

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)



Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Plan Stratégique 2009-2015



PNLT

Avril 2009

Sommaire	Pages
Table des matières.....	i
Abréviations.....	iv
Introduction.....	1
Historique de Tuberculose en Haïti.....	2
La situation épidémiologique de la Tuberculose en Haïti.....	3
Réalisations du plan stratégique 2001 – 2006.....	4
Les grands défis pour l’exercice 2006 – 2011.....	6
Plan stratégique.....	9
Les grands axes stratégiques.....	11
Les Objectifs – Axes stratégiques et Groupes d’activités.....	13
- Objectif # 1 : Améliorer la qualité du DOTS et l’étendre.....	15
- Objectif # 2 : Renforcer les capacités du PNLT central et départemental.....	17
- Objectif # 3 : Renforcer le réseau national de laboratoires.....	18
- Objectif # 4 : Prévenir et contrôler la MDR-TB dans le contexte de la Stratégie DOTS.....	20
- Objectif # 5 : Diminuer l’incidence de la co-infection par la mise en oeuvre d’activités de collaboration TB/VIH.....	23
- Objectifs # 6 : Réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la Tuberculose par la communication et la mobilisation sociales.....	24
Implantation du Plan.....	25
Suivi et évaluation	26
Partenaires et Agences de coopération.....	28
Financement du plan 2006 – 2011.....	29
Menaces ou Conditions critiques.....	30
Conclusion.....	30

ABBREVIATIONS

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ASCM	Plaidoyer, Communication sociale et Mobilisation
BAAR	Bacille Acido Alcool Résistant
BK	Bacille de Koch (Tycobacterium Tuberculosis)
BM	Banque Mondiale
CAT	Croisade Anti Tuberculeuse
CBP	Comité Bienfaisance de Pignon
CCH	Child Care Haïti
CDS	Centres pour le Développement de la Santé
CDT	Centre de Diagnostique et de Traitement
CELADE	Centre Latino Américain de Démographie
CT	Centre de traitement
DD	Directions Départementales
DOTS	Directly Observed Treatment, Short course (Traitement sous supervision directe, Chimiothérapie de courte durée)
FCPHC	Fonds de contrepartie Haïti/Canada
GDF	Global Drug Facilities
HS2004	Haïti Santé 2004 (Projet de santé MSH/USAID)
HS2007	Haïti Santé 2007 (Projet de santé MSH/USAID)
ICC	International Child Care
IDA	International Development Agency
INHSAC	Institut Haïtien de Santé Communautaire
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNR	Laboratoire National de Référence
MDR-TB	Tuberculose Multi résistante
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé

PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIMUD	Projet d'Intervention en Milieux Urbains Défavorisés
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPD	Purified Protein Derivative
PT	Poste de Traitement ou CT: Centre de Traitement
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TB	Tuberculose
TBCTA	TB Coalition Technical Assistance
UCP	Unité de Coordination des Programmes
UCS	Unités Communales de Santé
UGP	Unité de Gestion du Projet MSPP/IDA
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine

I - INTRODUCTION

La tuberculose tue deux millions de personnes par année dans le monde. Ceci représente un lourd tribut de 5,000 décès quotidiens que le monde paie à la Tuberculose. La majorité de ces décès survient dans les pays en voie de développement. Près de neuf millions de cas de Tuberculose active sont enregistrés chaque année à travers le monde. Environ un tiers de la population mondiale est infecté par le « Mycobacterium Tuberculosis » avec une probabilité d'évolution vers la tuberculose-maladie. Devant la gravité de cette situation, l'OMS a déclaré en 1993 que la Tuberculose était une urgence sanitaire mondiale.

La tuberculose entraîne des conséquences économiques sérieuses et profondes sur les patients et leurs familles principalement par les coûts de diagnostic et de traitement encourus, les coûts de transport pour avoir accès aux services de santé et le temps de travail perdu (Menziés and Al. 2004).

Dans la Région des Amériques, le nombre de cas notifiés de tuberculose en 2003 était de 502,605 dont 370,107 étaient des nouveaux cas toutes formes confondues. Le taux moyen d'incidence de la tuberculose (toutes formes confondues) dans la région est de 43 pour 100,000 habitants. Il faut souligner qu'il existe de grandes variations des taux d'incidence entre les pays de la région ; ces taux oscillent entre 5 et 140 pour 100,000 habitants. Au cours de la dernière décennie (1994 – 2003), on a pu observer une tendance décroissante des taux de tuberculose (toutes les formes et les cas positifs) dans l'ensemble de la région. Cependant, cette tendance ne se manifeste pas avec la même allure dans tous les pays.

Haïti occupe le premier plan parmi les pays à incidence élevée dans la Région des Amériques. Le taux d'incidence des cas pulmonaires positifs estimé par l'OMS en 2004 est de 133 pour 100,000 habitants. Les groupes d'âge les plus touchés par la maladie font partie de la force économique du pays, c'est-à-dire ceux situés entre 20 et 40 ans. La Tuberculose provoque environ 1,000 décès en Haïti par an pour ce qui concerne les cas notifiés. La couverture en DOTS se situe autour de 55%. Les indicateurs épidémiologiques rangent Haïti parmi les priorités de la région en matière de lutte contre la tuberculose. Le pays figure dans le scénario 4 du Plan Régional de la Tuberculose qui regroupe les pays ayant une implémentation tardive et/ou une expansion lente de la stratégie DOTS.

II - Historique de la lutte contre la Tuberculose en Haïti

Les activités de lutte contre la Tuberculose en Haïti ont débuté vers les années 40 avec la création de la ligue anti-tuberculeuse en 1948 et du Sanatorium de Port-au-Prince qui demeure aujourd'hui encore une Institution de référence et un Centre Hospitalier Universitaire. Cependant, il fallait attendre l'année 1967 pour la mise en œuvre d'un programme de Tuberculose avec la collaboration de la Croisade Antituberculeuse (CAT), une branche de l'International Child Care (ICC) qui était chargée d'exécuter les différentes activités à l'époque.

Le premier programme structuré et standardisé à rayonnement national a débuté en 1990 avec le financement de la Banque Mondiale. Mais en 1991 les activités du Projet MSPP/IDA ont dû s'arrêter à cause du coup d'Etat qui a eu des répercussions négatives sur la lutte contre la tuberculose en Haïti.

