathies chroniques ayant un AgHBs positif.

Les prévalences des Ac anti-HCV observées sont relativement faibles et tournent globalement autour de 1%.

Tableau 3: Prévalence de l'AgHBs, Ac-anti syphilitique, VIH et HCV chez les donneurs de sang de 2009 à 2013.

Marqueurs	Prévalence %				
	2009	2010	2011	2012	2013
AgHBs	16,28%	16,24%	14,50%	16,71%	14,90%
HCV	0,01%	0%	0,02%	0,018%	0
VIH	0,3%	0,23%	0,26%	0,17%	0,18%
Ac anti-syphilitiques	3,34%	2,78%	1,27%	1,48%	2,12%

Sources : Centre National de Transfusion sanguine. 2014.

Tableau 4 : Données des différentes enquêtes menées dans différents groupes.

Année	Cible	Localité	Echantillon	Prévalence AgHBs %	Prévalence Ac antiVHC
1986	Donneurs de sang	Nouakchott		17.8	
1992	Elèves primaire /secondaire	Kiffa - Sélibaby	267	16.8	
1998	Donneurs de sang	Nouakchott		20.3	1.1
2000	Militaires	Nouakchott	321	16.2	
2001	Femmes enceintes	National	3460	13.1	
2004	Donneurs de sang	Nouakchott	5583	18.95	
2008	PVVIH	CTA Nouakchott	345	29	0.9
2009	Femmes enceintes	Nouakchott	1020	10.69	
2009	Donneurs de sang	CNTS Nouakchott	11 110	15.89	
2009	Consultants tout venant	CHN	414	17.15	
2009	Consultant tout venant	CS Arafat	600	17.83	

Prévalence des Ac-Delta chez les sujets AgHBs positif (2009. INRSP/CHU ANGERS/ANRS)

- 14.68% chez les femmes enceintes
- 19,14% chez les consultants
- 19.78% chez les donneurs de sang
- 33.67% chez les patients présentant des hépatites chroniques

2.2. Le Système de surveillance

La surveillance épidémiologique est basée sur un système de suivi hebdomadaire des maladies à potentiel épidémiologique, 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 monitoring et de gestion des données, (iii) à la carence en ressources humaines qualifiées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, (iiii) 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 à 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.

2.3. Le Système national d'information sanitaire (SNIS)

Le SNIS est piloté par le service national d'information sanitaire et du suivi-évaluation, et s'appuie sur treize (13) services régionaux équipés d'unités informatiques avec logiciel, nantis de personnels 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 limite à de simples missions de ramassage des rapports dont les données ne sont souvent pas analysées.

II. Prévention primaire

2.1. Vaccination contre l'hépatite B.

Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit en 2005 sous la forme monovalent jusqu'à 2008 sur financement de GAVI à 100%. A partir de 2009 à ce jour, la forme combinée dans un vaccin pentavalent, est adoptée. L'état acquitte, maintenant une quote-part régulière depuis l'introduction du vaccin.

Le vaccin pentavalent est utilisé en 3 doses à partir du 45ème Jours après la naissance. Pour couvrir l'enfant à sa naissance, le programme a inclus depuis 2012, la dose de l'hépatite B à la naissance.

En vue de faire face aux vaccinations urgentes chez les nouveau-nés de mères porteuses du virus, les vaccins ont été stockés préalablement dans toutes les DRAS.

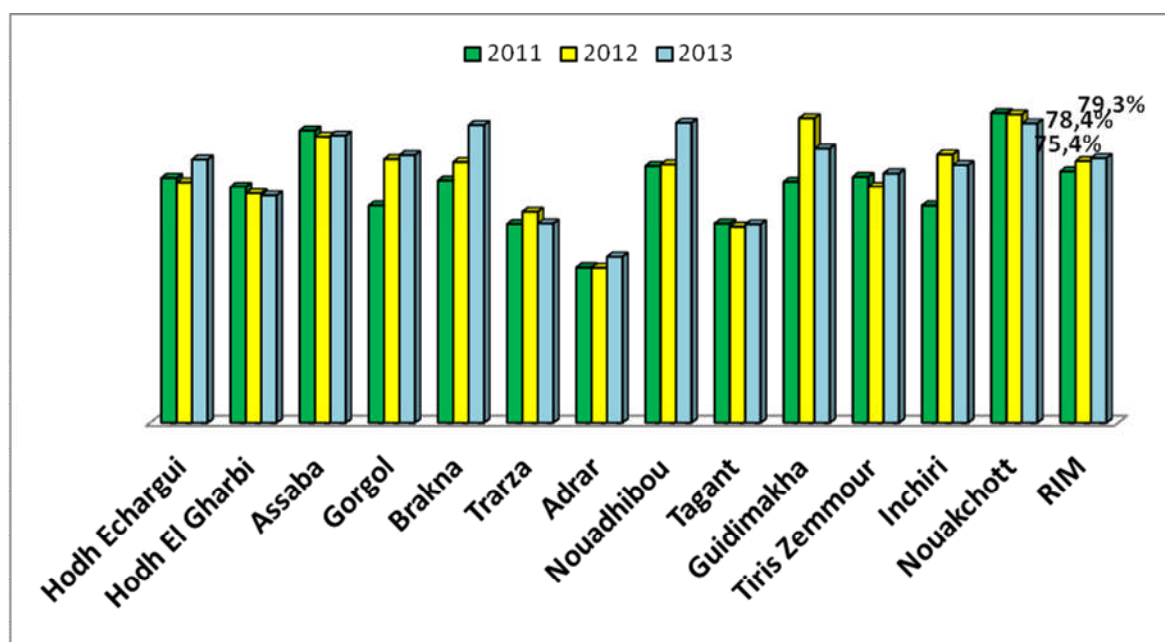
Pour une bonne immunisation, 80 000 doses de vaccins monovalents (10 microgramme/0,5ml) ont été achetées et acheminées en 2013 dans toutes les structures nécessaires. Ce vaccin est utilisable en trois doses jusqu'à l'âge de 20 ans pour une bonne immunisation. Des réunions ont été tenues pour l'usage harmonieux et rationnel de ces outils.

En 2013, la couverture Hep B dose naissance a représenté un taux de 23 à 30 %. Variable d'une wilaya à une autre, la proportion de soixante dix pour cent (70%) des enfants cibles n'est toujours pas vaccinée à cause de deux 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 au Centre Hospitalier Mère-enfant et à l'hôpital d'Atar, est quasiment insuffisante voire absente dans la majorité des structures hospitalières où se déroulent l'essentiel des accouchements.

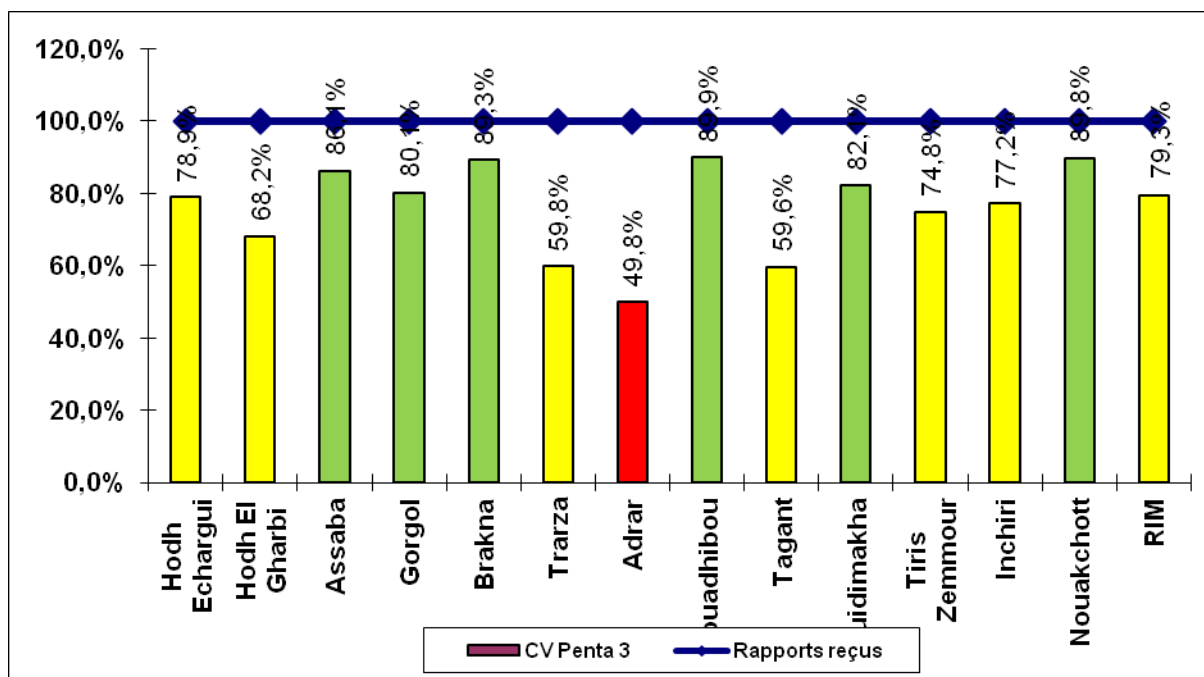
Le programme vient d'organiser une formation sur la gestion du PEV à l'intention d'une trentaine de personnes des hôpitaux, L'hôpital d'Aleg et celui de Kiffa viennent de recevoir des CDF du PEV.

