

VII. Les grandes endémies (Tuberculose & Sida) *(Chapitre ajouté)*

En matière de grandes endémies hormis le paludisme, sujet qui a été traité dans le cadre des programmes de santé et notamment dans le cadre des actions visant à faire reculer la mortalité infanto-juvénile, les équipes d'Inter Aide se sont surtout préoccupées d'agir contre la tuberculose et de prévenir la diffusion du VIH : la première dans les zones urbaines de Bombay et dans certaines zones rurales très peuplées du sud de l'Ethiopie, où elle touchait principalement et sévèrement des familles très pauvres ; le second dans la mesure où il menaçait directement les familles bénéficiaires de nos actions dans plusieurs pays (ce fut notamment le cas en Haïti, au Brésil et, dans une moindre mesure au Chili, en Inde à très grande échelle, ainsi que dans certains pays d'Afrique non isolés, comme le Malawi).

Nous aborderons en premier lieu les programmes de lutte contre la tuberculose, d'une part dans les quartiers pauvres de Bombay, puis en Ethiopie. Nous parlerons ensuite des programmes de prévention de la diffusion du VIH dans plusieurs pays d'intervention, sans oublier Luanda, capitale de l'Angola (mais c'est une autre histoire que l'on verra plus loin).



La lutte contre la tuberculose à Bombay

A **Bombay**, on a commencé par soutenir les actions de traitement des patients tuberculeux menées par le MLSM dans son dispensaire de Golibar, Santa Cruz.

Dès 1987, on a étendu ce programme à la zone de Malad au nord de Mumbai, toujours à travers les équipes du MLSM. On a introduit peu à peu le traitement court (6 mois) faisant appel à la Rifampicine, en conditionnant son utilisation à un suivi très rapproché des patients de façon à limiter l'émergence de souches résistantes.

A cette époque, le programme touchait déjà près de 1 500 patients par an. Devant l'ampleur des besoins en matière de prise en charge, nous avons encouragé le MLSM à ouvrir de nouveaux sites de diagnostic et de traitement. Cela a permis d'atteindre, en 1990, le nombre de huit dispensaires fonctionnant chaque semaine, couvrant une large zone des banlieues nord de Bombay (Kandivili, Jogeshwari, Bandra, Goregaon). L'ensemble du dispositif a permis de dépister et traiter environ 2 500 malades par an. C'est vers le milieu des années 90 que le MLSM est entré dans une crise aiguë de gouvernance, dont la gravité fut telle qu'elle nous a obligés à trouver d'autres partenaires pour continuer les actions. Cela a été l'occasion de nouer des liens avec plusieurs nouvelles ONG (Alert India, Path, Apnalaya, MJK et LSS) et d'obtenir l'appui progressif du gouvernement et de la municipalité.

Une évolution majeure de ce programme a consisté à former et à soutenir des équipes gouvernementales sur de plus nombreux quartiers et à mettre en place avec elles la méthode DOTS (*Directly Observed Treatment, Short course*). Cette méthode consiste à détecter les patients au travers d'exams de crachats systématiques, puis à employer des traitements très actifs en vérifiant directement leur prise. Les patients qui ne se présentent pas au centre pour prendre leur traitement le jour dit sont systématiquement recherchés à domicile.

Dès lors, le but n'était plus de traiter un maximum de patients directement, mais bien d'amener le plus grand nombre d'entre eux à se faire traiter par le secteur public ou par des ONG locales spécialisées, et cela dans les plus brefs délais, en raccourcissant autant que possible leur parcours de soin. De plus on s'est efforcé d'impliquer les médecins privés implantés dans les quartiers défavorisés, avec l'objectif de les convaincre de transférer le plus tôt possible leurs patients potentiellement tuberculeux vers des centres de traitement efficaces.



A partir de 2004, l'équipe d'Inter Aide a été chargée par l'administration centrale indienne de coordonner l'action des organismes basés à Mumbai, et cela en lien avec les autorités locales responsables de la lutte contre la tuberculose. Cela a permis d'étendre considérablement les actions en touchant la grande majorité des quartiers de Mumbai (les différents « wards »), ainsi que les villes périphériques de Thane, Navi Mumbai, Kalian Dombivilly et Ulash Nagar (à partir de 2009)¹.

Le recrutement d'une équipe et d'un médecin indien, le Dr. Himanshu s'est fait simultanément. Au total, la mise en place de cette méthode a permis d'appuyer plus de 80 centres DOTS, une vingtaine de laboratoires d'analyse et un grand nombre de centres de prélèvement de crachats². Parallèlement, la détection des patients a été accélérée en lançant à grande échelle des activités de sensibilisation dans toutes ces municipalités (programmes d'Information / Education et Communication faisant appel à la diffusion de films, de brochures d'information dans les gares et à toutes sortes de moyens de promotion notamment à l'occasion des grands festivals indiens)³.