Certaines activités ont pu être maintenues grâce à la CAT sous la coordination de l'OPS/OMS jusqu'à la reprise du projet Banque Mondiale en 1995. En 1997, Haïti a débuté la stratégie DOTS avec un projet pilote exécuté dans 5 établissements de santé dans 4 départements Sanitaires : Le Nord, le Nord-Est, le Centre et l'Artibonite. Il faut également souligner qu'il y a eu un renforcement du partenariat entre le PNLT et cinq (5) ONG partenaires ; ces dernières avaient reçu un mandat du MSPP pour encadrer les départements sanitaires à travers une planification et une programmation conjointes. Ce sont :

- ICC/CAT : Ouest – Sud - Sud-est et Centre
- Child Care Haïti: Ouest – Nord-Ouest
- CDS : Ouest – Nord - Nord-Est
- CBP : Nord (7 communes)
- Inter Aide : Nord-Ouest

A la fermeture du projet MSPP/IDA, le relais a été assuré par la ICC/CAT en collaboration avec le PNLT, les deux institutions utilisant le financement du Fonds de Contrepartie Haïti - Canada (ACDI). Il y a lieu de signaler qu'une mission d'assistance et de renforcement TBCTA financée par l'USAID supporte les activités de contrôle de la Tuberculose en Haïti depuis 2002. A cette mission a participé activement la HS-2004 (aujourd'hui HS-2007) qui a été chargée d'encadrer et de renforcer le leadership du niveau central du Programme. L'assistance de HS2004 ne s'est pas seulement limitée au niveau central. De 2002 à 2004 elle était la seule à financer les activités de Tuberculose entreprises par deux ONG partenaires. Notons que dans le cadre de ce projet, le Programme de Lutte contre la Tuberculose a reçu et reçoit encore l'appui technique surtout au niveau départemental de trois (3) partenaires : la ICC/CAT, la CARE et les CDS.

Aujourd'hui le programme se retrouve à un tournant historique puisqu'il bénéficie depuis deux ans du support du Fonds Mondial ; c'est la première fois qu'autant de ressources sont injectées dans le secteur au bénéfice de la population.

III - Situation Epidémiologique de la TB en Haïti

Haïti figure aujourd'hui sur la liste des pays à haute prévalence dans la région des Amériques. L'incidence des cas pulmonaires à microscopie positive est passée de 180/100.000 à 133/100.000 en 2007 selon les dernières publications de l'Organisation Panaméricaine de la Santé /Organisation Mondiale de la Santé.

Avec la mise en application de la stratégie DOTS en 1997, le programme a connu d'énormes progrès en matière de dépistage; la bacilloscopie a été priorisée comme moyen de diagnostic et il en est résulté une augmentation significative des cas tuberculeux positifs. Le nombre des cas positifs est passé de 5,887 en 2000 pour atteindre 7,343 en 2005. Cependant, parallèlement et au fil des ans, il y a eu une augmentation importante des cas pulmonaires négatifs diagnostiqués soit par la clinique ou la radiologie. Les causes de cette nouvelle tendance n'ont pas été investiguées en profondeur mais, de façon empirique, on pense que ceci serait lié à la co-infection TB/VIH et à la forte participation des médecins dans la détection des cas au niveau de certaines zones spécifiques du pays. Cette situation a quelque peu nui à la qualité du DOTS et constitue une préoccupation pour la gestion du programme.

En 2004, il y eut 12,917 cas pulmonaires et les cas confirmés par microscopie ne représentaient que 54% soit 7,044 en valeur absolue. Cette proportion a légèrement augmenté en 2005 représentant 58% du total des cas pulmonaires.

La tendance à détecter plus de cas devrait pouvoir se maintenir avec l'extension graduelle de la stratégie DOT en mettant une plus grande emphase sur la captation des symptomatiques respiratoires et la détection des cas par la microscopie.

Les données relatives au traitement ont également témoigné une amélioration des taux de succès et de guérison. Le taux de succès est passé de 66% à 76% entre 1999 et 2004 tandis que le taux de guérison qui était de 45% a atteint 70% au cours de la même période. Les abandons sont passés de 20% en 1999 à 7% dans la cohorte de 2004. Cependant, les échecs ont connu un certain sursaut pour la période; la proportion des échecs a augmenté de 0.8 à 1.2%.

D'après les estimations les plus récentes, l'incidence annuelle des nouveaux cas frottis positifs est de 132/100.000 et la prévalence de 306/100.000 habitants. Ces indicateurs constituent maintenant les éléments de planification du Programme National. La mortalité est très élevée 58/100.000 en dépit du fait que les décès par tuberculose sont sous notifiés. L'ampleur de la co-infection demeure inconnue, mais on est unanime à reconnaître que sa prévalence fluctue entre 20 et 50% d'après certaines études réalisées dans le pays.

La couverture en DOTS est en 2008 estimée à 95%, le taux de succès est actuellement de 81% tandis que le taux de détection des cas à frottis positifs est de 55%. Le problème de la multi résistance en Haïti est encore inconnu parce qu'aucune étude y relative n'a été conduite ; mais selon une estimation de l'OPS/OMS corroborée par une analyse de la International Child Care (ICC), le pourcentage ne devrait pas dépasser 1.2%.

IV - REALISATIONS DU PLAN STRATEGIQUE DE 2006 À 2009

Stratégie DOTS : Extension et couverture

Tous les partenaires sont unanimes à reconnaître que le plan précédent a été à l'origine d'énormes progrès en matière de lutte contre la tuberculose. Il est à signaler en tout premier lieu que la stratégie DOTS telle qu'elle a été définie dans sa toute première version est mieux comprise et acceptée dans l'intégralité de ses composantes par le personnel et dans une certaine mesure par la communauté (les malades, la famille). Une des retombées positives de cette prise de conscience par rapport à ce concept est que l'extension de cette stratégie a connu également une certaine progression au point que la couverture est passée de 55% à 85% entre 2006 et 2009.

La Coordination du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a choisi de se focaliser sur les centres NON-DOTS de manière à les habilitier pour qu'ils rejoignent le groupe des centres DOTS. De nouvelles structures appelées « Unités de Collecte » ont été créées pour appuyer les efforts des centres de dépistage. Les résultats obtenus en matière de dépistage prouvent le bien fondé de ce choix stratégique et l'implantation des nouvelles structures DOTS reprendra au cours des années à venir.

Dépistage de la Tuberculose

Les autres réalisations concernent également le diagnostic et le dépistage : le nombre de cas dépistés a graduellement augmenté au fil des années. Le taux de dépistage (tous les cas confondus) a atteint 68% en 2006. Cependant, après cette période de progression, le dépistage connaît un ralentissement malgré des activités soutenues. Il s'agit donc maintenant de renouer avec le rythme de progression des années 2000. Malgré l'atteinte de l'objectif de dépistage visé dans le Round 3 du projet Fonds Mondial, Haïti n'a pas encore atteint l'objectif de dépistage de 70% des cas attendus fixé par l'OMS pour la région.

Renforcement institutionnel

Beaucoup de services de santé ont été renforcés de manière à offrir une prise en charge globale aux patients ; le personnel a été formé, le matériel et les intrants étaient disponibles en vue de prêter à temps les services aux patients.

Il faut aussi mentionner que certaines Unités Communautaires de santé (UCS) et certaines Directions Départementales ont vu leurs capacités de gestion de la Tuberculose améliorées. En plus, dans un souci de combler le vide laissé par la destruction du Laboratoire Central de mycobactériologie, un nouveau laboratoire de santé publique a été construit mais il n'est pas encore fonctionnel, faute de matériels.