La comparaison des couvertures vaccinales Penta3 depuis 2010 montre une amélioration importante de cette couverture, qui est concordante avec les estimations OMS-UNICEF de ces dernières années. (Fig1)



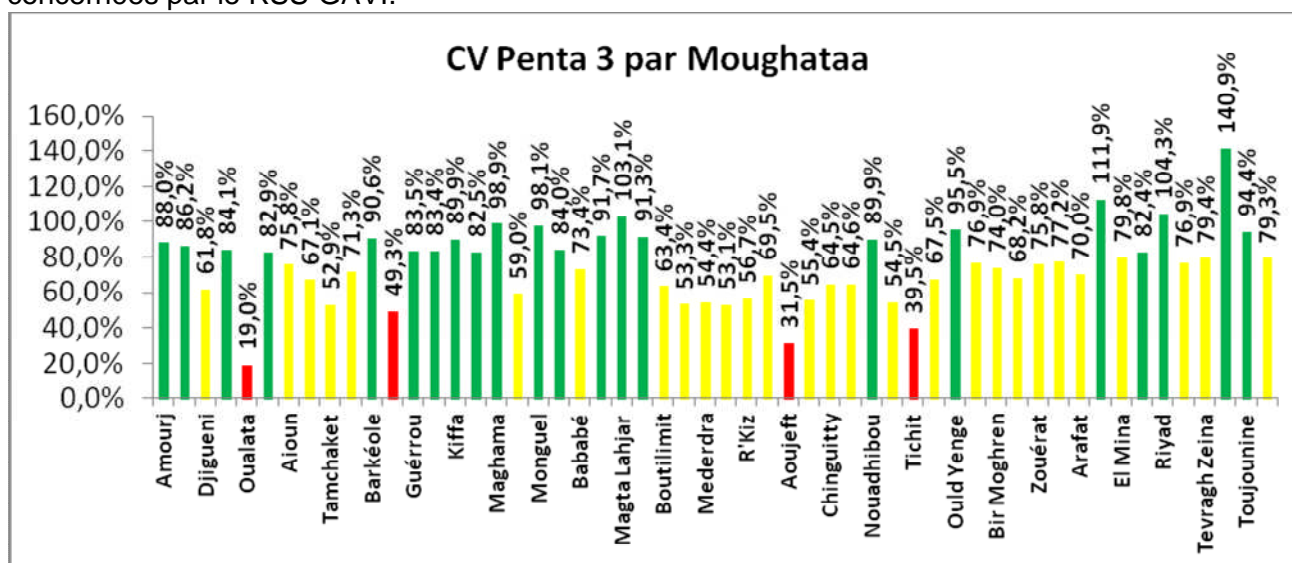
Graphique 3 : Evolution des couvertures vaccinales Penta3 de 2011 à 2013

Certaines wilayas présentent des taux de couverture vaccinale de moins de 70% due essentiellement à des problèmes de dénominateur, les populations cibles sont surestimées. C'est le cas de l'Adrar, et du Tagant. La couverture vaccinale administrative Penta 3 qui inclut l'hépatite B reste en deçà des 80% malgré les améliorations ces dernières années depuis la relance de 2010. (Fig2)



Graphique 4 : Couverture vaccinale Penta3 par Wilaya en 2013.

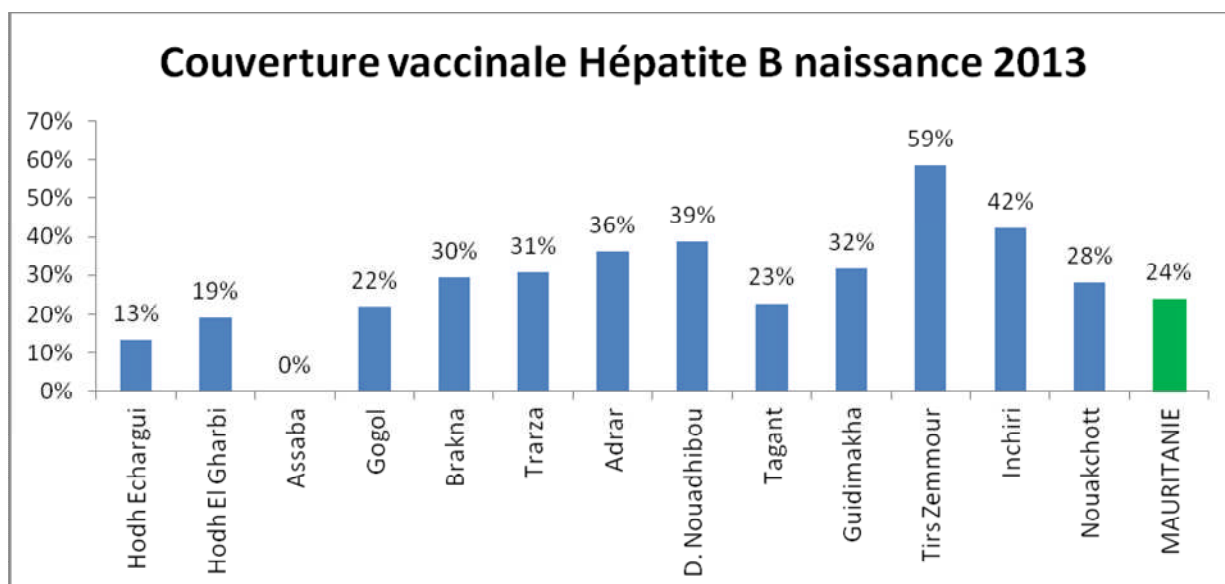
Quatre Moughataas ont une couverture vaccinale en deçà de 50% et figurent parmi les circonscriptions concernées par le RSS-GAVI.



Graphique 5 : Couverture vaccinale Penta3 par Moughataa en 2013.

Le programme, en fonction des disponibilités, envisage la généralisation de la vaccination dans toutes ces structures durant l'année 2014. La vaccination de l'Hep B, doit être administrée dans les vingt quatre heures après la naissance pour qu'elle soit plus efficace. L'implication du personnel hospitalier, particulièrement les pédiatres, la société civile, est une des conditions importantes d'amélioration de la couverture vaccinale.

Quelques données de couverture vaccinale Hep B dose naissance en 2013(Fig4)



Graphique 6 : Couverture vaccinale Hépatite B à la naissance en 2013.

NB : La wilaya de l'Assaba n'a pas enregistré les enfants vaccinés

2.2. Sécurisation des produits biologiques

A partir de 1987, étaient effectués systématiquement, chez tous les donneurs de sang, les dépistages de l'AgHBs, du VIH et de la syphilis à la banque de sang du Centre Hospitalier National. Le dépistage régulier de l'hépatite C a été réalisé sur tous les dons de sang à partir de 1999.

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a été créé en 2002 avec les missions de concevoir et appliquer une politique de sécurité transfusionnelle. Chaque Wilaya renferme une banque de sang. Afin de réduire de manière significative la transmission des hépatites virales par voie sanguine, toutes les poches de sang collectées au niveau national font l'objet d'une recherche systématiquement de l'AgHBs et des anticorps anti-HCV.

III. Dépistage

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 et chronique par une détection et une prise en charge précoces 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.

L'essentiel des activités de dépistage de l'AgHBs et les anticorps anti-HCV ont porté 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 1999, pour le dépistage de l'hépatite C.

En 2002, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a été créé avec les missions de la mise en œuvre de la politique de sécurité transfusionnelle. Actuellement, il y'a une banque de sang au niveau de chaque Wilaya 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 des tests est assuré par la CAMEC, sur financement du budget de l'Etat.