Tout ceci a permis d'amener au moins 6 000 patients par an à se faire traiter sérieusement, dont environ 3 000 dans les centres DOTS tenus par les ONG locales. Après huit ans de service, le Dr. Himanshu nous a quittés et a été provisoirement remplacé par son assistante, le Dr. Hemlata.

Depuis 2009, ATIA (Association Asie Tana - Inter Aide) est responsable du suivi de ce programme.

¹ "Every provider counts: effect of a comprehensive public-private mix approach for TB control in large metropolitan area in India", un article sur le programme IA de lutte contre la TB à Mumbai - Auteurs : Ambe, G.; Lönnroth, K; Dholakia, Y.; Copreaux, J; Zignol, M.; Borremans, N. Uplekar, M. paru dans **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Volume 9, Number 5, May 2005 , pp. 562-568 (7) http://www.who.int/tb/careproviders/ppm/other_sources2/en/index.html

Article en ligne sur <http://www.freewebs.com/ucitc/Mumbai%20PPM.pdf> et sur le site du réseau PRATIQUES : <http://www.interaide.org/pratiques/node/259>

² Note Pratique - **Lutte contre la tuberculose à Mumbai, Inde - Tuberculose multi-résistante: Multi Drug Resistant Tuberculosis and DOTS Plus** - Dr. Himanshu Gupte, Inter Aide India Programme Manager, **Mumbai TB Control Programme** 2011, en ligne sur le site du réseau PRATIQUES <http://www.interaide.org/pratiques/node/68>

³ Module de formation sur la tuberculose réalisé par le programme Urban Dots Project (UDP) pour les équipes des partenaires locaux. ("Urban Dots Project" Inter Aide Mumbai) : <http://www.interaide.org/pratiques/node/258>



En **Ethiopie**, les premières actions de lutte contre la tuberculose ont débuté en 1992. Comme en Inde, on a agi au tout début en traitant les patients directement, avec un dispensaire. Ce travail, ainsi que l'existence de programmes de santé communautaire, avait déjà permis de mesurer l'intensité des besoins en matière de prise en charge des patients tuberculeux. Contrairement à l'Inde, il n'existait dans la zone aucun acteur de santé privé et le système public était réduit à sa plus simple expression : un centre de santé pour plus de 100 000 habitants.

En 1992, on a élaboré un premier programme d'action fondé sur plusieurs étapes : détecter les cas suspects grâce à un réseau d'agents de terrain, permettre le diagnostic bactériologique en laboratoire, admettre les malades dans un centre de santé pendant toute la durée de la première phase de traitement de manière à éviter les abandons, et assurer un suivi longitudinal jusqu'à la fin du traitement. Rapidement, à Bélé, une moyenne de 350 patients étaient traités chaque année dont 60% de cas de tuberculose contagieuse, avec un taux de guérison élevé (90%) et un pourcentage d'abandons relativement réduit (moins de 5%).

Il s'agissait donc d'assurer toute la prise en charge des malades, avec un approvisionnement en médicaments anti-tuberculeux fourni par le programme national de lutte contre la tuberculose (NTCP). En 1999, un deuxième programme du même type était lancé à Gesuba, dans l'Ofa, sur des bases similaires.

A partir de 2003, on a testé une nouvelle forme d'intervention, rendue possible grâce au développement concomitant du système public de santé et du NTCP. Il s'agissait de cibler notre action sur les déficiences du dispositif public tout en se dégageant des composantes opérationnelles que ce dernier pouvait assumer correctement : le diagnostic et le traitement. Ce programme visait donc à pallier les carences du système existant : informer davantage les populations rurales isolées, mieux identifier les cas suspects par un travail méticuleux de détection et de référencement, renforcer la collecte et l'enregistrement des données, et prévenir autant que possible les abandons. Cette action, plus légère, pouvait toucher des populations plus importantes : ce programme concernait le 1 million et demi d'habitants du Wolayta. En termes de résultats, le dépistage de nouveaux cas a connu une nette augmentation qu'il a été malheureusement difficile de chiffrer exactement en l'absence de données préalables.

A partir de 2010, on a utilisé une troisième stratégie. Il s'agissait alors de prendre en compte les changements intervenus dans le milieu, notamment l'assignation d'agents de santé gouvernementaux (les HEW, *Health Extension Workers*) dans chaque kebele⁴, responsables de la mise en œuvre d'un éventail de mesures préventives et promotionnelles, intégrant la tuberculose.

⁴ Unité administrative regroupant de 1 000 à 6 600 habitants environ.



Par ailleurs, de nouvelles possibilités de financement (par le biais de TB Reach, indexant son soutien au nombre de malades additionnels dépistés) facilitaient les extensions géographiques et la mesure précise des effets produits.