Résultats du traitement

Le taux de succès a connu une certaine ascension au fil des ans ; il est passé de 66% en 1999 à 76% en 2004 ; et de 76% en 2004 à 81% en 2007 (Rapport OMS). L'écart persistant entre les taux de succès et les taux de guérison des différentes années n'a que légèrement diminué depuis la cohorte de l'an 2000 ; ceci témoigne de la nécessité de renforcer et d'améliorer la qualité du DOTS dans le pays. Le taux d'abandons a beaucoup diminué passant de 20% en 1999 à 7% en 2007.

Renforcement des capacités et développement des ressources humaines

Haïti a été présent à toutes les réunions, conférences ou assises internationales et régionales. Les représentants haïtiens ont pu être exposés aux nouvelles perspectives, approches et recommandations des partenaires internationaux et des autres pays de la région. Beaucoup de membres du personnel local ou périphérique tels médecins, infirmières ou autres ont pu bénéficier de sessions portant sur la prise en charge de la tuberculose dans le cadre de la stratégie DOTS.

Le personnel de terrain a pu bénéficier d'un encadrement de proximité dans certains départements spécifiques du pays.

Elaboration de normes

Les normes du programme ont été révisées. De nouveaux chapitres portant notamment sur la prise en charge de la Tuberculose pédiatrique et la co-infection TB/VIH ont été élaborés et intégrés aux normes. Le programme introduit graduellement le protocole thérapeutique de 6 mois avec les médicaments combinés contenant les 4 principes actifs (4FDC).

Collaboration TB/VIH

Un cadre stratégique se référant aux directives de l'OMS et devant faciliter les interventions conjointes a été élaboré. L'opérationnalisation formelle se fait encore attendre. Plus d'une quarantaine d'établissements de santé fournissent déjà des services de prévention, de dépistage volontaire et de tuberculose.

Cependant, le besoin d'élaborer un plan conjoint TB/VIH représente actuellement une nécessité évidente pour les deux (2) programmes parce qu'Haïti accuse un retard important par rapport aux autres pays de la région dans la collaboration TB/VIH.

Communication sociale et mobilisation communautaire

Un grand pas a été franchi avec la réalisation de l'enquête CAP et l'élaboration du plan de communication sociale en Tuberculose. Le matériel d'éducation en rapport avec les différents segments des populations ciblées (groupes-cible) devra être élaboré.

Projet binational

Au cours de l'exercice, les autorités nationales ont pu jeter les bases d'une collaboration avec la République Dominicaine pour la Tuberculose, pour le SIDA et pour la co-infection TB/VIH. En ce qui concerne la Tuberculose, deux grandes réunions binationales de planification ont été réalisées et les produits de ces réunions ont permis la conception d'un plan d'exécution.

Coordination entre les partenaires

En 2002, avec le support de l'USAID, le Programme a développé un nouveau partenariat avec la HS2004 dont l'assistance a été à la fois technique et financière.

Dans cette rubrique, une réalisation qui mérite une mention particulière est la coordination qui a pu se faire avec les différents bailleurs qui supportaient dans le temps le programme de tuberculose. Cette coordination représente une note positive destinée à rationaliser les interventions et à prévenir les duplications financières et/ou opérationnelles.

V - LES GRANDS DEFIS POUR L'EXERCICE 2009 - 2015

Les défis sont des difficultés internes au programme auxquelles devra s'attaquer le plan stratégique 2009 – 2015. Ils représentent les lacunes non comblées par le plan précédent tout en tenant compte des nouvelles réalités sanitaires et épidémiologiques. Ils servent à la fois de justification et de diagnostic de situation du plan. Les axes stratégiques de ce plan viseront à affronter ces défis auxquels se heurte quotidiennement le programme de la tuberculose en Haïti. Ils seront abordés suivant des stratégies bien spécifiques. Certains défis pèsent plus lourd que d'autres ; il y en a qui constituent même de sérieuses menaces pour le contrôle de la tuberculose comme la multi-résistance et la co-infection TB/VIH.

Capacités managériales de l'unité centrale du PNLT

L'Unité centrale du PNLT arrive difficilement à jouer le rôle d'instance coordonnatrice, normative et régulatrice qui lui est dévolue. Cette situation trouve son reflet dans le grand espace, non défini, non standardisé qu'occupent les agences de coopération technique (les ONG partenaires). Il y a donc lieu de redéfinir clairement les rôles des ONG, d'élaborer un cadre de collaboration et d'assistance technique au PNLT (niveau central et départemental) parce que ces opérateurs utilisent souvent des modèles d'interventions différentes et parfois même contradictoires. Il importe donc de doter le PNLT de ressources humaines suffisantes et qualifiées pouvant lui permettre de remplir ses fonctions adéquatement et de manière efficiente.

Renforcement de la Coordination du PNLT et des directions sanitaires départementales : Selon les nouvelles dispositions du Ministère de la Santé Publique et de la Population, certaines activités qui étaient réalisées conjointement par les ONG partenaires et les Directions Départementales telles la supervision, la formation, le suivi et l'évaluation seront de la responsabilité exclusive de la Coordination du PNLT et des Directions Départementales.

Le Réseau national de laboratoires

L'extension du réseau national de laboratoires n'a pas eu lieu selon les prévisions. Beaucoup de progrès ont été réalisés dans la restructuration du laboratoire national de référence ; mais, il ne peut pas encore assumer son rôle de laboratoire de niveau 3 assurant le contrôle de qualité pour tous les départements et faisant la culture et l'antibiogramme pour tous les cas suspects de résistance. Le programme projette d'élever le niveau des services du laboratoire central et des laboratoires régionaux pour qu'ils puissent réaliser la culture et les tests de sensibilité, ainsi que de renforcer d'un point de vue qualitatif le personnel de ces laboratoires.

Amélioration du dépistage selon les cibles fixées par l'OMS

Tableau 1. Projections du dépistage selon l'incidence et la population pour les six (6) prochaines années

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'incidence projetés	115.9	110.2	104.6	99.1	92.5	86.1
Population	10 060 269	10 214 637	10 368 958	10 523 068	10 676 831	10 830 108
Taux d'incidence des nvx cas TPM+	135,75	128,33	121,41	113,64	106,64	100,02
Taux d'incidence des nvx cas TPM et TEP	121,79	115,13	108,92	101,95	95,67	89,73
Nombre estimé de nouveaux cas TPM+ à être traités par le PNLT	8 818	11 407	11 041	10 692	10 241	9 830
Nombre estimé de nouveaux cas TPM+ à être traités par le PNLT	7 180	10 233	9 905	9 592	9 187	8 819

Source : TB planning and Budgeting tool, WHO, 2006

La problématique de la Tuberculose dans les grandes villes

L'agglomération, la promiscuité et la pauvreté des quartiers défavorisés et marginaux des grandes villes représentent le terrain idéal pour le développement de la tuberculose. L'Aire métropolitaine de Port-au-Prince avec plus de deux millions d'habitants manque de services DOTS.

