PROJET
« ULCERE DE BURULI »

Rapport de mission d'étude au Ghana

Lomé, le 22 juin 2007

Denis Gadah, CP UB

Remerciements

Au terme de cette mission, nous tenons à remercier tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à sa réalisation.

Nos remerciements vont particulièrement :

- Au Directeur de Programme Handicap International pour toutes les facilités qu'il nous a procurées
-
- Au chef de programme de lutte contre l'UB, OMS Genève pour avoir bien voulu nous faciliter l'organisation de la mission

- A la Coordination du PNLUB Ghana, et son équipe pour leur accueil, leur disponibilité et leur appui à l'organisation pratique de nos visites terrain

- Aux chauffeurs de Handicap International et du PNLUB Ghana pour leur patience et leur coopération out au long de notre mission.

Introduction

Le Ghana est un pays voisin du Togo qui dispose des acquis majeurs dans la lutte contre l'Ulcère de Buruli. Une telle expérience peut servir à relancer le programme Buruli du Togo. C'est dans ce cadre que Handicap International en collaboration avec le PNLUB a organisé une visite d'échange au PNLUB du Ghana du 17 au 22 juin 2007. Le but principal de cette mission est de s'inspirer des expériences de lutte du PNLUB Ghana en vue de doter le programme du Togo de son plan stratégique national de lutte contre l'UB. En effet, cette visite marque le début d'une série d'activités que Handicap International a planifié pour renforcer le PNLUB.
Le présent rapport est préparé pour faire un compte rendu synthétique des résultats de la mission.

1. Objectif de la mission

L'objectif principal de la mission est d'échanger sur la thématique de l'UB et s'inspirer des expériences des acteurs ghanéens en matière de lutte contre la maladie.

2. Résultats escomptés

Les résultats de cette étude :

- Rapprochement des deux PNLUB est fait,
- Le PNLUB Togo est informé du jeu d'acteurs et de l'organisation sanitaire de la lutte contre l'Ulcère de Buruli au Ghana,
- Le PNLUB a visité les centres de santé de référence (prise en charge de la maladie)

3. Organisation de la mission

3.1. Préparation

Deux moments forts peuvent être considérés dans cette section, les contacts préliminaires, et la préparation technique de la mission.

Les contacts ont été faits sous forme d'échanges téléphoniques et de courrier électronique entre le Chef de Projet UB HI, et le Coordonnateur du PNLUB-Ghana à Accra, Dr Ampedou Edwin, d'une part, et d'autre part avec le Directeur du Global Buruli Ulcer Initiative, Dr Kingsley Assiedu, OMS Genève.

La préparation technique de la mission s'est faite à Accra. Les responsables du PNLUB Ghana avaient réuni pour étude à l'intention de l'équipe du Togo, toute la documentation se rapportant à la thématique d'UB. Une première séance de travail avait été faite avec le Coordonnateur du PNLUB-Ghana. Cet entretien a essentiellement porté sur l'organisation du programme, ses partenaires, la politique et la stratégie de la lutte contre l'UB, les cahiers de charges du coordonnateur du programme et les différents centres de prise en charge d'UB du pays. Après cette entrevue, le calendrier de la mission a été passé en revue, harmonisé et adopté.

3.2. Itinéraire

Le déplacement entre Lomé et Accra s'est fait par la route. L'équipe de la mission s'est installé dans la ville d'Accra du 17 au 19 juin.

4. Données générales

4.1 Historique du PNLUB Ghana

Les infections cutanées à *Mycobacterium ulcerans* communément appelées ulcère de Buruli constituent la mycobactériose la plus fréquente chez l'homme non immuno-déprimé. Cette maladie sévit dans la zone intertropicale dans 27 pays reparti sur quatre continents Amérique, Afrique, Asie, Océanie. On dénombre aujourd'hui plus de 20.000 cas dans la seule région Ouest africaine. En 1993, au Ghana, un journaliste a fait un reportage sur les conséquences de la maladie montrant les déformations physique de toute sorte, les plaies. Cette publication était à la « une » des journaux ghanéens réveillant la conscience des autorités politiques, religieuses, traditionnelles, les membres du corps diplomatiques accrédités dans le pays. C'est ainsi qu'une réunion de grande envergure a été convoquée par la présidence demandant au ministre tutelle de la santé et son équipe de s'expliquer. A l'issue de cette réunion, des mesures ont été prises pour que les cas d'UB soient immédiatement pris en charge et qu'une enquête épidémiologique soit menée pour apprécier l'ampleur de la pathologie. Cette émergence a mobilisé la communauté internationale qui s'est réunie à Yamoussoukro en juillet 1998 sous la coprésidence des Chefs d'Etat du Bénin, du Ghana et de la Côte d'Ivoire. A l'issue de cette conférence, une déclaration de politique générale a été cosignée par les Présidents. La déclaration stipule la prise en charge gratuite de tous les patients souffrant des affections de l'UB. Chaque pays devrait dès lors élaborer sa politique de prise en charge de cette affection. C'est dans ce contexte que le Ghana a conçu sa politique de lutte contre cette endémie d'ulcère de Buruli. En outre, l'OMS a mis la pression sur le gouvernement du Ghana pour la mise en place d'un programme national de lutte contre l'UB en 2002.