On a alors décidé d'étendre le champ d'action à la zone du Dawro, dont le taux de dépistage était médiocre et l'accessibilité très compliquée. Cette intervention visait alors à former et à mobiliser les HEW sur la question du dépistage, à renforcer les laboratoires et à sensibiliser les divers professionnels de santé sur le thème de la tuberculose, qui était en net recul dans les priorités de la politique gouvernementale (alors que la tuberculose est très présente dans ces zones rurales très peuplées).

Cette fois, nous avons pu mesurer l'impact de l'action, qui a permis en deux ans de traiter plus de 1 200 malades supplémentaires, c'est-à-dire d'augmenter de 90% le nombre de patients contagieux diagnostiqués dans les laboratoires publics des zones concernées, par rapport à l'année de référence.

On dispose aujourd'hui d'un modèle opérationnel dont l'efficacité en milieu rural éthiopien a été éprouvée et on escompte bien le reproduire dans la zone du Gamo Gofa, qui compte une population d'environ deux millions d'habitants. (*Voir sur le site du Réseau Pratiques les outils d'animation conçus par les programmes éthiopiens*⁵).

⁵ Lutte contre la tuberculose: Guide d'animation pour la prévention et le traitement de la Tuberculose, IA Ethiopie: TB control program: 9 panels to facilitate the animation - affiches/pannels by/par Vanessa Bourgois, IA 2007
<http://www.interaide.org/pratiques/node/257>



Prévention de la diffusion du VIH

En 1987, pressentant l'importance de l'endémie qui s'annonçait, Inter Aide a décidé de mener des actions de prévention de la diffusion du VIH, compte tenu essentiellement du risque encouru par les populations bénéficiaires des programmes. Ces actions, pour être très efficaces, devaient nécessairement cibler les groupes à la fois les plus à risque et potentiellement les plus diffuseurs. Cet aspect a été mal perçu par les principaux bailleurs du domaine concerné qui voulaient éviter de montrer du doigt certains groupes plutôt que d'autres, alors qu'il est évident que tous les groupes n'ont pas le même « pouvoir diffuseur » et que cela est important pour définir et mener une action de prévention. Inter Aide a alors décidé de lancer ces actions de prévention en approchant d'autres bailleurs plus enclins à soutenir des actions pilote.

En **Haiti**, il s'est d'abord agi, à ce stade de l'épidémie, d'informer les travailleurs sexuels (ainsi que les routiers, les chauffeurs de taxi et les militaires) sur les risques de contamination et de faciliter l'accès aux moyens de prévention de manière à ralentir nettement la diffusion du virus, protégeant ainsi les groupes cibles, leur clientèle, et leurs autres partenaires. Les premières initiatives se sont déroulées dans les bas quartiers de Port-au-Prince en collaboration avec le ministère de la santé, puis se sont étendues plus au nord de l'île, notamment aux Gonaïves. Plusieurs centaines de prostituées ont été touchées par cette action qui a consisté à mettre au point des stratégies de négociation pour vaincre les résistances des clients à l'utilisation du préservatif. De nombreux supports d'information et de communication ont été produits dans ce cadre.

En 1990, les équipes d'Inter Aide ont démarré le même type d'action en **Inde**, à Bombay. Un partenariat avec l'IHO, ONG indienne spécialisée dans la lutte contre le SIDA, nous a permis de débiter des actions de prévention dans plusieurs quartiers de prostitution de Bombay (Falkland Road, Bandhup...), puis de Pune. Comme au Brésil (où ce type d'actions a été initié par Inter Aide puis repris par ESSOR), la méthode s'est appuyée sur le principe de l'éducation par les pairs, grâce à l'identification et la formation de prostituées chargées de diffuser les messages et notamment de renforcer les capacités de négociation auprès des clients.

L'activité de plaidoyer menée par le Dr. Thakur, membre de l'IHO puis responsable d'un programme d'Inter Aide, a permis d'obtenir du gouvernement indien la reconnaissance de l'importance du préservatif et son inscription dans la catégorie des médicaments vitaux, ce qui en a garanti la gratuité. A partir de 1995, on a lancé un vaste programme d'extension aux quatre états du sud de l'Inde qui a touché de nombreuses autres villes sur le Maharashtra, l'Andra Pradesh, le Kerala et le Tamil Nadu. Plus de 40 ONG locales sont devenues partenaires de ce programme qui a touché



pas moins de 20 000 prostituées et Hijras⁶ et a distribué entre un et deux millions de préservatifs par mois.