Conjointement avec ses partenaires, le programme veut multiplier les efforts pour développer de nouvelles stratégies pour améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose dans les grandes villes.

La Tuberculose dans les prisons

Le projet soumis au Fond Mondial au cours du Round 3 par le PNLT avait prévu de lutter de manière efficace contre la Tuberculose dans les prisons. Mais certaines faiblesses dans la coordination et la planification des interventions n'ont pas permis au Programme National d'avoir les résultats escomptés dans ce volet du programme. Ainsi, le pays accuse un retard par rapport aux recommandations régionales.

Cet aspect de la lutte constitue une priorité pour le Programme pour les cinq (5) années à venir.

La Co-Infection TB – VIH

Beaucoup d'efforts ont été consentis en vue de promouvoir des activités de collaboration entre la Tuberculose et le VIH/SIDA à tous les niveaux du système. Plus de 49 institutions de santé fournissent à la fois des services de prévention, de dépistage volontaire et de prise en charge des malades co-infectés. Les efforts pour augmenter l'accès à la prise en charge de la coïnfection TB/VIH sont significatifs.

Plus 60% des patients tuberculeux sont testés pour le VIH. Mais ce volet souffre d'un déficit de coordination et de planification au niveau des structures centrales et intermédiaires. Ainsi, les activités de tuberculose et celles liées au VIH/SIDA continuent dans la grande majorité des cas à évoluer de manière assez parallèle.

La Tuberculose multi-résistante

La Tuberculose multi-résistante, tout en restant une grande inconnue pour le PNLT et la majeure partie de ses partenaires, est gérée au niveau de quelques centres dans le pays. Les interventions de PIH/ZL et GHESKIO devraient s'inscrire dans le cadre d'une réponse nationale à la problématique de la multi-résistance en Haïti. Il y donc une nécessité impérieuse d'évaluer en tout premier lieu la prévalence de ce fléau en Haïti, de localiser la provenance (mapping) des différents cas diagnostiqués et mis sous traitement et de standardiser le protocole de prise en charge de ces cas sous la tutelle de la coordination centrale du PNLT.

Le programme veut donner une autre dynamique au problème de la multi-résistance en suscitant l'intérêt de tous les experts pneumologues et chercheurs du pays. Il prévoit de créer un groupe de réflexion, un conseil pour discuter de la complexité des cas, du respect du protocole thérapeutique national, des variantes qui ont été apportées et du devenir des cas qui ont été mis sous traitement.

La tuberculose pédiatrique

La formation des prestataires en prise en charge de la tuberculose pédiatrique a constitué pendant l'exercice précédent un acquis important pour le programme. La tuberculose pédiatrique représente environ 20% des cas de tuberculose. Le programme entend poursuivre et étendre, avec l'appui de ses partenaires, la prise en charge normalisée des cas de tuberculose des enfants de moins de 6 ans.

La gestion des médicaments et des intrants de laboratoires

Elle représente un défi de taille compte tenu des risques liés à une gestion peu rigoureuse des drogues anti-tuberculeuses. Le niveau central de gestion du programme est conscient des risques éventuels et, avec le concours de ses partenaires, a adopté les mesures qui s'imposent.

Depuis plusieurs années, le programme bénéficie des subventions du GDF.

Le programme a déjà introduit les comprimés combinés ayant 4 principes actifs (4FDC) dans le protocole de traitement au niveau de huit départements sanitaires du pays. Les deux départements restant : le Nord-Ouest et l'Ouest pourront faire usage de ces formules combinées avant la fin de l'année 2010. Le programme se retrouve en pleine phase de changement de protocole de traitement. Le schéma de traitement de 6 mois, comportant RHEZ/EH forme combinée (Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide) au cours de la phase intensive (pendant 2 mois) et RH au cours de la phase de maintien (4 mois), est utilisé au niveau de 4 départements sanitaires du pays. Tous les patients tuberculeux du pays seront placés sous traitement de 6 mois (2RHEZ/4RH) avec les 4FDC avant la fin de l'année 2011.

Communication sociale et mobilisation communautaire

L'enquête CAP a révélé qu'une forte proportion de la population ignore le mode de transmission de la tuberculose et que les symptomatiques respiratoires n'ont pas le réflexe de visiter les structures sanitaires lors de leurs accès de toux. Les patients ne sont pas convaincus de leur totale guérison même après avoir complété le traitement. Ils éprouvent quand même le besoin de visiter un guérisseur traditionnel.

De plus, la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des patients tuberculeux sont encore bien présentes au sein de nos communautés dont celle du personnel sanitaire.

Système d'information

Ce domaine constitue la grande faiblesse du programme. Peu d'informations sont disponibles au niveau central sur la mise en œuvre du programme et les activités de suivi sont irrégulières. Le programme de tuberculose a pendant longtemps bénéficié de l'assistance d'un partenaire dans la gestion et l'analyse des données. La gestion de ces données est restée très centralisée et la partition qu'a jouée l'Unité centrale du PNLT dans cet important processus devant amener à la prise de décisions a toujours été infime.

Au début de la phase d'exécution du plan, le programme national planifie de récupérer la base de données sur les patients tuberculeux. Le transfert progressif de la base de données épidémiologique permettra au PNLT de prendre les mesures correctives nécessaires à la bonne marche du programme. Des mesures de renforcement tant en ressources humaines formées qu'en matériels logistiques devront accompagner ce processus de transfert aux deux niveaux de gestion du programme par le Ministère (central et départemental).

Le projet binational

Ce projet représente actuellement une priorité pour le Programme National parce que les échanges migratoires sont très intenses entre les deux pays. Les migrants représentent un groupe à risque et la probabilité de retrouver de nombreux cas de tuberculose parmi eux peut être très élevée. Il importe de déployer des efforts conceptuels constants en vue de définir clairement les vrais objectifs et les stratégies appropriées à ce projet si l'on doit tenir compte des grandes différences socioculturelles caractérisant les deux pays.

L'Alliance Public – Privé (PPM : public – privé mix)

La problématique de la Tuberculose dans les grandes villes (Aire métropolitaine de Port-au-Prince, Cap-Haitien, Cayes, Gonaïves, etc...) ne peut pas être approchée sans une forte implication des médecins du secteur privé lucratif dans le dépistage et le traitement selon les normes des cas de Tuberculose qui fréquentent leur cabinet. La recherche de leur pleine collaboration doit représenter une priorité pour le PNLT.

Des réunions d'information et de sensibilisation ont été réalisées avec les médecins privés de certaines grandes villes telles : Port-au-Prince, Jacmel, Cap-Haitien, Gonaïves et Cayes ; Le programme espère obtenir une plus grande participation des médecins privés par le développement d'un partenariat avec l'Association Médicale Haïtienne.

