Bulletin d'information du programme Fonds Mondial - PNUD

Bulletin N°3 (janvier à mars 2012)

Dans le cadre de la Journée Internationale TB, observée annuellement le 24 mars, Mr. Ban Ki-Moon, a préconisé «l'intensification de la solidarité globale pour s'assurer que les enfants et les personnes de tous pays aient accès aux services de santé, de sorte qu'ils puissent respirer avec la santé. »

Simultanément, l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le partenariat Stop TB ont averti que la TB chez les enfants continue à être négligée en dépit de la disponibilité du traitement, car la maladie reste souvent non diagnostiquée chez les enfants de moins de 15 ans parce qu'ils n'ont pas accès aux services de santé ou que le personnel sanitaire ne parvient pas à identifier les signes et les symptômes de TB dans cette catégorie d'âge.

« Nous avons accompli des progrès sur la TB : les taux de mortalité ont baissé de 40% depuis 1990 et des millions des vies ont été sauvées. Mais malheureusement, la prise en charge des enfants a été délaissée, et la TB chez l'enfant demeure une épidémie cachée dans la plupart des pays. Il est temps d'agir et de l'adresser partout, » a souligné le Dr.Mario Raviglione, directeur du département Stop TB de l'OMS.

« Deux cent enfants meurent de la TB chaque jour. Pourtant il coûte moins de trois cents (0,03 USD)par jour pour fournir la thérapie qui empêchera des enfants de devenir malades de la TB et 50 cents (0,5USD) par jour pour fournir le traitement qui guérira de la maladie. Mais avant que nous puissions donner la prévention ou le traitement, nous devons trouver les enfants ayant un risque de contracter la TB, et ceci se produira seulement si les gouvernements, la société civile et le secteur privé travaillent ensemble, » a dit Lucica Ditiu, secrétaire de direction du partenariat Stop TB.

Source : Stop TB Website

SOMMAIRE :

Journée mondiale TB	1
Interview ICC	2
TB en milieu carcéral	3
La stratégie PCIMAA	4

Journée mondiale de lutte contre la Tuberculose

La journée mondiale de la tuberculose (TB) est commémorée cette année sous le thème de « PLUS DE TUBERCULOSE DE MON VIVANT » **« MWEN PA VLE TB NAN VIM ANKÒ »**

En effet, environ 75 personnalités œuvrant dans le domaine médical et plus particulièrement dans la lutte contre la Tuberculose, dont la Ministre de la Sante Publique Madame Florence Duperval Guillaume, ont pris part, ce vendredi 23 mars 2012, à l'hôtel Karibe à la commémoration de cette journée. Le Coordonnateur du PNLT (Programme National de Lutte Contre la Tuberculose), Dr. Richard D'Meza, a, dans son allocution, fait une brève présentation du programme. Son intervention est suivie des propos de circonstance de la Représentante de l'OMS/OPS en Haïti, Mme Léa Guido, du Coordonnateur du PNUD, Dr. Ibrahim FARIA, et du Directeur Exécutif du CDC, Dr John VERTEFEUILLE.

Madame Florence Duperval Guillaume, Ministre de la Santé Publique et de la Population

Cette journée a été marquée par le témoignage d'une ancienne tuberculeuse, suivi de la remise d'une plaque d'honneur à Madame Simone Castille, une infirmière qui fournit ses services au programme depuis plus de 29 ans.

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a pu réaliser, avec le support du PNUD, du Fonds Mondial, de CDC et de l'OMS, diverses activités de sensibilisation sur la maladie dans les dix départements du pays.

En simultané, un spot de sensibilisation sur la tuberculose a été diffusé dans trois stations de radio de la capitale qui sont relayées en province.

Contribution PNLT

Interview avec Mme Marie Carmelle Luc Alliot de ICC

Madame Luc Aliot, quelles sont vos fonctions et activités au sein de ICC ?

Mme Luc Alliot

L.A.:Je suis infirmière spécialisée en santé communautaire, je coordonne une équipe de 5 infirmières-superviseuses et de 40 auxiliaires-visiteuses dans un projet de lutte contre la Tuberculose en milieu urbain défavorisé (PIMUD) pour ICC.

Pourriez-vous nous expliquer l'historique de ICC et ses activités présentes ?

L.A.: L'International Child Care (ICC) fournit des services de santé à la population Haïtienne depuis 45 ans. Ses premiers programmes ont débuté en 1967 au Grace Children's Hospital, (GCH) à Port-au-Prince, par la prise en charge des enfants atteints de tuberculose grave; puis à la Croisade-Anti-Tuberculeuse (CAT) par la conduite entre 1975 et 1981 d'une campagne de vaccination de masse au BCG qui toucha, à travers tout le territoire d'Haïti, 2,1 millions de jeunes de moins de 20 ans.