Plusieurs organisations de travailleurs sexuels ont été créées pour garantir une forme de représentation autonome auprès des services gouvernementaux et assurer la continuité de l'approvisionnement en préservatifs. Ce programme qui, comme dans d'autres pays, a permis de sauver des milliers de vies, a ensuite été repris en Inde, par Frères de nos Frères (ONG suisse qui l'avait soutenu) jusqu'à la fin des années 2000.

Pour mémoire, il faut préciser que des actions similaires ont d'abord été menées au **Brésil** et ont ensuite été reprises par ESSOR⁷

⁶ **Hijras** : il s'agit de travailleurs sexuels masculins dont la fonction comporte une dimension religieuse.

⁷ **ESSOR**, ONG créée en 1992 en région lilloise par des anciens d'Inter Aide et qui a repris tous les programmes menés au Brésil.



Au **Malawi**, les actions de prévention de la diffusion du VIH, débutées en 1994, ont été d'emblée adaptées au contexte malawien, pays africain déjà très touché par le virus. La diffusion du virus était en effet généralisée dans les villages avec des prévalences chez les adultes de près de 15%, notamment par le biais de relations sexuelles intergénérationnelles. Le phénomène des fameux *sugar daddy* (« papa-gâteau ») touchait beaucoup les jeunes filles dans et hors des écoles, ces dernières ayant le plus grand mal à refuser un contact, que ce soit à un collègue de classe, à un « papa gâteau » ou un professeur pour un passage en classe supérieure... Cela s'ajoutait à de nombreux autres facteurs propres à ce pays, tels que les pratiques traditionnelles (initiation, etc), prostituée officielle dans les villages, routiers, le fait qu'il n'y avait pas beaucoup d'autres distractions etc.

Ces programmes ont finalement été menés dans presque toutes nos zones d'intervention. D'abord dans la région de Lilongwe (autour du centre de Mntentera, pour les zones de Nkhoma, Mazengera, et Chadza, puis autour du centre de Mithundi pour les zones de Chiseka-Masula, Malili et Njewa) et aussi dans la région de Zomba, ainsi que, plus tard, dans les zones qui dépendaient de Mulanje. Ces programmes ont consisté d'une part à diffuser très largement l'information pour tous publics dans les villages en fonction des pratiques traditionnelles et d'autre part à développer des stratégies adaptées aux écoles, en particulier pour les jeunes filles. Finalement ils ont aussi visé à améliorer l'accès au dépistage et le conseil pour les jeunes adultes.

Le premier volet a surtout consisté à former de nombreux groupes de jeunes dans et hors des écoles avec un programme tiré du curriculum officiel axé sur les connaissances, auquel ont été ajoutés, notamment pour les filles, des modules de formation pour les changements de comportement visant à développer les « compétences pour la vie » (*life skills*) : capacité à dire non, perception personnelle des risques, capacité de négociation, estime de soi, etc. Avec des techniques d'animation participatives auxquelles étaient formés les professeurs animateurs dans les clubs. Annuellement, plus de 100 écoles touchant plus de 3 500 jeunes étaient concernées. En plus, environ une cinquantaine de clubs de jeunes non scolarisés et vulnérables vis-à-vis de l'infection ont aussi été impliqués.

Une attention particulière était donnée aux adolescentes se retrouvant enceintes et souvent renvoyées de l'école. Cela nous a fourni un moyen de mesurer efficacement les résultats de l'action menée auprès d'elles, car le pourcentage de jeunes filles renvoyées a nettement baissé dans les écoles concernées par les programmes comme on le verra plus loin pour la zone de Chiseka.

Le dernier volet comprenait la mise en place de services spécifiques pour les adolescents (*youth friendly health services*) : conseil et dépistage, information et éducation sanitaire, formation pour les changements de comportement, jeux et loisirs, développement des capacités d'écriture.



En relation avec les centres de santé, chaque centre de jeunes pouvait référer les cas dépistés pour confirmation, les suspicions de MST, et aussi référer des filles aux services de santé reproductive. Une demi-douzaine de centres de jeunes ont été mis en place et ont été ensuite repris par le district sanitaire.

Ils ont effectué jusqu'à 30 000 tests par an au début des années 2000, à l'heure où le dépistage n'était pas encore généralisé dans le pays.

Ce qu'il est important de souligner pour l'évolution c'est que peu à peu les centres de jeunes ont diminué leur activité, qu'on essayait de plus en plus de mettre l'accent sur les VCT (*voluntary counselling and testing*) et leur corollaire, les traitements anti-rétroviraux (ARV), ainsi que sur les clubs de jeunes hors école et les groupes de filles, comme en témoignent les derniers rapports de mission rédigés dans les années 2000.