La recherche opérationnelle

Durant le dernier exercice, des partenaires comme GHESKIO, PIHSL et ICC ont conduit plusieurs recherches. Mais, au niveau du PNLT, les activités de recherche n'ont pas été au premier plan tandis que les sujets tels : la prévalence de la tuberculose multi-résistante, la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux, le profil des accompagnateurs, le délai entre le diagnostic et la mise en route du traitement, les abandons, le devenir des malades non évalués, etc....) constituent des pistes intéressantes de recherche exploratrice qui pourraient aider à l'actualisation des normes de prise en charge de la tuberculose dans le pays.

VI - PLAN STRATEGIQUE

Finalité

La finalité du plan est de réduire la transmission de la Tuberculose en Haïti.

Grands objectifs

Les objectifs se rapportent aux indicateurs d'implantation recommandés par l'OMS dans les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) ; c'est :

1. Dépister 70% des cas estimés de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.
2. Traiter avec succès 85% de ceux-ci.

Objectifs spécifiques

1. Améliorer la qualité du DOTS et atteindre une couverture de 100% d'ici à 2015.
2. Renforcer les capacités de gestion des niveaux central et départemental du PNLT
3. Renforcer le réseau national de laboratoires.
4. Prévenir et contrôler la Tuberculose multi-résistante.
5. Diminuer l'incidence de la co-infection par la mise en route d'activités de collaboration TB/VIH
6. Réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose par la communication et la mobilisation sociales.

RÉSULTATS ESPÉRÉS

Objectifs	Résultats espérés
1.- Améliorer la qualité du DOTS et atteindre une couverture de 100%	1. La qualité du DOTS aura été améliorée et le DOTS étendu à 100% de la population haïtienne
2.- Renforcer les capacités de gestion du PNLT	2. Le PNLT aura été renforcé et pourvu de ressources humaines et matérielles afin de pouvoir jouer efficacement son rôle d'instance régulatrice et coordonnatrice
3.- Renforcer le Réseau national de laboratoires	3. Le réseau national de laboratoire aura été constitué avec un laboratoire central et 3 laboratoires régionaux ; réseau fonctionnel pouvant réaliser le contrôle de qualité à l'échelle nationale, la culture et l'antibiogramme
4.- Prévenir et contrôler la Tuberculose multi-résistante dans le contexte de l'application de la stratégie DOTS	4. L'ampleur de La TB multi-résistante aura été évaluée et sa prise en charge étendue à plus de 3 nouveaux centres publics du pays. 5. Le comité de réflexion sur la multi-résistance aura été constitué et des réunions périodiques organisées.
5.- Diminuer l'incidence de la co-infection par la mise en route d'activités de collaboration TB/VIH	6. Le comité de coordination sera fonctionnel et aura développé des plans conjoints TB/VIH. La majeure partie des CDT du programme TB aura développé les capacités de prendre en charge la co-infection TB/VIH
6.- Réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose par la communication et la mobilisation sociale	7. Les matériels d'IEC auront été produits et orientés vers des segments de population identifiés dans le plan de communication et l'éducation de la population assurée

VII - LES GRANDS AXES STRATEGIQUES

Les grands axes stratégiques qui permettront d'atteindre ces objectifs spécifiques sont les suivants : (les liens avec les objectifs seront ultérieurement démontrés)

Axe stratégique 1 : Amélioration de la qualité du DOTS et son extension

Axe stratégique 2 : Focalisation sur les groupes à risque tels : personnes vivant dans les Prisons, dans les zones urbaines marginales et les migrants.

Axe stratégique 3 : Renforcement du Réseau de laboratoires.

Axe stratégique 4 : Gestion programmatique des cas difficiles et de la Tuberculose Multi-résistante.

Axe stratégique 5 : Renforcement des capacités locales et développement d'une prise de conscience par le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale.

Axe stratégique 6 : Développement des Ressources Humaines

Axe stratégique 7 : Collaboration binationale

Axe stratégique 8 : Collaboration TB/VIH

Axe stratégique 9 : Recherche opérationnelle

Axe stratégique 10 : Partenariat public-privé

VIII - OBJECTIFS – AXES STRATEGIQUES ET GROUPES D'ACTIVITES

Objectif # 1 : Améliorer la qualité du DOTS et l'étendre

Cet objectif se réfère aux cinq (5) composantes de base de la stratégie DOTS dans sa version originale. Par conséquent, pour améliorer et étendre le DOTS, il faut adresser tous les problèmes relatifs à chacune de ces composantes.

Volonté politique.- Bien que la volonté politique soit présente, le programme s'engagera à faire des exercices de plaidoyer vigoureux tels : présentation aux Comités de Santé des deux chambres (haute et basse) de la problématique de la Tuberculose en Haïti et de la nécessité d'implanter la stratégie DOTS. Les partis politiques et les autres secteurs de la Société Civile seront aussi approchés sur la question. Le volet communication sociale est abordé dans l'axe stratégique qui s'y rapporte.

Détection des cas par bacilloscopie.- Les dernières années ont été marquées par une augmentation régulière des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative. Le programme se propose à travers le plan 2009 – 2015 de renverser cette tendance spécifiquement dans l'éventualité où ces cas n'ont pas d'autres pathologies sous-jacentes telles le VIH/SIDA.

Traitement supervisé et standardise de courte durée.- Le programme a déjà introduit les drogues combinées comportant les quatre (4) principes actifs pour la première phase du traitement. Toutes les prochaines réquisitions qui seront adressées au GDF seront préparées de manière à implanter définitivement cette nouvelle présentation dans le schéma de traitement. Un plan de formation du personnel et d'information de la communauté sera élaboré à cet effet.

Le contexte (collaboration TB/VIH, forte prévalence du VIH chez les tuberculeux, émergence de cas de MDR-TB, collaboration avec la République Dominicaine) plaide pour la mise en application rapide du schéma de traitement de six (6) mois comportant la Rifampicine dans la phase de maintien du traitement. Mais vu la faiblesse des infrastructures sanitaires, le programme a adopté un scénario progressif avec des points de démonstration départementaux.

Un système efficace de gestion et de distribution des drogues et des intrants de laboratoire.- Ce système qui représente la clé de voûte du programme devrait garantir la disponibilité ininterrompue des médicaments et la gratuité du traitement du malade. Les difficultés au niveau central du programme sont en passe d'être résolues ; mais le programme devra procéder à :

- Un strict suivi du stock au niveau du magasin Central des Médicaments (affectation d'un membre du personnel du PNLT central à la gestion des médicaments)
- Un mécanisme clair de distribution intra-départementale ; ceci devra découler d'un consensus avec les partenaires départementaux.
- Un mécanisme périodique de suivi de la gestion des drogues constituant en une réunion trimestrielle d'une journée avec les Coordonnateurs départementaux, le PNLT central et aussi les partenaires. Les Coordonnateurs amèneront les rapports d'utilisation des médicaments du trimestre précédent et les réquisitions du prochain trimestre.