La Croisade Antituberculeuse devenue plus tard CAT/PSC (Croisade Antituberculeuse/Promotion Santé Communautaire), est un Programme reconnu à travers Haïti pour ses activités de Lutte Antituberculeuse, de Survie de l'Enfant et de Promotion de la Santé Communautaire. ICC/CAT apporte une assistance technique dans la Lutte contre la Tuberculose (TB) et le VIH/SIDA aux Directions Sanitaires de 4 des 10 départements géographiques et fournit un support technique au Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), ICC a également établi la première base de donnée d'information sanitaire nationale sur la TB et se prépare à la transférer au PNLT avec l'aide de la Subvention TB série 9 du Fonds Mondial (FM). Les activités de lutte contre les IST et le SIDA ont été intégrées à ses projets de Santé Communautaire depuis 1991. Actuellement, ICC développe avec le support financier de CDC/PEPFAR un projet d'Intégration des soins et traitement aux patients VIH positifs à travers le réseau des Institutions sanitaires qui offrent le traitement anti-TB en Haiti.

Aujourd'hui, ICC est la principale ONG et partenaire du secteur privé qui collabore avec le Ministère de la Santé dans la planification et l'exécution du Programme National de Lutte contre la Tuberculose financé par le FM; un programme construit sur le réseau des centres coopératifs établis par ICC pour une grande part. Un travail est en cours avec l'appui de la Subvention TB série 9 du FM pour le transfert de la base de donnée au PNLT et plus tard de mettre cette base de donnée en ligne comme cela est fait pour les activités du VIH/SIDA

Comment est née la stratégie de l'accompagnement des patients TB ?

L.A.: Au cours de son travail avec les patients TB, ICC avait des difficultés à les localiser une fois qu'ils avaient quitté l'hôpital/le centre de santé. D'où l'idée des Dr Harry Geffrard et Elie Nicolas, tous deux directeurs à ICC à l'époque, de développer une stratégie appelée Projet d'Intervention en Milieu urbain Défavorisé (PIMUD) afin de mieux connaître le patient, son domicile et effectuer la recherche des contacts parmi les personnes vivant sous le même toit; ce qui permettrait de baisser le taux d'abandon, augmenter les taux de dépistage, de guérison et de succès au traitement. Cette stratégie mise en exécution en mai 2003, se base sur un réseau d'auxiliaires (visiteuses) de santé et d'accompagnateurs.

Pourriez-vous décrire le travail journalier d'une auxiliaire-visiteuse ?L.A.:

L'auxiliaire

L.A.:L'auxiliaire-visiteuse est affectée à une institution de santé. Une fois le patient diagnostiqué tuberculeux, l'auxiliaire va l'accompagner chez lui pour connaître son domicile afin de mieux l'encadrer jusqu'à la fin de son traitement.

La première visite consistera en une séance d'éducation sur la tuberculose à toute la famille vivant sous le même toit. L'auxiliaire ouvre alors un dossier et enregistre toutes les personnes, identifie celles ayant des symptômes respiratoires ainsi que tout enfant de moins de 5 ans. Elle leur remplit une fiche référence vers leur centre de santé le plus proche pour le dépistage de la tuberculose. L'auxiliaire assurera ainsi le suivi de tous les cas positifs en plus du cas index.

L'auxiliaire réalise en parallèle des séances de sensibilisation dans la communauté et mettra en place des kiosques d'information sur la TB dans les zones marginales mais surtout elle encadrera l'accompagnateur qui assure la supervision directe de la prise des médicaments par le malade et vérifie qu'il n'a pas de problème d'effet secondaire.

Dans les camps de déplacés, la prévalence TB est plus importante du fait des conditions de vie difficiles tant sanitaires que nutritionnelles et de la promiscuité propice à la propagation de la TB. Dans ces camps, ICC réalise des séances de sensibilisation et réfère aux centres de santé les personnes symptomatiques respiratoires.

Quelles sont, selon vous, les perspectives futures de ICC?

L.A.: ICC envisage d'élargir sa couverture géographique surtout dans les grandes villes. La diversification des activités est également une perspective, notamment le volet nutritionnel afin de fidéliser les patients TB et assurer la complétude des traitements. La co-infection TB/VIH est aussi une préoccupation, si les moyens le permettent, ICC envisage d'augmenter le nombre des 25 sites actuels qui assurent le dépistage de la co-infection, la mise sous thérapie ARV et la prise en charge des infections opportunistes.