Ainsi en juin-juillet 2005, **sur la zone de Chiseka** notre action était partagée en deux. D'une part, on animait le centre de jeunes de Mithundu, et d'autre part on suivait des clubs de jeunes. Le centre de Mithundu accueillait environ 2 000 visites par mois, mais touchait assez peu les zones rurales. En 2004, 700 tests ont été réalisés dans ce centre, dont 4,1% de séropositifs, mais 2,9% pour les garçons contre 10,8% chez les filles...

Cette activité s'est beaucoup développée en 2005 avec une tendance de 1 800 tests pour l'année. On remarquait aussi que les jeunes des clubs *in school* et *out of school* allaient davantage se faire tester aux centres de santé qu'au centre de jeunes et qu'il était donc important d'intensifier les liens entre les clubs et les centres de santé. La mise à disposition des traitements anti-rétroviraux (ARV) gratuits initiée par MSF allait complètement changer la donne et rendre la promotion des tests de dépistage encore plus efficace.

En ce qui concerne les clubs de jeunes, on en comptait 28 dont 5 *out of school* en 2004 et on en comptait 43 dont 12 *out of school* en 2005, soit 1 290 jeunes impliqués (dont 700 filles) pour la zone de Chiseka. En 2006, ces chiffres étaient passés à 53 clubs de jeunes dont : 26 *in school* mixtes, 7 *in school* girls, 15 *out of school* mixtes et 5 *out of school* girls. L'activité s'était développée davantage vers les groupes hors école et vers les filles, qui devenaient une priorité absolue. Grâce au programme, la proportion de jeunes filles renvoyées des écoles de cette zone pour cause de grossesse est passée de 9 à 2%.

En ce qui concerne le volet VCT un changement radical avait été réalisé: le centre de jeunes de Mithundu avait été fermé en 2007 et l'équipe redéployée vers l'activité VCT mobile, décentralisée vers des centres de santé et les clubs hors école.



Ce changement de méthode est vraiment important à souligner. Au total, sur 2005, on notait 1 014 tests effectués au centre de santé, et 573 effectués dans les VCT mobiles, mais en 2006 sur 6 mois on avait eu 683 personnes testées au centre de jeunes contre 1 241 dans les VCT mobiles. Globalement, sur cette zone, on est passé de 41,5 femmes par mois ayant accès aux VCT en 2005 à 87 par mois en 2006 et à 145 par mois après octobre 2006.

Ces résultats très positifs nous ont incités à développer davantage encore les sites de VCT mobile, et le travail dans les villages avec les clubs hors école, et surtout ceux de filles. Cela a été d'autant plus important que les tests menés montraient que le taux de séropositivité était beaucoup plus élevé chez les femmes (sur les dix premiers mois de 2006 : 7,8% pour les femmes contre 4,6% pour les hommes).

De leur côté, **les programmes de prévention du sida menés sur les zones de Mulanje** comptaient en 2007 35 clubs qui regroupaient à cette époque 2 840 jeunes. Sur 11 nouveaux clubs 7 étaient des groupes de filles et tous hors école.

On notait déjà un bon début des activités de VCT : avec 1 454 personnes conseillées et testées sur les trois derniers mois (dont 1020 femmes), dont 248 étaient HIV+ (17%) parmi lesquelles 185 femmes (soit 75% des HIV+). Sur les 248 personnes HIV+, 132 personnes avaient été référées et avaient bénéficié d'un traitement ARV. Comme sur les autres zones les femmes qui étaient plus nombreuses à être contaminées HIV+ venaient plus facilement aux VCT mobile qu'aux VCT fixes tenus dans les centres de santé de Lamilenga et Namphungo. Les sites de VCT mobile devaient être multipliés en zone rurale.

Globalement les résultats de ce nouveau programme étaient très positifs, avec en extrapolation sur un an, une tendance de plus de 5 800 personnes testées et conseillées et près de 1 000 HIV+ dont 75% de femmes suivies, et dont plus de la moitié étaient référées pour un traitement ARV.

Ces actions ont été peu à peu transférés aux partenaires locaux (Baseda pour la région centre et Dombolo pour la région sud). Le Malawi est l'un des pays d'Afrique ayant réussi à faire baisser leur taux de séoprévalence. Nous espérons y avoir contribué, du moins sur nos zones d'interventions.

Enfin, il faut encore citer pour mémoire les actions que l'on a menées d'une part à Luanda, capitale de l'Angola, et d'autre part au Chili.



En **Angola**, on est intervenu à la demande d'un responsable de la coopération française pour aider le partenaire local (AALSIDA) qui a repris l'action au bout d'un an et l'a transmise aux autorités locales.

Au **Chili**, on est intervenu dans les milieux des travailleurs sexuels de plusieurs villes avec le partenaire local (CEPAS). Ces actions ont été transmises à l'organisation française Partage qui les finançait avec les autres actions de développement menées à Lotta et Coronel.