Tableau 4 : Evolution des dépistages de l'AgHBs et des anticorps anti-HCV chez les donneurs de sang.

Marqueurs	Nombre de dépistages par année					Total
	2009	2010	2011	2012	2013	
AgHBs	1471	1575	1584	1810	1813	8253
HCV	1471	1575	1584	1810	1813	8253

Sources : Centre National de Transfusion sanguine. 2014.

Il faut déplorer l'absence 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 les analyses des marqueurs du VHB et VHC mais utilisent des techniques et réactifs très diversifiés. L'absence d'un programme national de contrôle de la qualité des analyses des marqueurs VHB et VHC pose le problème de la fiabilité des analyses. Il n'existe pas une liste des réactifs approuvés et des algorithmes de dépistage du VHC et du VHB approuvés au niveau national.

L'accessibilité au dépistage reste très faible, malgré la prévalence relativement élevée dans la population. 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.

On note par ailleurs, une forte demande de dépistage de l'hépatite B de la part des structures d'enseignement médical (Ecoles de santé et Faculté de médecine) pour les besoins de la vaccination de leurs étudiants.

IV.Prise en charge médicale et thérapeutique

Selon les données de la littérature, 25 % des patients atteints d'hépatite chronique B évoluent vers la cirrhose et le cancer du foie. Cependant, avec un dépistage précoce, les progrès récents à travers l'amélioration de l'efficacité de la thérapeutique antivirale, ont permis de contribuer à une meilleure qualité de la vie et la survie des patients, en prévenant la progression de la maladie vers la cirrhose, le cancer du foie et le décès.

Par ailleurs concernant l'hépatite C, on s'oriente vers des traitements plus efficaces, qui permettent de limiter la transmission et éradiquer le virus chez les personnes infectées.

Il y'a lieu d'agir sur le front de la prévention et du traitement et mettre à profit les progrès majeurs dans la prise en charge thérapeutique, et en tirant les enseignements sur les limites de la bithérapie (PEG+RBV). Il y'a un espoir important de thérapeutiques efficaces avec de bonne tolérance et de durée courte.

La création récente de l'Institut National d'Hépatite-Virologie, les services de gastro-entérologie dans certaines structures hospitalières, les cabinets médicaux de consultation spécialisée et un effectif de médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie représentent une opportunité pour la mise en place d'une bonne stratégie de prise en charge des hépatites chroniques.

Cependant, en dehors des spécialistes gastro-entérologues ou hépatologues, les professionnels de la santé ne bénéficient pas de formation spécifique pour la prise en charge des porteurs chroniques du VHB et/ou du VHC.

Initialement, dans le cadre d'un projet de recherche, la prise en charge thérapeutique des patients présentant une hépatite chronique dépistés au cours de l'étude était assurée par les spécialistes nationaux. En extension à cette prise en charge thérapeutique, sur financement de l'Etat, l'approvisionnement des médicaments est assuré par la CAMEC. Par ailleurs, la prise en charge thérapeutique gratuite des PVVIH offre les avantages de l'accès au traitement des **Co-infection** 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 psychologique n'est prévu pour les patients atteints d'hépatite virale chronique, vivant avec la psychose de développer une cirrhose ou un cancer du foie, au milieu d'un entourage le plus souvent, peu informé sur la maladie et de son évolution.

Par ailleurs, la politique de la prise en charge thérapeutique antivirale des hépatites virales B et C n'est pas encore définie et il n'existe pas de guide de prise en charge thérapeutique et psychologique des patients atteints d'hépatites B et C. Les critères d'éligibilité au traitement ne sont pas officiellement définis.

Sur le plan diagnostic, plusieurs laboratoires d'analyses médicales publiques et privées réalisent les analyses des marqueurs de l'hépatite B et C, et utilisent pour certains, la PCR pour le dosage de la charge virale du virus de l'hépatite B, mais on note l'absence d'algorithme de diagnostic biologique et 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 Santé publique, une stratégie nationale communautaire en santé a été élaborée et validée en 2012, et pourra servir à l'implication des agents communautaires dans la prise en charge et le suivi des patients.

V. 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 Mauritanie, un certain nombre de travaux de recherche 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 dans le domaine et l'insuffisance des ressources financières constituent une entrave au développement de la recherche.

Les collaborations scientifiques avec les équipes internationales existent et ont permis de réaliser les travaux sur les hépatites. Les collaborations restent encore timides et peu diversifiées.

Les publications scientifiques restent encore limitées.

VI. Organisation et gestion

La structuration de la lutte contre les hépatites virales s'est concrétisée en 2011 avec la création d'un Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales, chargé d'élaborer les stratégies adaptées et de coordonner les actions liées à la lutte contre les hépatites virales. Le PNLHV a été confronté à un problème de moyens humains, financiers et matériels.

En 2014, le gouvernement a créé l'Institut National d'Hépatite-Virologie (INHV), avec l'ambition d'en faire une structure de référence nationale de prise en charge des hépatites chroniques et de coordination nationale de la lutte contre les hépatites virales. Un projet de construction et d'équipements complets de l'INHV a été lancé et la réception est prévue dans un délai de 12 mois.

Les missions spécifiques de l'INHV sont clairement définies dans le décret de création et de fonctionnement.

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

I. Vision, valeurs et principes de la Stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales

Le droit à la santé est un droit humain fondamental de tout citoyen s'inscrivant dans une vision globale de la société et de l'individu. Le combat contre la maladie constitue l'un des axes essentiels de la lutte contre la pauvreté. C'est pourquoi, une place de choix est accordée à la santé dans le CSLP III par le Gouvernement..

La stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales, à l'horizon 2017, vise l'amélioration durable de la santé des populations.

A l'horizon de l'an 2017, la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales 2015-2017, aura favorisé la mise en place d'un système efficace de prévention de la transmission des hépatites virales, et d'une prise en charge médicale, thérapeutique et psychosociale appropriée et performante à l'ensemble de la population du pays.

Ce système, privilégiant la réalisation des interventions les plus à même d'avoir des impacts, aura contribué de manière significative, à réduire significativement la transmission, la mortalité et la morbidité liées à l'infection des virus de l'hépatite B et C, en particulier chez les plus vulnérables. Pour cela l'accent sera mis sur l'engagement des professionnels de santé, la responsabilisation des populations, la participation communautaire et la collaboration inter et intra sectorielle dans le cadre du développement sanitaire durable.

Pour atteindre les objectifs précités, les actions s'articuleront autour des axes stratégiques visant :

- la réduction de la transmission du virus de l'hépatite B et C
- la réduction de la morbidité et mortalité des hépatites virales
- la promotion du dépistage volontaire
- la documentation de l'endémie et de la surveillance épidémiologique et
- le renforcement de la coordination et la gestion de la lutte contre les hépatites virales.

Fondée sur les valeurs d'éthique, d'équité, de justice, de solidarité sociale, son aboutissement repose fondamentalement sur la conjonction des éléments ci-après :

- implication effective de tous les intervenants,
- participation communautaire (responsabilisation des populations)
- coordination efficace
- collaboration inter et intra sectorielle
- disponibilité de ressources humaines compétentes
- accessibilité aux structures sanitaires

La mobilisation effective de toutes les ressources nécessaires devra aboutir à des actions concrètes visant à répondre aux attentes légitimes de la population.

II. But et objectifs

2.1. But

Le but 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 traitement.

2.2. Objectifs

La présente stratégie cible de façon prioritaire :

- La réduction de l'incidence des hépatites virales B et C

- La diminution de la morbidité et la mortalité attribuables aux hépatites chroniques les virus de l'hépatite B et C
- l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du virus de l'hépatite B
- le maintien à moins de 1% la prévalence de l'Hépatite C dans la population générale

III. Orientations stratégiques

Les axes stratégiques élaborés avec la contribution Des spécialistes, des professionnels sanitaires et sociaux, des administrations, des partenaires ont activement collaboré à l'élaboration du présent cadre de référence des axes stratégiques.

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 répertoriées les indicateurs et résultats attendus de chaque action.

3.1. Renforcer la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B et C :

3.1.1. Objectif spécifique: Renforcer l'information, l'éducation, et la communication sur les hépatites B et C

Contexte de l'action. Etat du problème

Les actions de sensibilisation réalisées depuis plusieurs années, n'ont pas amélioré les connaissances sur l'importance et la gravité des hépatites B et C, les facteurs de risque de transmission des virus B et C ainsi que sur l'efficacité des traitements actuels, en regard de la gravité de la situation épidémiologique. Pour inverser cette tendance et corriger la confusion entretenue entre les différents types d'hépatites, il convient d'élaborer une méthode de communication continue, plus agressive, qui utiliserait tous les supports existants.