Journée Mondiale TB

La lutte contre la Tuberculose dans les prisons

La prévalence de la Tuberculose (TB) d'un pays est plus élevée en milieu carcéral que dans la population en général, cette constatation peut être faite quand les données statistiques médicales sont disponibles. En effet, ceci s'explique par le fait que les détenus proviennent souvent de milieu socialement et économiquement défavorisé et que le milieu pénitentiaire facilite la propagation de la maladie du fait de conditions hygiénique assez pauvre, peu de ventilation et des services de santé souvent en deçà de la qualité des soins offerts à la population civile.

Haiti a les taux d'incidence et de prévalence les plus élevés dans l'hémisphère de l'Ouest. Selon les estimations les plus récentes de l'OMS (WHO 2010 Global Tuberculosis Control Report), le taux d'incidence est de 238 pour 100 000 habitants (33 000 cas) et le taux de prévalence est de 331 pour 100 000 habitants (24 000 cas) pour toutes les formes de TB.

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 a endommagé voire détruit la plupart des structures carcérales, ce qui a eu un impact important sur les conditions de vie des détenus, accentuant la surpopulation dans les prisons encore existantes et de ce fait, dégradant davantage les conditions sanitaires.

A cause des conditions de détention, le risque de contracter une infection tuberculeuse ou de développer la maladie est élevé, en effet les défis liés à la mise en place de services de santé adéquats en milieu carcéral sont nombreux, augmentant ainsi les risques de quitter la prison en étant atteint de la tuberculose.

Prisonniers tuberculeux pris en charge au Sanatorium (photo 2009)

C'est pour répondre à ce problème de santé publique que la Subvention TB série 9 financée par le Fonds Mondial prévoit l'implantation de Centre de Détection et de Traitement (CDT) dans 4 grands centres carcéraux du pays complétant ainsi divers appuis de partenaires comme USAID, le Comité International de la Croix Rouge (CICR) et les ONG telles que Gheskio, Health Through Walls intervenants également dans les prisons haïtiennes .

A ce jour, la Subvention du Fonds Mondial a appuyé deux formations dispensées par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) au personnel de santé (infirmiers) du milieu carcéral de tout le pays. Celles-ci se sont tenues à Port-au-Prince en décembre 2011 et en mars 2012 avec comme objectifs principaux de renforcer la capacité de diagnostic des prestataires de soins et de faciliter la compilation des données relatives au nombre de cas suspects de TB référés à une institution sanitaire. En 2012, après l'aménagement des CDT, des formations additionnelles au personnel de santé de la DAP seront réalisées sur la prise en charge des cas de Tuberculose dans les prisons

A ce jour, les données sont en cours de collecte afin de déterminer la pertinence de l'aménagement de CDT dans 4 des plus importantes prisons du pays.

Prisonnier traité pour la TB (photo 2009)

Un collègue à l'honneur...

Steeve Homann Etienne est médecin de formation et occupe actuellement le poste de Chargé de projet VIH/SIDA. Il a été formé a l'institution Saint-Louis de Gonzague puis a eu son doctorat en Médecine de L'Université Notre-Dame d'Haiti. Le Dr Etienne a également obtenu un certificat en Langue du Goethe Institut d'Allemagne et en Gestion de Projet du Centre de Formation et de Développement Economique. Il cumule plus de 6 ans d'expérience dans la prise en charge, l'assistance technique et la gestion des systèmes de Santé liés à la lutte contre le VIH/SIDA et la Tuberculose en Haiti.

Activités importantes pour le prochain trimestre ...

- ✓ Négociation sur la Phase 2 de la Subvention VIH/SIDA
- ✓ Visite du nouveau Directeur du Fonds Mondial en Haïti

Présentation de la stratégie PCIMAA

Qu'entend-on par PCIMAA ?
Selon le Professeur Papa Salif SOW du Sénégal, « La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte (PCIMAA) est un projet multisectoriel de l'OMS, produisant des directives et du matériel de formation pour des agents de santé et agents communautaires de 1er niveau des pays à faibles ressources. Les directives cliniques ont été simplifiées et systématisées de sorte à être utilisées par des infirmiers, des aides infirmiers et agents communautaires, travaillant en bonne coopération avec les médecins ou superviseurs de soins de santé primaires d'un district sanitaire ».