Un système efficace de notification et de suivi des cas.- Il favorise l'évaluation du traitement sous forme de cohortes trimestrielles et la mesure de l'impact des activités. Avec le support de la ICC/CAT, le PNLT espère jouer un rôle plus actif dans la gestion de l'information que génèrent les interventions. Les départements seront renforcés de manière à pouvoir s'auto-évaluer dans une logique de gestion et de supervision de proximité. A ce sujet, l'engagement d'un personnel qualifié, la formation continue et l'acquisition de matériels informatiques sont les activités maîtresses de ce volet du plan.

Objectif # 1 : Améliorer la qualité du DOTS et l'étendre

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
Stratégie 1 : Amélioration et extension de la qualité du DOTS	<ul style="list-style-type: none">• Encadrement régulier au personnel prestataire de services• Formation continue du personnel à tous les niveaux• Suivi régulier et Supervision stricte du traitement• Evaluation de la stratégie de l'accompagnateur• Détection des cas basée sur la microscopie• Usage correct des outils de gestion• Disponibilité continue des médicaments, des outils de surveillance épidémiologique et des matériels de laboratoire• Utilisation des médicaments sous forme combinée avec 4 principes actifs dans un même comprimé• Changement du régime de traitement pour passer à un régime de 6 mois contenant la Rifampicine dans la phase de maintien . Ce changement de régime est planifié pour le premier trimestre de 2009.• Monitoring et évaluation
Stratégie 2 : Focalisation sur les groupes à haut risque	<ul style="list-style-type: none">• Identification des zones à haute incidence tuberculeuse dans les grandes villes (bidonvilles, quartiers défavorisés, etc.)• Stratégies novatrices pour améliorer le dépistage : extension et renforcement

	<p>du PIMUD, Unités de collecte de spécimen, autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education, visites domiciliaires, recherche de contacts • Formation du personnel médical et paramédical des prisons à l'application de la stratégie DOTS. • Accord entre le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé • Renforcement des services médicaux des prisons dans les chefs-lieux des départements • Prise en charge normalisée de la tuberculose carcérale • Activités de collaboration TB/VIH (seront développées plus tard)
<p>Stratégie 7 : Collaboration Binationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des patients migrants en collaboration avec la République Dominicaine • Elaboration et mise en application de la carte de Rendez-vous dans les deux pays
<p>Stratégie 10 : Partenariat Public-Privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accords avec les associations médicales, les universités et les autres groupes de la société civile. • Réunions d'information, causeries, discussions sur les normes • Centres d'approvisionnement en médicaments anti-tuberculeux et centres de suivi

OBJECTIF 2 : Renforcer les capacités du PNLT central et départemental

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
<p>Stratégie 6 : Développement des Ressources Humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de la structure organique du PNLT avec des descriptions précises de tâches pour chaque poste. • Dotation du PNLT en ressources humaines qualifiées • Formation des cadres du PNLT en fonction de leur affectation (en fonction du poste occupé) • Formation continue du personnel central et départemental • Participation des cadres du MSPP et des ONG partenaires aux conférences et assises internationales • Dotation du PNLT en moyens logistiques et matériels pour accomplir ses fonctions • Etablissement d'un plan de carrière • Octrois d'incitatifs salariaux aux employés du MSPP • Supervision régulière du niveau départemental par le niveau central
<p>Stratégie 9 : Recherche opérationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur l'évaluation de la prévalence de la multi-résistance • Détermination du Risque Annuel d'infection (RAI) en Haïti. • Efficacité du schéma de retraitement dans les cas d'échecs au premier traitement • Recherche sur la prévalence de la co-infection TB/VIH • Recherche sur le retard dans la conversion des crachats. • Recherche sur les Accompagnateurs

	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur le délai entre le diagnostic et le début du traitement • Recherche sur la cause des abandons • Ces activités de recherche sont les propositions avancées par les différents partenaires ; le PNLT et ses partenaires devront au cours de l'exercice définir leurs priorités par rapport au choix des recherches à conduire. Les résultats devraient éclaircir certains points d'ombre pour le PNLT et le porter à prendre des décisions relatives à l'application ou à la révision des normes.
--	--

Objectif 3 : Renforcer le réseau national de laboratoires

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
<p>Stratégie 3 : Renforcement du réseau de laboratoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dotation du Laboratoire National de référence de ressources qualifiées et en quantités suffisantes. • Mise en place d'un réseau fonctionnel avec un Laboratoire Central et trois laboratoires intermédiaires : Ouest, Nord, Sud. • Renforcement du laboratoire du Sanatorium de Port-au-Prince de manière à ce qu'il réalise la culture et l'antibiogramme. • Planification de la main d'œuvre (formations spécifiques, bourses d'études) en vue d'avoir les profils recherchés pour les laboratoires. • Formation du personnel pour les laboratoires intermédiaires. • Acquisition de matériels pour la réalisation de la culture et de

	<p>l'antibiogramme dans les trois (3) laboratoires susmentionnés.</p> <ul style="list-style-type: none">• Réalisation de la culture et de l'antibiogramme.• Réalisation du contrôle de qualité pour tous les Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) du pays.• Supervisions régulières des laboratoires intermédiaires de la part du laboratoire central.• Supervisions régulières des laboratoires périphériques de la part des laboratoires intermédiaires.• Dotation des laboratoires en matériels logistiques pour la supervision• Production régulière de rapports sur les activités de chaque laboratoire intermédiaire et sur celles du réseau.• Assistance technique externe dans la mise en place du réseau.• Evaluation régulière du fonctionnement du réseau (assistance externe).• Approvisionnement de tous les CDT du pays en intrants et en matériels de laboratoires.
--	--

OBJECTIF 4 : Prévenir et contrôler la MDR-TB dans le contexte de la stratégie DOTS

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
<p>Stratégie 1 : Amélioration de la qualité et extension du DOTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation continue du personnel • Surveillance stricte des normes de diagnostic et de traitement supervisé • Surveillance régulière des progrès du traitement • Disponibilité continue des médicaments, des outils de surveillance épidémiologique et des matériels de laboratoire • Utilisation des médicaments sous forme combinée avec 4 principes actifs dans un même comprimé. • Suivi et évaluation
<p>Stratégie 2 : Focalisation sur les groupes à hauts risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des quartiers défavorisés des grandes villes ayant une grande promiscuité et pouvant constituer des zones de transmission active de tuberculose. • Usage strict et régulier du registre de Symptomatiques respiratoires (SR) dans tous les établissements de santé (avec services de TB ou non) • Mise en place de stratégies spécifiques et novatrices pour approcher ces zones • Renforcement et extension du PIMUD • Participation active d'autres intervenants venant d'autres secteurs : ONG locales, groupes organisés de la communauté ou autres • Accord entre le MSPP et le Ministère de la Justice pour la prise en charge de la Tuberculose dans les prisons