4. 2 Système de Santé du Ghana :

Le système de santé est de type pyramidal. Il comprend trois niveaux :

Au niveau national, l'institution est représentée par le Ministère de la Santé avec ses directions centrales et techniques et la structure représentée par Ghana Health Services (GHS).

Le Ghana est divisé en 10 régions sanitaires avec 110 districts sanitaires. Au niveau régional, la Direction Régionale de la Santé assure la gestion de la santé. Chaque région dispose d'un hôpital régional qui sert de référence pour les districts qu'elle draine.

Au niveau intermédiaire, l'institution qui dirige les activités de santé publique est la direction du district sanitaire avec un hôpital de l'Etat ou confessionnel qui sert de hôpital de district.

Au niveau périphérique, les activités de santé publique sont dirigées par les centres de santé avec un ou deux infirmiers de poste. Il y a lieu de relever que la décentralisation est effective au Ghana en termes de gestion de la santé publique.

4. 3 Connaissances sur l'ulcère de Buruli

Les enfants de 5 à 15 ans constituent la tranche d'âge la plus touchée par la maladie au Ghana sans distinction entre les sexes.

Au Ghana, six régions sur les dix sont déclarées endémiques. Le Ghana a commencé par recenser des cas d'UB depuis 1995. Le Ghana a recensé 1999 1034 cas, en 2005, 1202 cas, en 2006, 1186 cas. L'ignorance parmi le grand public et même au sein des professionnels de la santé a été un facteur qui a longtemps rendu difficile la détection et la prise en charge précoce des cas d'UB. Cependant avec la formation de tous les acteurs sur la thématique et la détection précoce des cas, l'ampleur du problème posé par l'ulcère de Buruli semble être cernée.

5. Données spécifiques

5.1 Stratégies prioritaires

Les stratégies de lutte adoptées par la PNLUB du Ghana s'articulent autour des cinq axes prioritaires assortis des 8 points de stratégies définies par l'OMS.

- Détection précoce des cas ;
- Prise en charge des cas (curative, préventive, promotionnelle, réadaptation);
- Suivi et évaluation ;
- Formation du personnel ;
- Plaidoyer et mobilisation des ressources ;
- Recherche opérationnelle ;
- L'I.E.C.

5.2 Indicateurs de suivi des activités du PNLUB

Les indicateurs que le PNLUB utilise pour suivre ses activités sont :

- Taux de guérison
- Nombre de malades dépisté au stade nodules
- Nombre de malades guéris sans séquelles

5.3 Partenariat et financement :

Le PNLUB du Ghana bénéfice en grande partie de l'appui financier et technique du gouvernement Ghanéen (le grand bailleur) à travers le Ministère de la Santé et des partenaires internationaux notamment, American Leprosy Association, l'ONG espagnole ANESVAD (équipement de bloc pour 13 districts endémiques), World Vision Ghana (appui en sensibilisation pour la détection précoce des cas et prise en charge), OMS (appui technique et en ressources pour les formations et approvisionnement en antibiotiques), DFID, International Leprosy Foundation, Matuaka Family Japan, Sasakawa Memorial Health Foundation, Japan, Rotary Clubs

5.4 Campagnes de sensibilisation

Les compagnes de sensibilisation sont organisées pour le grand public par le PNLUB à travers les chaines de télévisions. Des séries de documentaires sont montés à cet effet. Toutefois, les sensibilisations ciblées sont souvent organisées au niveau des communautés par les agents de la santé et les organisations à base communautaire. En dehors de ces séances, des émissions radiophoniques sont réalisées sur les FM locales. Ces séances de sensibilisation sont toujours couplées des séances de dépistage. Ainsi les stratégies opérationnelles définies en périphérie consistent essentiellement :

- Sensibilisation à travers la formation des agents de santé, les relais communautaires et les enseignants
- Dépistage précoce des cas ;
- Notification des cas
- Prise en charge et ou référence

5.5 La formation des agents socio sanitaires, des enseignants et volontaires villageois

Les agents communautaires, enseignants et le personnel de la santé sont formés de façon ciblée sur la thématique de l'UB et l'utilisation de support de collecte de données (BU02) dans les zones endémiques. Ces agents formés favorisent la détection rapide des cas et la référence aux structures appropriées pour une prise en charge précoce. Pour ce qui est de la formation des agents de la santé, un accent particulier est mis sur la notification des cas et les prélèvements systématiques pour confirmation des cas.