En conclusion de ce travail de mémoire relativement détaillé sur les actions de prévention de la diffusion du VIH au Malawi, comme d'ailleurs pour les autres programmes similaires réalisés dans les autres pays, l'évolution des méthodes a consisté à accompagner les progrès du système public (pour ce pays, il s'agissait surtout de la diffusion des VCT et de l'accès aux traitements ARV).

Il faut en outre souligner que l'évolution des méthodes a permis de toucher beaucoup plus de personnes que prévu initialement et cela dans les zones bien plus isolées. (*Voir sur le site du Réseau Pratiques la vidéo faite sur le programme de Mulanje, ainsi que toutes les fiches et outils conçus par les programmes de prévention du sida au Malawi*)⁸.

⁸ Vidéo faite sur le programme de Mulanje <http://www.interaide.org/pratiques/node/390>

Pilot experience note on the door-to-door HIV counselling and testing IA / Baseda 2010

<http://www.interaide.org/pratiques/node/394>

Mulanje HIV/AIDS prevention program - Training Guidelines 2010 <http://www.interaide.org/pratiques/node/393>

Affiche de promotion des tests volontaires de dépistage et conseil - VCT (Voluntary Counselling and Testing) e -

<http://www.interaide.org/pratiques/node/24> et en anglais <http://www.interaide.org/pratiques/node/21> Affiche sur la

transmission du HIV, en chichewa <http://www.interaide.org/pratiques/content/malawi-mulanje-hiviaids-prevention-program-hivaids-transmission-poster-chichewa-inter-aide>

Malawi Mulanje HIV/AIDS prevention program Training Book 2010, <http://www.interaide.org/pratiques/node/20>

Malawi - Mulanje: Staff Training on Performing Small Plays <http://www.interaide.org/pratiques/node/208>

Malawi Aids Prevention Programmes: teachers' guidelines 2005 <http://www.interaide.org/pratiques/node/254>

Zomba School Health Programme 2002 : formations pour les écoliers : hygiène, santé & prévention des MST et du

HIV <http://www.interaide.org/pratiques/node/255>

Fiche sur l'utilisation de la vidéo pour l'éducation à la santé dans les écoles, 2002.

<http://www.interaide.org/pratiques/content/archives-fiche-sur-lutilisation-de-la-video-pour-lanimation-la-sante-et-la-prevention-du>



En conclusion à ce chapitre

En matière de grandes endémies, à part le paludisme (sujet qui a déjà été traité dans le chapitre sur des programmes de santé en milieu rural dans le cadre des activités de lutte contre la mortalité infanto-juvénile), on a surtout travaillé dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et dans celui de la prévention de la diffusion du VIH. La première parce qu'il s'agit d'une maladie liée à des situations de grande pauvreté, et parce qu'elle est très invalidante, ce qui fait que quand elle touche le chef de famille, elle accroît encore la pauvreté de toute la famille. Le second, dans la mesure où le VIH menaçait gravement la plupart des familles bénéficiaires de certains de nos programmes.

En guise de conclusion, on peut dire que pour chacun de ces domaines, les méthodes ont été différentes et ont été adaptées aux contextes locaux, mais pour les deux, l'évolution des méthodes a consisté à accompagner les progrès des systèmes publics.

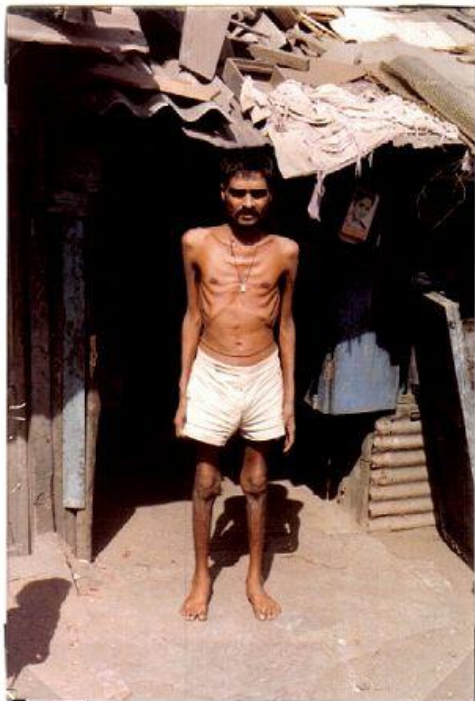
Comme pour les autres programmes, ce pragmatisme est sans doute un gage d'efficacité... c'est du moins la conclusion principale que l'on peut tirer de ces constats.