	<ul style="list-style-type: none"> • Etroite collaboration entre le PNLT et la Direction médicale de l'Administration Pénitentiaire Nationale. • Prise en charge normalisée de la tuberculose dans les prisons des chefs-lieux des départements. • Collaboration TB/VIH (Stratégie 8) • Collaboration avec la République Dominicaine pour la gestion des patients migrants (stratégie 7).
<p>Stratégie 3 : Renforcement du réseau de laboratoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête de prévalence de la multi-résistance en Haïti. • Réalisation du contrôle de qualité pour tous les centres faisant la microscopie dans le pays • Réalisation de la culture et de l'antibiogramme en Haïti. • Supervision régulière des laboratoires • Approvisionnement de tous les CDT du pays en intrants et en matériels de laboratoires.
<p>Stratégie 4 : Gestion programmatique des cas difficiles et de la multi-résistance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel • Identification du problème c'est-à-dire de la prévalence de la multi-résistance et de ses principales localisations sur le territoire. • Acquisition de matériels de renforcement pour les nouveaux centres de prise en charge • Ouverture de 2 nouveaux centres publics de prise en charge de la multi-résistance. • Supervision régulière des centres offrant ces services par un cadre du PNLT formé à cette fin.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration périodique de rapports nationaux sur la prise en charge des MDR ; ces rapports devront intégrer les données que soumet le PNLT aux agences et/ou aux partenaires. • Assistance externe pour évaluation.
Stratégie 6 : Développement des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de personnels de santé à la gestion des cas multi résistants ; ces professionnels seront essentiellement affectés dans les centres de prise en charge de la multi-resistance
Stratégie 7 : Collaboration Binationale	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi et continuité du traitement des patients migrants • Elaboration et mise en application de la carte de Rendez-vous dans les deux pays

OBJECTIF 5 : Diminuer l'incidence de la co-infection par la mise en route d'activités de collaboration TB/VIH

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
<p>Stratégie 8 : Collaboration TB/VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de mécanismes de coordination comme la création d'un organe fonctionnel de coordination • Formation du personnel • Surveillance de la prévalence du VIH parmi les tuberculeux • Intensification du dépistage de la tuberculose chez les patients TB/VIH • Application systématique de la chimioprophylaxie à l'INH pour les patients VIH non tuberculeux • Dépistage – Conseil systématique du VIH chez les patients tuberculeux • Renforcement de la gestion des médicaments et des intrants • Sensibilisation des patients tuberculeux et de leurs proches par rapport au VIH/SIDA. • Participation active des médecins privés à la lutte conjointe contre les deux maladies (stratégie 10).
<p>Stratégie 9 : Recherche opérationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux • Recherche sur les liens existant entre la multi-résistance et la co-infection

OBJECTIFS 6 : Réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose par la communication et la mobilisation sociales.

STRATEGIES	GROUPES D'ACTIVITES
<p>Stratégie 5 : Renforcement des capacités locales et développement d'une prise de conscience par le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de matériels (visuels, auditifs, audio-visuels) et d'autres outils de communication á partir de groupes ciblés : segmentation de la population. • Célébration tous les ans de la journée mondiale de la Tuberculose. • Participation active de la communauté et de ses leaders dans l'application de la stratégie DOTS • Organisation dans certaines communautés de certains groupes visant á la stricte application et au suivi du DOTS.

IX - IMPLANTATION DU PLAN

Le plan stratégique quinquennal sera mis en exécution par l'intermédiaire de plans opérationnels annuels élaborés par le PNLT de concert avec tous ses partenaires. Ces plans annuels doivent se fixer des objectifs intermédiaires précis et doivent être des plans nationaux consolidés faisant ressortir les rôles des différents intervenants et les différentes sources de financement. L'Unité centrale du PNLT doit être en mesure de coordonner ce processus et d'en assurer le suivi.

X - SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation constituent une composante essentielle dans le plan stratégique 2006 – 2011 parce qu'ils vont mesurer l'efficacité des interventions et également le degré d'atteinte des objectifs. Le PNLT, avec le concours de ses partenaires, a la responsabilité d'assurer le suivi de l'implémentation du plan. Les résultats obtenus à partir de plans opérationnels seront communiqués dans un rapport annuel à tous les partenaires et à toutes les agences. Le PNLT, tant au niveau central qu'au niveau départemental, devra être renforcé de manière à jouer un rôle plus actif dans ce processus en vue de la prise de décisions judicieuses pour l'atteinte des objectifs du programme.

Les mécanismes favorisant le suivi et d'évaluation seront les mêmes :

- Réunions trimestrielles départementales
- Réunions annuelles nationales
- Réunions de coordination TB/VIH
- Réunions de suivi sur le problème de la résistance aux anti-tuberculeux de première ligne
- Réunions trimestrielles d'une journée avec les coordonnateurs départementaux pour le suivi de la gestion des médicaments, les intrants de laboratoire et la rétro-alimentation sur le contrôle de qualité.

Les moyens de vérification seront les mêmes :

- Rapports trimestriels de dépistage
- Rapports trimestriels des résultats de traitement
- Rapports trimestriels de conversion des crachats
- Rapports trimestriels du Réseau national de laboratoires
- Rapports d'activités : visites de supervision, réunions trimestrielles et autres.

Table d'indicateurs avec Objectifs pour 2015

Indicateurs	Lignes de départ (2009)	Objectifs pour 2015
Indicateurs d'impact		
Taux d'Incidence des TPM+	133 pour 100,000	100 pour 100,000
Taux de mortalité par TB	58 pour 100,000	30 pour 100,000
Indicateurs de résultats		
Couverture DOTS	85%	100%
Taux de détection sous DOTS	94%	100%
Taux d'abandons	7.2%	2.5%
Taux de succès des nouveaux TPM+ sous DOTS	82%	92%
Surveillance épidémiologique de la co-infection	50% des tuberculeux testés pour le VIH	90% des tuberculeux testés pour le VIH
Laboratoires réalisant la culture et l'antibiogramme	0	4
Laboratoires faisant le contrôle de qualité	1 (parfois)	4 (sur une base régulière)
Prévalence de la TB MDR	Inconnue	Connue
Centres faisant le traitement de TB MDR	3	5

XI - PARTENAIRES ET AGENCES DE COOPERATION

Le programme ne pourra pas atteindre ses objectifs sans le support des partenaires et des agences de coopération qui assurent la promotion des interventions techniques et politiques faisant de la Tuberculose une vraie priorité de santé.

La contribution des partenaires, de concert avec celle du PNLT, devrait se focaliser sur la nécessité d'assurer un diagnostic de qualité et le traitement opportun de la Tuberculose en vue de réduire les retombées négatives, sociales et économiques sur les familles, les communautés et les nations.

Ce plan veut mettre l'emphasis sur le renforcement des départements par les agences d'assistance technique (ONG partenaires). Ces dernières continueront à les renforcer, les aider à mieux faire face à leurs responsabilités dans la gestion et l'analyse des données, dans l'approvisionnement en médicaments et dans d'autres activités spécifiques.

Toutes les organisations manifestant un intérêt particulier pour la TB telles : les institutions académiques et scientifiques, les associations professionnelles, les agences de financement, les centres de recherche, le secteur privé, la société civile ; elles sont toutes invitées à s'investir pour la réalisation de ce plan sous l'autorité de l'Unité centrale du PNLT.