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 se dérouler dans les écoles de santé et à la faculté 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 B et C 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.

Résultat attendu de l'action

- Modifier durablement l'appréciation de la réalité des hépatites B et C.
- Informer sur l'impact sanitaire des hépatites B et C.
- Délivrer une information objective visant à accroître les connaissances des professionnels de la santé et du public sur les hépatites,
- Montrer l'intérêt du dépistage, du traitement et de la vaccination contre l'hépatite B.

3.1.2. Objectif spécifique: Généraliser la vaccination contre l'hépatite B de la naissance à 59 mois.

Contexte de l'action. Etat du problème

Le vaccin pentavalent est utilisé en 3 doses à partir du 45^{ème} Jours après la naissance, et confère une bonne immunité.

Le taux de couverture vaccinale du Penta 3 au niveau national en 2013 a été de 79% avec des variations importantes entre les moughataas.

Compte tenu du sérieux risque de contamination et de l'effet de la vaccination dans cette tranche d'âge sur le délai de contrôle de l'infection par le VHB, des campagnes de rattrapage pourraient être organisées.

Les activités mobiles et avancées de vaccination, d'autres activités intégrées pourraient aider à l'amélioration de la couverture vaccinale de ce vaccin.

Résultat attendu de l'action

- Assurer une couverture vaccinale de 90% en 3 ans

3.1.3. Objectif spécifique: Immuniser de façon active et passive dans les 24 heures qui suivent leur naissance, les nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs.

Contexte de l'action. Etat du problème

La contamination par le VHB chez le nourrisson peut être à l'origine d'une hépatite fulminante mortelle dans 100% des cas.

Les nourrissons nés de mères AgHBs positives, non vaccinés deviennent des porteurs chroniques dans 90% des cas, évoluent vers la cirrhose et développent des cancers du foie vers l'âge de 30 à 40 ans.

En 2013, la couverture Hep B dose naissance au niveau national, est de 24% avec une variation entre les wilayas. Pour renforcer la couverture Hep B dose naissance, une stratégie de communication adaptée sera développée à l'endroit des femmes enceintes et des professionnels de santé.

Le programme envisage la généralisation de la vaccination au niveau de toutes les structures de santé où se déroulent des accouchements. Pour que la vaccination de l'Hep B à la naissance soit efficace, elle doit se faire le plutôt possible (Maternité) dans les 24 H après la naissance. L'implication des professionnels de santé, en particulier les pédiatres, la société civile, s'avère importante pour améliorer la couverture vaccinale.

Résultat attendu de l'action

Atteindre en 3 ans un taux de 100% de vaccination contre l'hépatite B et 50% d'administration d'immunoglobulines anti-HBs dans les 12 à 24 heures après la naissance, chez les nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs.

3.1.4. Objectif spécifique: Vacciner contre l'hépatite B les adultes exposés et les adolescents

Contexte de l'action. Etat du problème

Alors que la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire chez tous les personnels de santé et les élèves des écoles de formation médicales et para médicales en Europe et en Amérique du Nord, il n'existe pas de loi similaire dans notre pays. Le risque qu'ils développent une hépatite B durant l'exercice de leur métier ou leur formation est probable ; en ce cas d'hépatite contractée, le risque de transmission du VHB à leurs patients est bien réel et totalement inacceptable dans la mesure où cela peut facilement s'éviter.

Il n'est pas rare non plus de constater que certains adultes, bien qu'exposés à l'hépatite B, ne soient pas vaccinés systématiquement comme les sujets en contact avec les porteurs chroniques du VHB, les utilisateurs de drogues, les détenus et les personnes aux pratiques sexuelles à risque.

Les mesures de prévention doivent être renforcées en vue de réduire les risques de contamination dans cette situation.

Les campagnes de dépistage volontaire viseront principalement les adolescents, qui, en plus de constituer, une population vulnérable, sont également des vecteurs potentiels de transmission du virus.

La combinaison des campagnes de dépistage et de vaccination pour ceux n'ayant pas marqueurs de l'infection du virus de l'hépatite B, devra assurer une bonne couverture vaccinale permettant de réduire significativement la transmission sexuelle de l'hépatite B, une IST, dans cette cible.

Résultat attendu de l'action

- Atteindre un taux de 100% de professionnels de santé et d'élèves des écoles de formation médicales et para médicales vaccinés en 3 ans.
- Atteindre un taux de 80% de vaccination contre l'hépatite B en 3 ans parmi les autres sujets à risque n'ayant pas de marqueurs du VHB.
- Avoir une couverture vaccinale de 50% en 3 ans chez les adolescents.

3.1.5. Objectif spécifique: Renforcer la sécurité des soins dans les situations à risque de transmission des hépatites B et C.

Contexte de l'action. Etat du problème

Les situations à risque de transmission des virus des hépatites B et C sont bien connues. Les plus souvent citées sont l'hémodialyse, les cathétérismes en particulier cardiaques, l'anesthésie, l'endoscopie digestive, les techniques de radiologie interventionnelle et la coelioscopie dans les établissements de santé, et la sclérose de varices des membres inférieurs et le traitement des déchets contaminés pour les soins réalisés en ville.

Dans notre contexte, même des soins anodins peuvent être porteurs de contamination, vu le déficit du personnel spécialisé dans le contrôle de l'infection (l'hygiène est souvent déléguée à des personnels non qualifiés).

Un programme sur l'hygiène hospitalière avec un accent particulier sur la formation des professionnels de santé, sera développé, en vue d'améliorer les pratiques en milieu de soins. Il existe un guide national de gestion des déchets biomédicaux, qui sera vulgarisé au niveau de toutes structures sanitaires.

Au niveau des écoles de santé publiques et de la faculté de médecine, des modules d'enseignement spécifique à l'hygiène hospitalière seront introduits.

Résultat attendu de l'action

- Assurer l'utilisation d'un matériel exclusivement stérile
- Traiter selon les normes exigées, 100% des déchets contaminés au cours des soins.

3.1.6. Objectif spécifique: Sécuriser les actes non médicaux avec effraction cutanée.

Contexte de l'action. Etat du problème

Les pratiques de perçage, de tatouage, de pédicure et manucure représentent une activité en pleine expansion. Il s'agit d'actes avec effraction cutanée qui peuvent être sanglants ou exposer aux risques de transmission d'agents viraux par les liquides biologiques (lors du perçage dans la cavité buccale, le nez). La transmission virale (VHB, VHC,) est peu documentée, mais le risque lors de ces actes est le même que celui lié aux pratiques de soins. Ces activités sont le plus souvent exercées par des personnes non professionnelles peu informées des risques. Il importe dès lors d'informer et de former les personnes travaillant dans ce secteur en vue d'améliorer les pratiques liées au perçage et tatouage.

Résultat attendu de l'action

- Améliorer la sécurité sanitaire des pratiques liées au perçage et tatouage.

3.1.7. Objectif spécifique: Sécuriser les produits biologiques

Contexte de l'action. Etat du problème

L'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VHB et le VHC est relativement bonne en Mauritanie. L'AgHBs et les anticorps anti-HCV sont dépistés systématiquement sur toutes les poches de sang prélevées au Centre National de Transfusion Sanguine et aux banques de sang régionales.

Un des objectifs du programme SIDA est le renforcement des capacités techniques des services impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités transfusionnelles. A terme il devrait renforcer la sécurisation des produits biologiques et du sang en particulier.

Dans le même sens la fécondation in vitro (FIV) est en pleine expansion dans notre pays, une attention particulière devrait être réservée à la transmission du VHB lors de cet acte.

Résultat attendu de l'action

- 100% des dons de sang seront testés pour les hépatites B et C
- 100% des donneurs de sperme seront testés pour l'hépatite B, la transmission sexuelle du VHC étant faible et controversée

3.1.8. Objectif spécifique: Prévenir la transmission par voie sexuelle des hépatites B et C.

Contexte. Etat du problème

Les actes ou situations à risque de transmission du VHB et du VHC sont les actes sexuels potentiellement traumatiques où la transmission est plus sanguine que sexuelle, ainsi que les ulcérations génitales et les IST. Les personnes infectées ne sont pas toujours conscientes du risque de transmission des virus à leur partenaire.

Les partenaires des sujets infectés ne sont pas informés de cette modalité de transmission.