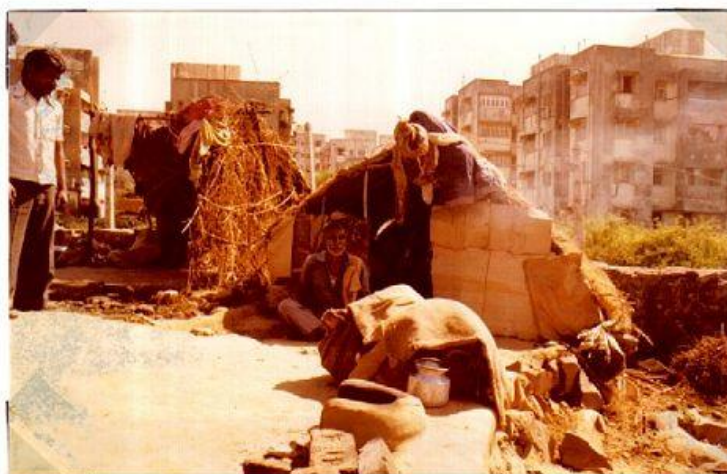
La plupart des photos présentées ici, datent d'avant 2005

Les premières actions de lutte contre la tuberculose à Bombay (Golibar 1987)

La tuberculose touche souvent des familles très démunies et est très présente dans des zones densément peuplées. Elle aggrave nettement leur situation surtout lorsqu'elle touche le chef de famille.



La tuberculose, qui est de loin la plus meurtrière des maladies sur le bidonville, est aussi la plus invalidante avec la lèpre. La plupart des hommes actifs qui l'attrapent sont très vite obligés de cesser leur travail. Et comme ils sont, dans l'état actuel des choses, pas du tout ou incomplètement traités, la perte de leur emploi est le plus souvent définitive.



Leur développement en 2002...

IV- VISITE DES ACTIONS DE CONTROLE DE LA TUBERCULOSE DE «MJK»:

Avril 02



A fin 2001 MJK appuyait 4 Health-Posts couvrant 280 000 habitants : appui aux laboratoires pour réduire les délais de diagnostic et éviter les abandons en phase initiale, accueil des patients au HP, visites de confirmation, suivi et relance des irréguliers.

Depuis janvier, MJK étend son action à 4 autres Health-Posts, portant sa cible à 561 000 habitants, a lancé des campagnes de promotion et une action pour impliquer les médecins privés, et a multiplié les «Dots Providers» (médecins privés, professeurs, ou simples voisins, qui délivrent les médicaments localement).

Ci-dessus, Akbar, le très dynamique responsable de l'action, visite un patient sur Kherwadi (une des nouvelles zones). Ce patient a trois jeunes enfants. L'énorme tuyau d'adduction d'eau de la ville lui sert de toit. Il est en phase de continuation et va prendre ses médicaments chez un enseignant du quartier. Akbar les recompte et lui remet un papier pour aller faire son examen de crachat du 4ème mois



II- VISITE DES PROGRAMMES MENES A MUMBAI, NAVI MUMBAI, ET THANE.

Décembre 2003

1. visite des programmes de contrôle de la tuberculose:



Le contrôle de la tuberculose s'est beaucoup développé depuis trois ans sur Bombay. Il vise essentiellement à augmenter le recrutement de patients (surtout contagieux) et à améliorer leur accueil, leur traitement et leur suivi pour diminuer les taux d'abandons. Le but est de diminuer ainsi les risques de contagion et de faire baisser nettement l'incidence (nombre de nouveaux patients par an pour 1000 habitants, souvent plus de 3% en bidonville !).

Depuis plusieurs années, nous avons appuyé les équipes municipales dans le travail de détection, accueil et suivi des patients, relance des « defaulters » et collecte des données sur plusieurs quartiers de Bombay (Golibar, Malad) et de Navi Mumbai, avec quelques résultats déjà sur le recrutement et la baisse du taux d'abandons (30% en 98-99, 27% en 2000, 17% en 01 sur 5 sites de Navi Mumbai).

La mise en place progressive du DOTS (Direct Observed Treatment Short course) sur tout Bombay par le gouvernement et l'OMS a fait nettement baisser les taux d'abandon dans les centres de santé municipaux (moins de 13% en 2002 à Navi Mumbai, moins de 15% dans la plupart des centres qui appliquaient le protocole DOTS, et <5% dans ceux qui bénéficiaient d'un suivi social des patients (2% pour ceux suivis par MJK !). Cela a créé des conditions idéales pour étendre ces actions.