PCIMAA : une approche de Santé Publique
Du point de vue de l'OMS, il convient d'intensifier les soins et le traitement contre le VIH conformément à une approhe de Santé Publique. L'OMS a défini les aspects fondamentaux de cette approche *:*

- ✓Choisir des interventions au vu des meilleures données scientifiques disponibles et du poids de la morbidité ;
- ✓Optimiser l'utilisation des ressources humaines ;
- ✓Mettre en œuvre des protocoles de traitement uniformisés et un suivi clinique allégé ;
- ✓Faire participer les membres de la collectivité et les personnes séropositives a la conception, à la gestion des programmes et à la prestation des services;
- ✓Recourir à des stratégies de réduction des coûts au minimum, notamment en utilisant des médicaments génériques et des techniques de laboratoire non traditionnelles.

Chemin parcouru avec la PCIMAA en Haiti
L'approche a été présentée au MSPP en septembre 2005 par l'OMS. En novembre 2005, le 1er atelier d'adaptation des directives de cette approche au contexte haïtien s'est tenu. A cet effet cinq modules de **PCIMAA** ont été adaptés de la version sénégalaise:

- ✓Principes Généraux de bons soins chroniques;
- ✓Soins Aigus;
- ✓Soins Chroniques du VIH vers les ARV;
- ✓Soins Palliatifs et de fin de vie;
- ✓Soins de la Co-infection TB-VIH.

Par la suite, deux autres modules communautaires ont été adaptés et traduits en créole : la boîte d'images et le livret du Patient.

En Juillet 2006, un atelier d'appropriation et de validation des Modules PCIMAA adaptés au contexte haïtien a été réalisé, depuis lors, Haïti a réalisé divers étapes importantes avec un objectif, celui de la de la décentralisation.

Vision de la décentralisation
Le processus de décentralisation des soins VIH prévoit le renforcement des Hôpital Communautaire de Référence (HCR) en sites ARV, lesquels serviront de sites de référence pour les Services de Santé de Premier Echelon (SSPE) selon la logique des Unité Communale de Santé. Les SSPE, porte d'entrée du système seront habilités de sorte qu'ils puissent assurer le dépistage du VIH et le suivi du patient séropositif. La démarche de décentralisation, selon la stratégie PCIMAA viendra en complément au processus en cours et touchera plus précisément les sites du niveau primaire de la pyramide sanitaire : SSPE et HCR.

L'Objectif général de la décentralisation:
Réduire la propagation et la morbidité du VIH/SIDA en fournissant un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement.

Objectifs spécifiques

- ♦ Assurer le traitement aux ARV pour au moins 45 000 PVVIH
- ♦ Fournir des soins palliatifs à 65 000 PVVIH
- ♦ Fournir les soins et/ou le traitement aux ARV dans 50 nouvelles institutions sanitaires

Les défis et obstacles de PCIMAA
- La rétention du personnel formé;
- La mobilisation de la communauté;
- L'intégration effective des services;
- La pérennisation des interventions;
- Manque de motivation de la communauté;
- Insuffisance de la coordination et le suivi des interventions au niveau des départements sanitaires;
- Manque d'engagement des responsables;
- Voies d'accès difficiles dans de multiples régions du pays.

L'ensemble de ces défis sont identifiés par le MSPP et des mesures sont mises en œuvre afin d'y répondre. Une volonté de pérennisation des activités et de coordination est démontrée par le PNLS qui réalise la mobilisation et la formation du personnel de santé.

Il est à souligner que la mise en place de stratégie PCIMAA se fait entre autres grâce aux opportunités liées aux ressources financières pour l'acquisition d'ARV et intrants ainsi qu'avec l'appui financier de la Subvention RCC du Fonds Mondial. En effet, à la demande du MSPP, le PNUD/FM appuie le PNLS dans son évaluation des sites. En 2011, le PNLS a achevé la formation en PCIMAA dans le Grand Sud et initiera en 2012 un pilote de mise en œuvre avant de finaliser la formation en PCIMAA sur l'ensemble du pays

En conclusion
La collaboration de tous les bailleurs et partenaires du MSPP est incontournable pour la mise en œuvre de cette stratégie qui nécessitera une coordination adéquate et un suivi rigoureux des interventions sur le terrain. Celle-ci passe par un mapping des interventions de l'ensemble des partenaires, dont le PNUD/FM et USAID/PEPFAR sont en cours de préparation.

Contribution du PNLS

Bureau du PNUD
MINUSTAH, Log Base (Zone 5)
Blvd T. Louverture & Clercine 18
Boite Postale 557
Port-au-Prince HT6111 – Haïti (W.I.)
Website : www.ht.undp.org

Programme PNUD-Fonds Mondial
7 Rue Demesvar – Musseau
Boîte Postale 557
Port-au-Prince HT6111 – Haïti (W.I.)