La prévention de la transmission par voie sexuelle s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les IST/SIDA. Par ailleurs, une politique sur l'introduction du dépistage de l'AgHBs comme test obligatoire pré-nuptial sera également initiée et appliquée.

Résultat attendu de l'action

- Augmentation de l'utilisation des préservatifs lors d'actes sexuels à risque chez les patients ayant une hépatite B ou C et/ou leurs partenaires.

3.2. Renforcer le dépistage du virus de l'hépatite B et C :

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 précoces de l'hépatite chronique.

But : *identifier les personnes infectées par le virus des hépatites à un stade précoce de la maladie.*

3.2.1. Objectif spécifique: améliorer les bonnes pratiques de dépistage des hépatites virales B et C

A ce jour, il n'existe pas d'algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des hépatites B et C validés au niveau national, de procédures et guides de dépistage et d'orientation. En revanche, il existe des méthodes de dépistage simples peu coûteuses pouvant être utilisées à large échelle. Il convient de mettre en place un système organisé et efficace de dépistage et d'orientation des cas dépistés positifs. Un programme de formation sur le dépistage et conseils sera organisé à l'attention des professionnels de santé. Le développement des outils (procédures, guides et manuels) sur le dépistage devra permettre d'harmoniser les méthodes de travail, améliorer la compréhension et augmenter le taux de dépistage.

Résultat attendu de l'action

- Disposer de guide, d'algorithmes et de procédures de dépistage et d'orientation des personnes dépistées d'hépatites B et C appliqués par les professionnels de la santé et d'un système performant de rendu des résultats.

3.2.2. Objectif spécifique : Promouvoir le dépistage systématique de l'AgHBs chez les femmes enceintes

Le dépistage des femmes enceintes au cours de leur grossesse ou au cours de l'accouchement est une mesure simple mais très efficace de prévention de la transmission verticale. Les mesures de rendre accessible le test de dépistage de l'hépatite B à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de le rendre obligatoire au cours de la grossesse seront prises en vue d'améliorer l'accès au dépistage des femmes enceintes,

Résultat attendu de l'action

- Atteindre un taux de dépistage 100% de l'hépatite B chez les femmes enceintes suivies médicalement en trois ans.

3.2.3. Objectif spécifique: Promouvoir le dépistage volontaire et gratuit des hépatites B et C dans les groupes vulnérables

Le dépistage des hépatites B et C, porte d'entrée aux programmes de soins et de traitement des hépatites, permet de réduire la morbidité et mortalité liées aux hépatites virales. La faiblesse des capacités des structures médicales publiques et privées en matière de dépistage et l'insuffisance de sensibilisation des groupes concernés sont les principales causes du nombre très faible de personnes dépistées. En conséquence, la promotion du dépistage volontaire de l'hépatite B et l'orientation à l'endroit des groupes vulnérables doit être développée et s'appuyer sur les programmes communautaires en santé.

Résultat attendu de l'action

- 100% de sujets dépistés sont informés de leur statut.
- 50 % de porteurs chroniques du VHB et/ou du VHC sont informés de leur séropositivité.

3.3. Accès à une prise en charge globale des hépatites virales chroniques

Selon les données actuelles, 25 % des patients atteints d'hépatite chronique B évoluent vers la cirrhose et le cancer du foie. Cette situation n'est cependant pas irréversible car avec un dépistage précoce, le recours aux progrès récents de la thérapeutique antivirale, on peut maintenant prévenir la progression de la maladie vers la cirrhose, le cancer du foie et le décès, et améliorer ainsi la qualité de la vie et la survie des patients. Par ailleurs concernant l'hépatite C, on s'oriente vers des traitements plus efficaces, qui permettent de limiter la transmission et éradiquer le virus chez les personnes infectées.

Il y'a lieu d'agir sur le front de la prévention et du traitement et mettre à profit les progrès majeurs dans la prise en charge thérapeutique, et en tirant les enseignements sur les limites des protocoles thérapeutiques en vigueur. Il y'a un espoir important de développement de thérapeutiques efficaces avec de bonne tolérance et de durée courte.

Résultats d'impact

D'ici 2017 :

- Réduire de 50% la morbidité liée aux hépatites virales chroniques B.
- Capacité des professionnels de santé à prendre en charge 90 % des porteurs chroniques du virus de l'hépatite B à tous les échelons de la pyramide sanitaire et sur l'ensemble du territoire national

Résultats d'effet :

- 100% des patients HBV+ éligibles au traitement ont accès à des médicaments requis à des prix abordables.
- 95% des patients HBV+ co-infectés VIH suivis dans les structures sanitaires bénéficient d'une prise en charge complète (HBV-VIH).
- 95% des patients non éligibles pour un traitement ARV sont bien suivis.

Produits :

Tous les hôpitaux et 90% des centres de sante assurent en permanence le traitement antirétroviral selon le protocole national de prise en charge des hépatites virales chroniques.

Tous les hôpitaux et 90% des centres de sante et des structures privées assurent le dépistage du VIH chez les porteurs chroniques HBV et la prise en charge complète.

Actions prioritaires

Afin d'atteindre ces résultats, il importe de prendre en compte la dimension formation, de renforcer le diagnostic et de sécuriser les soins dans l'ensemble des structures publiques et privées de santé, de décentraliser la prise en charge selon un plan d'action spécifique. Plus spécifiquement, il s'agira de:

- élaborer, vulgariser et utiliser un guide national de prise en charge globale des Hépatites virales chroniques B et C avec des volets spécifiques sur la prévention (vaccination) , le suivi des porteurs chronique, la prise en charge médicale des HBV+ nécessitant un traitement ARV, psychosociale et

au continuum des soins pour l'adulte et l'enfant (critères standardisés pour les traitements, le suivi biologique et le soutien) des patients HVB+. (algorithme)

- faciliter l'accès aux dosages quantitatifs de l'ADN du VHB et de l'ARN du VHC pour dépister les porteurs chroniques éligibles à un traitement,
- mettre en place un système d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables de qualité à tous les niveaux de la pyramide de soins,
- mettre en œuvre un plan de prévention et de prise en charge mère enfant sur tout le territoire national (vaccination),
- développer les aspects de référence et contre référence, et d'accompagnement des HVB+ et co-infectés par le VIH et la tuberculose
- mettre en place un plan de prise en charge en communautaire des PCVHB et /ou VHC et d'éducation thérapeutique du patient. (conseils, visites et soins à domicile, le plaidoyer)
- faciliter l'accès aux tests de mesure de la fibrose hépatique.

3.4. Renforcer la surveillance épidémiologique des hépatites virales B et C

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. Il n'existe pas actuellement un système de surveillance spécifique des hépatites virales. 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.

3.4.1. Objectif spécifique : Améliorer le système de surveillance épidémiologique des hépatites virales

Actions :

- Renforcer le système national de surveillance des hépatites virales B et C conformément au guide national de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte.
- Identifier les types de surveillance des hépatites virales à mettre en place
- Elaborer une stratégie de notification des données de dépistage des maladies basée sur les laboratoires d'analyses publiques et privées ;
- Mettre en place les mécanismes pour un système de notification électronique des informations liées au dépistage des hépatites virales et assurer la vulgarisation ;
- Proposer des guides et outils pour la surveillance des hépatites
- Améliorer la qualité des données de surveillance des hépatites virales au niveau du Centre National de transfusion sanguine et des banques de sang.
- Renforcer la coordination de la surveillance épidémiologique des hépatites virales et les données de vaccination du PEV ;

Résultats des actions :

- Disposer d'un système performant de surveillance des hépatites virales qui permette de suivre la tendance et l'impact des actions.

3.4.2. Objectif spécifique: Renforcer les informations et documentations des hépatites virales B, C et E en Mauritanie.

Actions

- Établir la cartographie 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 ;
- Mener des enquêtes sur le géotypage des souches circulantes
- Réaliser une enquête épidémiologique nationale en population générale sur les hépatites virales
- Intégrer la question des hépatites dans les Enquêtes Démographie et Santé ou autres enquêtes nationales

Résultats des actions :

- Disposer d'informations fiables sur la situation de l'infection des virus de l'hépatite dans la population générale et groupes vulnérables.

3.5. Renforcer les capacités de recherches 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.

Actions

- Promouvoir la recherche sur les hépatites virales par une définition des priorités de recherche sur les hépatites virales et en facilitant le financement des projets de recherche
- Renforcer les 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

Résultats attendus de l'action

- Disposer d'une base de données scientifiques fiables qui permet d'asseoir les stratégies de lutte contre les hépatites virales les plus appropriées.
- Publier les résultats des travaux dans les revues scientifiques de référence dans le domaine des hépatites virales.