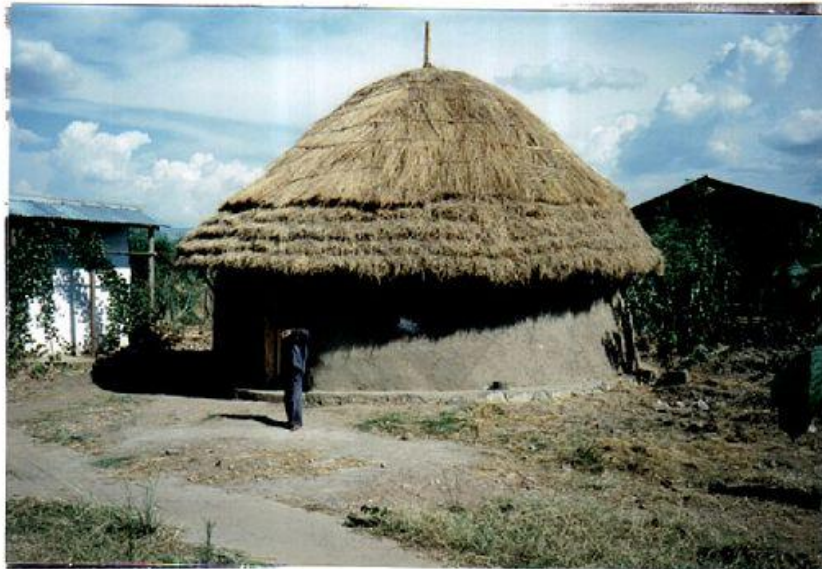
Avec le Dr Dholakia qui a créé UCITC (Universal Care Initiative for Tuberculosis Control) nous avons testé en 2002 une action complémentaire d'implication des médecins privés en appui à deux centres de santé du « ward » K/E (sur Andhéry). Ce test a montré que cette action permettait d'augmenter très sensiblement le recrutement des patients. C'est ce qui a permis les développements illustrés par les cartes ci-dessous.

1

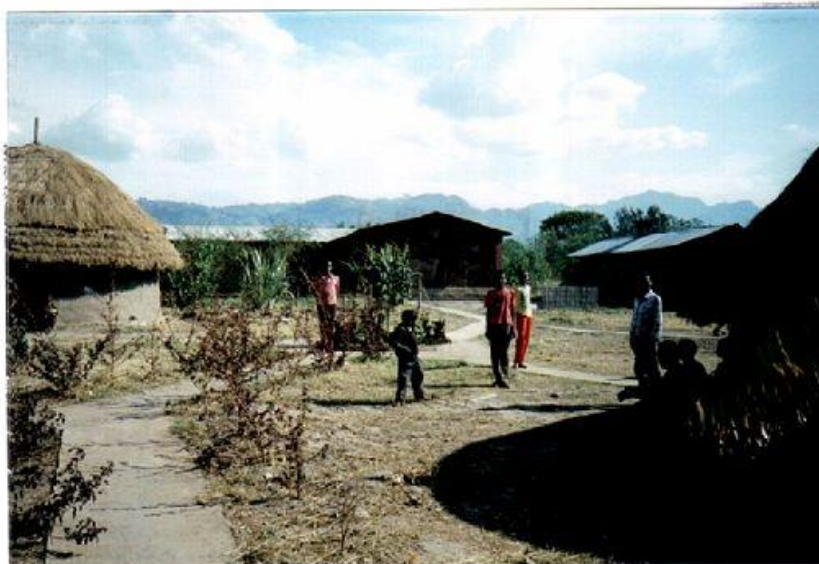


Les premières actions de lutte contre la tuberculose à Bele (Ethiopie), en février 1995

On a très peu de photos récentes sur ces actions menées en Ethiopie, car elles impliquent essentiellement des agents du gouvernement.



Le centre anti tuberculeux s'est étendu avec la construction de plusieurs "toucouls" qui permettent au patients de vivre un peu comme au village dès les premières semaines d'hospitalisation passées



2





Dans chaque zone, on trouve toujours plusieurs personnes qui ont été sauvés de la tuberculose ou de la malnutrition par le programme.



Ayéélé, l'infirmier du programme qui examine un jeune cas de Tuberculose ganglionnaire.



Pour une raison facilement compréhensible, il y a très peu de photos des principaux acteurs des programmes de prévention de la diffusion du VIH.

Cap Haïtien Gonaïves, mars 1990



Les réunions faites au centre médico social de Gonaïves;

Le panneau du stade de football à Gonaïves.



Prévention de la diffusion du VIH en Inde



Théâtre de rue. Kashiwadi, décembre 1994
Troupe : CHV's de Tadiwala Road.



Dr. Awiwash Dalal
2 sahelies du programme : Monica et Laheshmi (anciennes sahelies)
Rose
1994



Prévention de la diffusion du VIH au Malawi

Zomba Santé Ecoles, février 2001



Les représentations portent, sur les risques de transmission sexuelle, aggravés par les habitudes sociales qui font que les jeunes filles ont beaucoup de difficultés à résister aux pressions des garçons qui cherchent à leur imposer des relations sexuelles.



Les représentations abordent les questions de diffusion (et de prévention) du Sida à travers des scènes de la vie courante extrêmement parlante pour le public.