XII - FINANCEMENT DU PLAN 2009 – 2015

Le programme de lutte contre la tuberculose est aujourd'hui essentiellement soutenu par le Projet Fonds Mondial. L'ACDI supporte le volet de Coopération avec la République Dominicaine (projet binational). Le support du Fonds Mondial, malgré son importance, n'écarte pas certaines brèches financières que d'autres bailleurs pourraient éventuellement combler. L'apport des autres agences est d'autant plus important que le plan 2009 – 2015 est couvert seulement pour ses cinq premières années dans l'éventualité d'un succès au Round 9 du Fonds Mondial. Il y aurait toujours une année pour laquelle le financement ne serait pas assuré. Un échec au Round 9 du Fonds Mondial voudrait dire qu'il n'y aurait pas de financement pour les six années restant du plan.

Cependant, le programme a la promesse du soutien continu d'autres bailleurs pour les prochaines années. L'adjonction d'un autre bailleur au Fond Mondial devra se faire dans le cadre d'un plan opérationnel et d'un budget consolidé où figurent les grands groupes d'activités et les agences qui les supportent.

Il faut aussi souligner que l'ACDI s'est déjà engagée à supporter le volet binational du plan.

Proposition du Budget

Cette proposition budgétaire s'inspire des projections faites par Le Directeur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et de la Consultante Nationale de Tuberculose de l'OPS au cours d'un atelier de planification stratégique réalisé par l'OPS/OMS à Santa Cruz de la Sierra (Bolivie) en mai 2006. Le groupe a utilisé à cette occasion un logiciel recommandé par l'OMS en vue de planifier les activités d'un programme de

tuberculose en gardant à l'esprit les coûts de toutes les activités, les modifications de tous ces coûts sur le moyen ou le long terme et les progrès que le programme devra réaliser. Ces projections ne tiennent pas compte des fonds déjà disponibles en Haïti dans le cadre du projet Fonds Mondial ; ainsi, le PNLT devra procéder à un exercice de planification et de coordination visant à déterminer les écarts financiers à combler surtout pour les années allant de 2008 à 2011.

Coûts alloués par Stratégie et par année

(Nouveau budget à inclure ici en utilisant le fichier Excel de l'OMS : TB Planning and Budgeting tool - Version française et en dollars US).

Explications

Amélioration et extension de la Stratégie DOTS regroupe : Formation, Monitoring et Évaluation, Supervision et Coordination.

Focalisation sur les groupes à risques : stratégies novatrices pour améliorer dépistage et traitement, activités dans les prisons.

Réseau de laboratoire : acquisition de matériels pour tous les laboratoires du réseau, formation du personnel et assistance technique.

MDR-TB : Renforcement des capacités des institutions pour la prise en charge des cas de MDR, étude sur la multi-résistance, amélioration de la prise en charge actuelle.

ASCM (Advocacy, Social Communication and Mobilization) : Education, Sensibilisation, Communication sociale et aussi DOTS communautaire.

Ressources humaines : Formation, Gestion, Coordination, Participation aux assises régionales et internationales, compléments de salaires.

Collaboration binationale : activités prévues dans le cadre du plan binational.

TB/VIH : activités de collaboration entre les deux programmes.

Recherche : tous les projets de recherche opérationnelle.

PPM : Partenariat Public-Privé (implication des médecins du secteur privé lucratif dans l'application du DOTS).

XIII - MENACES OU CONDITIONS CRITIQUES

A part le VIH/SIDA et la multi-résistance qui constituent de sérieuses menaces, le programme national de lutte contre la tuberculose subit les méfaits du climat sociopolitique du pays.

XIV - CONCLUSION

Le plan 2009 – 2015 se trouve à un tournant important de lutte contre la tuberculose parce que, malgré les efforts, les indicateurs de la tuberculose en Haïti suscitent encore beaucoup d'inquiétude par rapport aux espérances régionales de pouvoir atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM). Il est vrai que le programme se trouve constamment en butte à un déficit organisationnel, à la faiblesse des infrastructures sanitaires et aux troubles sociopolitiques récurrents. Mais, Haïti a le devoir de faire progresser ses indicateurs, d'augmenter sa couverture en DOTS, d'augmenter sa détection et de fournir à la population des services de tuberculose compatibles avec les Recommandations internationales de l'OMS et de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR). Pour ce faire, il faut l'implication du personnel sanitaire à tous les niveaux, des leaders politiques, des leaders sociaux, de la communauté et finalement de la famille pour que tout un chacun constitue un front commun en vue de faire face à ce fléau.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES OU AYANT PARTICIPÉ DANS L'ÉLABORATION DE CE PLAN

- Dr Richard D'Meza, Directeur PNLT
- Dr Milo Richard, PNLT
- Dr Carlot Aubourg, PNLT
- Dr Camille Clermont, MSPP
- Madame Micheline Louis, PNLT
- Madame Ginette Saint-Hilaire, PNLT
- Madame Blondine Deslouches, PNLT
- Dr Willy Morose, ICC/CAT
- Dr Harry Geffrard, ICC/CAT
- Dr Fleurimonde Charles, ICC/CAT
- Madame Mireille Sylvain, CARE
- Mr Wébert José, CARE
- Dr Pierre P Despagnes, CDS
- Dr Eddie Frédérique, CDS
- Dr Henri Delatour, UAPC (ACDI)
- Dr Olbeg Désinor USAID

- Dr Florence D. Guillaume, HS 2007
- Dr Jules Grand-Pierre, HS 2007
- Dr Joelle Deas Von Onacker, Directrice Programme National SIDA
- Dr Emile H. Charles, FONDATION SOGEBANK, FOND MONDIAL
- Dr Maryse Blot, FONDATION SOGEBANK, FOND MONDIAL
- Madame Denise Dérivois, Laboratoire national de Mycobactériologie
- Dr Elie Nicolas, World Vision
- Dr Jean-Philippe Breux, Consultant pour OPS/OMS
- Dr Elsie Lafosse, Consultante pour OPS/OMS
- Dr Vary Jacquet, Consultant pour OPS/OMS

BIBLIOGRAPHIES

- 1) Regional Plan for Tuberculosis Control, 2006 – 2015, PAHO/WHO, 2006
- 2) Global plan for Tuberculosis Control, 2006 – 2015, Stop TB Partnership, WHO, 2006
- 3) Impact of DOTS expansion on tuberculosis related outcomes and costs in Haiti
(Jacquet V, Morose W, Menzies D, Schwartzman K, Oxlade O, Barr G, Grimard F – BioMed Central, 2006)
- 4) TB/HIV Collaborative activities
(Guidelines Manual, WHO, 2004)
- 5) Scaling up TB/HIV Collaborative activities in America Region
(Jacquet V, Ramon P, Del Granado M – Octobre 2005)

- 6) TB in America
(Montero C, Jacquet V, Echegaray E, Ramon P, Del Granado M, 2005)