3.6. Renforcer la gestion et la coordination de la lutte contre les hépatites virales

Contexte. Etat du problème

L'organe de coordination de la lutte contre l'Hépatite B, est l'INHV créé par décret. Le décret en précise les missions, l'organisation et le fonctionnement. Plusieurs partenaires sont impliqués dans la mise en œuvre de la lutte contre les hépatites virales. A cet effet, l'INHV doit jouer un rôle moteur de coordination et de gestion des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Actions

L'INHV doit disposer d'un organigramme adapté avec des services spécifiques de coordination et de suivi avec les autres directions techniques, services et programmes de santé. Les relations avec les différents services et particulièrement les services décentralisés (DRAS, circonscription médicale etc) doivent être clairement définis par des procédures. L'INHV doit faire le plaidoyer et aider à la mobilisation des ressources pour renforcer les actions des services qui ont une influence sur la réalisation des objectifs de la stratégie, notamment le Programme élargi de vaccination, le service de la santé de la reproduction, les DRAS, structures de santé et ONG.

Résultats des actions

L'INHV est doté d'un organigramme adapté et fonctionnel. Les relations avec l'ensemble des partenaires sont définies par des procédures et chaque partenaire joue le rôle dévolu.

Les supervisions régulières sont menées à tous les niveaux de la pyramide.

Quatrième Partie : Coordination et gestion de la lutte contre les hépatites virales

I. Institut National d'Hépatologie

1.1. Statut

L'INHV a été créé par décret n° 2014-019 en date du 16 mars 2014. Il est érigé en établissement public à caractère administratif et à vocation scientifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé.

L'INHV, 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.

1.2. Objet et missions

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

L'INHV contribue à la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de soins, de santé publique, de formation médicale, de recherche, d'expertise et d'innovation dans le domaine des hépatites virales et d'autres domaines de compétence.

A ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :

En matière de soins, l'INHV:

- constitue, dans la filière de soins, en matière de prise en charge des hépatites virales, le niveau de référence final pour les établissements de santé publics et privés, implantés sur le territoire national ;
- dispense avec ou sans hébergement des prestations, essentiellement spécialisées, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation ainsi que la prise en charge et le suivi des patients présentant une hépatite chronique B ou C ;
- améliore l'accès à une prise en charge de qualité aux patients dépistés au niveau national avec la mise en place de nouvelles organisations plus adaptées aux besoins des malades, et la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique
- assure la disponibilité régulière des médicaments et consommables nécessaires à la prise en charge des patients suivis
- veille à l'approvisionnement régulier des médicaments, vaccins, réactifs et consommables liés à la lutte contre les hépatites virales
- définit une politique de la qualité et des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en hépato-gastro-entérologie
- Elabore et diffuse les manuels et procédures techniques
- offre des prestations spécialisées en biologie médicale et imagerie médicale
- développe des mécanismes de coopération avec les établissements publics et privés de soins au niveau national, régional et international ;
- Aide les professionnels à développer les meilleures pratiques de soins

En matière d'information et de communication, l'INHV est chargé de:

- développer et renforcer l'information et la communication dans le domaine des hépatites virales
- rendre accessible à la population, aux malades, aux proches, au grand public 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

En matière de santé publique, l'INHV est chargé de :

- élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies de lutte contre les 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
- renforcer l'accès au dépistage des hépatites virales B et C

- 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'INHV 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 et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions 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 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

1.3. Organisation et gestion

L'INHV est administré par un organe délibérant, dénommé « conseil d'Administration », régit par les dispositions du décret n°90-118 du 19 août 1990 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement des organes délibérant des établissements publics.

Le Conseil d'Administration comprend :

- Un président ;
- Un représentant du ministère des Finances ;
- Un représentant du ministère de la Santé ;
- Un représentant de la direction de la médecine hospitalière ;
- Un représentant de la direction de la lutte contre les maladies ;
- Un représentant de la Faculté de Médecine de Nouakchott
- Un représentant de la CNAM ;
- Un représentant du personnel médical ;
- Un représentant du personnel paramédical.

Le Conseil d'Administration dispose de tous les pouvoirs nécessaires à l'administration l'INHV et est chargé notamment de :

- définir les orientations stratégiques de l'établissement et approuver les plans d'action conformément à la politique gouvernementale en matière de santé ;
- examiner et arrêter le projet du budget annuel de l'établissement 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 l'INHV selon que cette tarification est ou non réglementée ;
- ordonner toute étude et tout acte que requiert la bonne administration de l'établissement et le développement de ses activités ;
- décider de l'organisation administrative et technique de l'établissement et donner son avis sur toute mesure tendant à modifier ou à compléter cette organisation ;
- approuver le règlement intérieur de l'INHV ;
- 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 de l'INH ;
- 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.

Article 8 : Le Conseil d'Administration peut décider de la création de tout comité ad-hoc ou commission spécialisée, dont il fixe la mission, la composition et les modalités de fonctionnement.

Section 3 : Le Directeur Général

Article 13 : Le Directeur Général est nommé par décret, sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

Article 14 : Le Directeur général détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de l'établissement.

Article 15 : L'INH est organisé selon un organigramme approuvé par le Conseil d'administration.

Section 4 : Le Conseil Scientifique

Article 16 : 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'Institut à l'intention du Conseil d'Administration.

Article 17 : Le Conseil scientifique est composé d'un Président et de six membres choisis sur une liste de personnalités scientifiques nationales et internationales proposées par le Directeur général au Conseil d'Administration de l'Institut. Le Comité peut s'adjoindre toute autre personne en raison de ses compétences particulières.

II. Structures partenaires

- Les directions techniques et programmes de santé du Ministère de la Santé
 - Direction de la lutte contre les maladies
 - Direction de la Santé de Base et Nutrition
 - Direction de la Pharmacie et des Médicaments
 - Direction des Affaires Financières
 - Direction des Infrastructures, des matériels et de la maintenance des Equipements
 - 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
- Les ministères chargés de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Défense nationale, de l'Intérieur, de la Jeunesse, de la Culture, des Affaires religieuses, des Affaires Sociales et de la Famille,
- Le Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST
- La Faculté de Médecine de Nouakchott. U.S.T.M
- 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 : OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, CDC Atlanta, Institut Pasteur de Paris, Fondation Mérieux, Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites et toute autre structure internationale intervenant dans le domaine des hépatites virales.
- Les partenaires financiers
- Les partenaires bilatéraux
- Les ONG nationales et internationales de santé et développement

III. Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation

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 de l'INHV, par ses services techniques, différentes structures sanitaires (DRAS, médecins chefs de Moughataa 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 2015-2017, vise particulièrement la réduction des risques de transmission des hépatites virales s'appuyant sur les mesures préventives et la réduction de la morbidité et mortalité liées aux hépatites chroniques par 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 de l'infection des virus de l'hépatite B avec ses 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 l'Institut National d'Hépatite-Virologie garantissant une coordination efficace à tous les niveaux, ainsi qu'un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Plan opérationnel 2015-2017

Récapitulatif des coûts estimatifs par axe stratégique

Axe stratégique	Montant (MRO)
Prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et C	314 300 000
Renforcer le dépistage des hépatites virales	224 850 000
Assurer l'accès à une prise en charge globale aux patients PCVHB/VHC	747 800 000
Renforcer la surveillance épidémiologique	425 000 000
Développer la recherche sur les hépatites virales	366 600 000
Améliorer le fonctionnement la gestion et la coordination	900 000 000
TOTAL	2 978 550 000

PLAN D'ACTION STRATEGIE NATIONALE CONTRE LES HEPATITES VIRALES B ET C 2015-2017

I. Prévenir la transmission des virus de l'hépatite B et C.

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
a. Renforcer l'information, l'éducation, et la communication sur les hépatites B et C	1	Plaidoyer auprès des décideurs et des leaders d'opinion	X	X	X	pm	INHV	Cellule communication Service d'éducation pour la santé Journalistes	
	2	Identification des personnes relais d'opinion	X			pm			
	3	Rédaction d'un argumentaire scientifique actualisé constituant un dossier de presse didactique de référence et de nouveaux messages de prévention	X	X		2000000			
	4	Définition et mise en œuvre d'une stratégie de relations presse et d'une stratégie de rencontre des principaux relais et leaders d'opinion.	X	X		3500000			
	5	Information et communication sur les hépatites B et C en direction des professionnels de santé	X	X	X	6000000			
	6	Elaboration des outils et supports d'informations sur les hépatites virales	X	X	X	6000000			
	7	Soutien des associations de santé communautaire	X	X	X	9000000			
b. Généralisation de la vaccination contre l'hépatite B de la naissance à 59 mois.	1	Identifier les freins à la vaccination contre l'hépatite B dans cette tranche d'âge	X			2000000	INHV	DSBN DLM Fac Méd INRSP	
	2	Faire le plaidoyer pour une forte volonté politique.	X			1500000	INHV	DSBN DLM	

	3	Sensibiliser et former le personnel de santé en charge des vaccinations (presse, EPU)	x	x	x	6000000	INHV	DSBN DLM	
	4	Informier et sensibiliser les populations pour une bonne adhésion au programme de vaccination	x	x	x	6000000	INHV	DSBN DLM ONG	
	5	vacciner les cibles hors PEV (12 à 59 mois)	x	x	x	15000000	DLM/PEV	DLM, GAVI, OMS UNICEF, MASEF	
c.Vaccination contre l'hépatite B des adultes exposés (hors professionnels de santé) et les adolescents	1	Sensibiliser les décideurs sur l'intérêt de la vaccination des adultes exposés	x	x	x	3000000	INHV	DLM, GAVI, OMS UNICEF, MASEF	
	2	organiser des campagnes de dépistage systématique du VHB et du VHC, dans les populations à risque	x	x	x	21000000	INHV		
	3	Proposer systématiquement la vaccination contre l'hépatite B en l'absence de marqueurs sérologiques.	x	x	x	9000000	INHV		
	4	Promouvoir la vaccination ciblée des populations à risque	x	x	x	3000000	INHV	DSBN DLM ONG	
d.Généralisation de la vaccination contre l'hépatite B des professionnels de santé	1	Adopter une réglementation rendant obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour les professionnels de santé	x				INHV	DSBN DLM DRH	
	2	Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B auprès professionnels de santé.	x	x	x	3000000	INHV	DSBN DLM DRH	
	3	Organiser des campagnes de vaccination en faveur des professionnels de la santé	x	x	x	18000000		DSBN DRH Syndicats santé	
e. Sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs dans les 24 heures qui suivent leur naissance	1	informer les professionnels de santé (obstétriciens, gynécologues, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes,) et les femmes au cours des CPN sur le caractère indispensable de vacciner les nouveau-nés de mères AgHBs + dans les 24 heures après la naissance.	x	x	x	12000000		DSBN DRH Associations professionnelles	

	2	Rendre disponible des vaccins monovalents utilisables à la naissance et des immunoglobulines anti-HBs dans les lieux d'accouchement	X	X	X	90000000	INHV	DLM PEV DRAS HOPITAUX CS	
f. Renforcement de la sécurité des soins dans les situations à risque de transmission des hépatites B et C.	1	Elaborer et diffuser un guide et supports sur prévention et conduite à tenir des AES	X	X	X		INHV	DHP DMH DSBN Hôpitaux CS PS	
	2	Elaborer et diffuser un guide et supports sur les bonnes pratiques d'hygiène en milieu de soins	X	X	X	4000000	INHV		
	3	Réaliser des audits de pratique et inciter à une autoévaluation sur ces pratiques,	X		X	2000000	INHV		
	4	Promouvoir la sécurité des injections	X	X	X	1500000	INHV		
	5	Mettre en place un système de déclaration des contaminations observées après les gestes à risque	X	X	X	1000000	INHV		
		Multiplier le guide national de gestion des déchets biomédicaux et élaborer et diffuser des supports d'informations sur la GDBM pour un système d'élimination efficace des déchets de soins en secteur public et privé.	X	X	X	6000000	INHV		
	6	Former les personnels de santé sur la GDBM	X	X	X	12000000	INHV		
g.Sécurisation des actes non médicaux avec effraction cutanée.	1	Sensibiliser les professionnels sur les risques de transmission du VHB et du VHC par leurs pratiques	X	X	X	3000000	INHV	DHP DSBN ONG MEDIAS	
	2	Campagne d'informations auprès du public adepte de ces pratiques sur les risques et les mesures de prévention.	X	X	X	3000000	INHV	DHP DSBN ONG MEDIAS	
	3	Elaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques à l'attention des personnes qui pratiquent ces actes	X	X	X	2000000	INHV	DHP DSBN ONG MEDIAS	
	5	Réaliser une étude sur le profil des usagers et les complications de ces actes		X		2100000	INHV	chercheurs	
	6	Elaborer des normes concernant le matériel et les produits spécifiques utilisés lors de ces actes	X	X		1200000	INHV	DHP	

	7	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	x			pm	INHV	DHP	
	8	Faire contrôler le respect des bonnes pratiques des opérateurs.	x	x	x	1500000	INHV	DHP	
	9	Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B chez les personnes effectuant ces actes	x	x	x	15000000	INHV	DHP DSBN ONG MEDIAS	
h. Prévention de la transmission par voie sexuelle	1	Dépistage, suivi rapproché et vaccination des groupes vulnérables (professionnelles du sexe, homosexuels, prisonniers... etc)	x	x	x	20000000	INHV	SENLS UCLS ONG	
	2	Sensibilisation et vaccination des sujets sexuellement actifs (adolescents, sujets dans la tranche d'âge 15-35 ans.	x	x	x	15000000	INHV	DSBN ONG	
	3	Promotion du préservatif masculin et féminin	x	x	x	9000000	INHV	SENLS SR ONG	
Sous Total 2						314 300 000			
			MRO						

II. Favoriser l'accès au dépistage

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
a. Dépister l'AgHBs chez les femmes enceintes pendant la grossesse et en urgence, lors de l'accouchement chez les mères non encore dépistées.	1	Plaidoyer auprès des Autorités pour un engagement politique fort.	x			pm	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine Associations professionnelles	
	2	Organiser des concertations pour inclusion systématique de la recherche de l'AgHBs dans le bilan prénatal (Forfait Obstétrical)	x			3000000	INHV		

	3	Élaborer les textes pour promouvoir et/ou rendre obligatoire le dépistage systématique des femmes enceintes AgHbs+	x			600000	INHV		
	4	Sensibiliser les obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, spécialistes gastro-entérologues, sages femmes et femmes enceintes sur la nécessité du dépistage systématique	x	x	x	4500000	INHV		
	5	Former le personnel en charge des accouchements aux tests rapides de dépistage de l'AgHbs	x	x	x	4500000	INHV		
	6	Mettre à disposition des tests rapides dépistage AgHBs dans les salles d'accouchement	x	x	x	90000000	INHV	CAMEC	
b. Promouvoir le dépistage des hépatites B et C chez les populations à risque.	1	Identifier les populations cibles à dépister, et les tests à pratiquer, selon les environnements	x			900000	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine Associations professionnelles	
	2	Promouvoir le dépistage de l'hépatite virale B dans les programmes VIH/SIDA/IST et autres programmes de santé publique visant des populations prioritaires	x	x	x	3000000	INHV		
	3	Sensibiliser le personnel en charge des personnes à risque sur la nécessité du dépistage systématique de cette population	x	x	x	6000000	INHV		
	4	Appuyer la création de structures intégrées de dépistage volontaires et anonymes des hépatites virales et le VIH/SIDA	x	x	x	27000000	INHV		
	5	Mener des campagnes de sensibilisation dans les groupes concernés en vue du dépistage volontaire	x	x	x	9000000	INHV		

	6	Renforcer les programmes communautaires de santé en offrant le dépistage et l'orientation vers les soins.	x	x	x	30000000	INHV		
	7	Former le personnel en charge des personnes à risque aux tests rapides de dépistage de l'AgHbs	x	x	x	9000000	INHV		
	8	Élaborer un texte réglementaire pour promouvoir et/ou rendre obligatoire le dépistage systématique comme test pré-nuptial	x			pm	INHV		
C. Améliorer les bonnes pratiques de dépistage des hépatites virales B et C	1	Elaborer et diffuser les algorithmes de dépistage et de diagnostic de l'hépatite virale B et C	x			6000000	INHV	DLM DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine Associations professionnelles	
	2	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.	x	x	x	9000000	INHV		
	3	Utiliser les nouvelles technologies pour améliorer le dépistage et augmenter la référence aux soins d'hépatite virale.	x	x	x	9000000	INHV		
	4	Etablir une liste officielle de réactifs pour le dépistage des hépatites virales B et C ;	x			600000	INHV		
	5	Faire une évaluation régulière des réactifs en vue de la réactualisation de la liste	x		x	1800000	INHV		
	6	assurer un approvisionnement régulier des réactifs et consommables par la CAMEC et en assurer le contrôle de qualité ;	x	x	x		INHV	CAMEC	

	7	Elaborer et diffuser des guides techniques d'analyses de laboratoire ;	x	x	x	4500000	INHV	DLM DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine	
	8	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;	x	x	x	5400000	INHV		
	9	Identifier les besoins en formation des professionnels de santé et du public sur le dépistage, counseling et suivi biologique ;	x			900000	INHV		
	10	Former les professionnels de santé sur le dépistage, counseling et suivi	x	x	x	150000	INHV		
Sous Total 1						224 850 000			

MRO

III. Assurer la prise en charge médicale et thérapeutique des porteurs chroniques des virus de l'hépatite virale B et C

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
a. Améliorer la formation des professionnels de la santé		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 .	x			5000000	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine Associations professionnelles	
		Multiplier et vulgariser le guide national de prise en charge globale des hépatites virales	x	x	x	15000000	INHV		
		Organiser une session de formation de formateurs sur le guide national de prise en charge globale des hépatites virales,	x			2900000	INHV		

		Organiser des ateliers et séminaires de formation sur la prise en charge des hépatites virales à l'intention des professionnels de santé	x	x	x	9000000	INHV		
		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.	x			3500000	INHV		
	3	Former le personnel paramédical à l'éducation thérapeutique et à la pharmacovigilance	x	x	x	6500000	INHV		
b. Assurer le suivi des donneurs de sang et femmes enceintes dépistés AgHBs + et antiHCV+	1	Elaborer un manuel de procédures de référence et contre référence pour la prise en charge des donneurs de sang, des femmes enceintes et des populations VHB+ et co-infectés par le VIH et la tuberculose	x			2500000	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine	
	2	Sensibiliser les PCVHB et /ou VHC à un suivi régulier (consultation, surveillance biologique et échographique...)	x	x	x	3500000	INHV		
	3	Assurer le suivi biologique et prise en charge thérapeutique des PCVHB et/ou du VHC (INHV)	x	x	x	<i>pm</i>	INHV		
c. Promouvoir la prise en charge communautaire des porteurs chroniques du VHB et du VHC	1	Mener une enquête pour Identifier les besoins prioritaires de prise en charge des porteurs chroniques leurs besoins	x			2400000	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine Associations communautaires	
	2	Elaborer un guide de prise en charge communautaire et d'éducation thérapeutique des PCVHB et/ou VHC: conseils, visites et soins à domicile, plaidoyer.	x			3000000	INHV		

	3	Renforcer les capacités des différentes organisations ou associations dans la prise en charge, l'accompagnement des PCVHB et /ou VHC et le plaidoyer	x	x	x	9000000	INHV		
	4	Assurer la coordination et le suivi des activités de prise en charge communautaire	x	x	x	<i>pm</i>	INHV		
d. Renforcer le dispositif de soins et améliorer la prise en charge médicale des personnes atteintes d'hépatites B et C chroniques	1	Acquisition des réactifs et consommables pour un meilleur accès au diagnostic et suivi biologique et aux tests de mesure de la fibrose hépatique. (INHV)	x	x	x	300000000	INHV	DMH DSBN Hôpitaux Centres Santé INRSP CNTS Fac Médecine	
	2	Elaboration d'un référentiel impliquant l'ensemble des acteurs	x			2500000	INHV		
	3	Diffusion du référentiel 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 et/ou C.	x	x	x	3000000	INHV		
	4	Ce référentiel fera l'objet d'une formation des médecins souhaitant s'impliquer dans la prise en charge, notamment thérapeutique de ces malades	x	x	x		INHV		
	5	Organisation de réunions et d'échanges entre les praticiens libéraux et hospitaliers permettant l'amélioration de la communication entre les différents intervenants.	x	x	x	<i>pm</i>	INHV		
	6	Mettre en place des pôles de référence sur les hépatites B et C et des réseaux hépatites et les impliquer dans la définition des orientations stratégiques régionales	x	x	x	<i>pm</i>	INHV		
	7	promouvoir la création d'associations de porteurs chroniques de VHB et VHC	x	x	x	<i>pm</i>	INHV		

	8	Acquisition des antirviraux (lamivudine, interféron, Adéfovir, Ténofovir) et autres médicaments	X	X	X	380000000	INHV	DMH DSBN CAMEC	
Sous Total 2						747 800 000			
			MRO						

IV. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique pour les hépatites virales

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
a. Améliorer le système de surveillance épidémiologique des hépatites virales	1	Elaborer une stratégie de notification des données de dépistage des maladies basée sur les laboratoires d'analyses publiques et privées ;	X			1500000	INHV	DLM SNIS INRSP Structures santé	
	2	Mettre en place un système informatisé de collecte de données : définition de cas d'hépatites, recueil et analyse de données.	X			9000000	INHV	DLM SNIS INRSP Structures santé	
	3	Mettre en place les mécanismes pour un système de notification électronique des informations liées au dépistage des hépatites virales et assurer la vulgarisation ;	X	X	X	9000000	INHV	DLM SNIS INRSP Structures santé	
	4	Elaborer et multiplier les guides et outils pour la surveillance des hépatites virales	X			4500000	INHV	DLM SNIS INRSP Structures santé	
	5	Renforcer la qualité des données de surveillance des hépatites virales au niveau du Centre National de transfusion sanguine et des banques de sang.	X			6000000	INHV	DLM SNIS CNTS	
	6	Renforcer la coordination de la surveillance épidémiologique des hépatites virales et les données de vaccination du PEV	X	X	X	9000000	INHV	DSBN	

	7	identifier et appuyer les sites sentinelles de surveillance de l'hépatite B	x	x	x	45000000	INHV	DLM	
	8	Former le personnel médical à la surveillance sentinelle et à la tenue de registres	x			15000000	INHV		
b. Renforcer les informations et documentations des hépatites virales B, C et E en Mauritanie	1	Établir la cartographie des hépatites virales A,B, C, E pour suivre l'évolution des hépatites et détecter les épidémies	x	x	x	60000000	INHV	Fac Med INRSP	
	2	Organiser des enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales pour déterminer la situation des hépatites virales B et C dans les groupes vulnérables	x	x	x	75000000	INHV	Fac Med INRSP	
	3	Mener des enquêtes sur le génotypage des souches circulantes	x	x	x	36000000	INHV	Fac Med INRSP Partenaires	
	4	Réaliser une enquête épidémiologique nationale en population générale sur les hépatites virales	x			95000000	INHV	Fac Med INRSP Partenaires	
	5	Intégrer la question des hépatites dans les Enquêtes Démographie et Santé ou autres enquêtes nationales		x		60000000	INHV	Fac Med INRSP ONS	
Sous Total 2						425 000 000			

MRO

V. Développer la recherche sur les hépatites B et C

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
Développer la recherche sur les hépatites virales	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.	x	x	x	90000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
	2	organiser une rencontre sur la définition des priorités de recherche sur les hépatites virales	x			3000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	

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	X	X	X	150000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
4	Renforcer les collaborations entre les équipes de recherche nationales et internationales dans le domaine des hépatites virales.	X	X	X	60000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
5	Appuyer les participations des chercheurs aux rencontres scientifiques	X	X	X	45000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
6	Organiser des restitutions des résultats de recherche	X	X	X	6000000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
7	Encourager les publications dans les revues internationales	X	X	X	5400000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
8	Mettre en place un système de diffusion des résultats de la recherche	X	X	X	7200000	INHV	Fac Med INRSP Hôpitaux Associations Partenaires	
Sous Total 3					MRO 366 600 000			

VI. Assurer le fonctionnement de l'Institut National d'Hépatito-Virologie

Objectifs spécifiques	N°	ACTIVITES	Chronogramme			Montant en UM	Responsable	Partenaires	Bailleur
			Année 1	Année 2	Année 3				
	1	Budget de fonctionnement de l'INHV	X	X	X	450000000	INHV		

	2	Développement des ressources humaines	x	x	x	90000000	INHV		
	3	Gestion et coordination de la lutte contre le hépatites virales au niveau national	x	x	x	120000000	INHV		
		Démarche qualité - processus accréditation	x	x	x	120000000	INHV		
		Acquisition de 4 véhicules pour supervision	x	x	x	60000000	INHV		
	5	Maintenance des équipements et matériels	x	x	x	60000000	INHV		
Sous Total 3						900 000 000			
						MRO			
		Total Général				2 978 550 000 MRO			