5.6 La confirmation biologique des cas diagnostiqués

Au Ghana, deux instituts de recherches s'occupent de la confirmation des cas pour le PNLUB. Il s'agit de Nogochi Memorial Institute qui fait la confirmation de tous les cas identifiés au Sud du Ghana tandis que KCCR prend en charge ceux en provenance du Nord du pays. Ces deux instituts de recherches disposent d'équipement conventionnel pour la culture, le PCR et l'histopathologie. En dehors de la confirmation biologique, Nogochi Memorial Institute a en cours une recherche sur l'efficacité des antibiotiques (streptomycine, rifampicine), le mode de transmission de l'agent pathogène d'UB. Une autre recherche est en cours pour bien comprendre la pathologie de la maladie.

5.7 La chirurgie

Toutes les opérations chirurgicales se font dans un bloc opératoire et respectent les normes médicales. Le PNUB travaille en étroite collaboration avec le département de la chirurgie plastique de l'hôpital de référence nationale de Korlebu pour la reconstruction des lésions et la prévention des handicaps. Les cas qui nécessitent la chirurgie en périphérie sont organisés et un chirurgien de Korlebu s'occupe des opérations sur place. Toutefois, les infirmiers panseurs sont formés sur la gestion des plaies, le pansement pour la prise en charge en périphérie.

5.8 L'antibiothérapie à la streptomycine et rifampicine

Le PNLUB à démarrer depuis 2004 la prise en charge médicale des patients sur la base du protocole proposé par l'OMS. Ce traitement est entièrement gratuit pour tous les patients. Cependant, il semble

que l'administration de ces médicaments a des effets néfastes sur la santé des patients qui ne souffrant pas d'affections liées à l'UB. C'est pour cela que le PNLUB, insiste sur un prélèvement systématique aux patients sous traitement anti biothérapique afin de poser un diagnostic clair et être sûr que le patient sous traitement souffre de l'ulcère de Buruli.

5.9 Prises en charge psychosociale

Le PNLUB à travers les centres de santé offre à tous les patients hospitalisés, au moins une fois par jour une bouillie enrichie. Pour la mise à niveau des enfants en hospitalisation, des institutrices sont dépêchées à temps plein dans certaines structures sanitaires des zones endémiques. C'est le cas du centre de santé d'Amansama et l'hôpital d'Agogo que nous eu la chance de visiter. Il existe également un espace socioculturel entièrement équipé de jouets et autre gadgets pour l'épanouissement des enfants.

5.10 Séance de réadaptation

Il existe une salle de physiothérapie dans l'hôpital d'Agogo qui reçoit régulièrement des volontaires des pays comme le Canada, les Etats-Unis et l'Angleterre. Ces volontaires aident l'hôpital avec des services de rééducation fonctionnelle. Le service de kinésithérapie est associé à toutes les étapes de la prise en charge des cas d'UB. Ce qui permet de prévenir au maximum les séquelles qui subsistent après traitement ou chirurgie.

6. Leçons apprises

- L'existence de deux grands instituts de recherches respectivement à Accra et Kumasi disposant d'équipement ultra moderne pour la confirmation des cas UB (cultures, PCR, histopathologie)
- L'existence de deux centres hospitaliers universitaires à Accra et Kumasi servant d'hôpitaux nationaux de référence avec des structures de chirurgie plastique très performantes
- Existence de politique de prise en charge gratuite des cas d'UB
- Les sensibilisations de masse et de proximité par les agents de santé, les enseignants et les relais communautaires formés ont favorisé le dépistage précoce et l'augmentation de nombre de cas dépistés.
- Le respect du protocole de prise en charge par l'antibiothérapie a donné des résultats très encourageants, (cicatrisation de certains ulcères sans passer par la chirurgie)
- L'association de la kiné à tous les niveaux de la PEC a permis de prévenir les séquelles après le traitement
- Existence d'une salle de physiothérapie précoce
- Existence d'espace socio éducatif pour la mise à niveau des élèves en hospitalisation,
- Prélèvements systématiques chez tous les malades sous traitement antibiotique pour confirmation
- Equipement des structures des zones endémiques pour la prise des cas d'UB. Ce qui limite l'occupation des lits d'hospitalisation des hôpitaux
- Disponibilité des outils de collecte de données à tous les niveaux
- Existence d'un plan de suivi et de supervision à tous les niveaux permettant de ne pas perdre de vue les patients

- Existence de documents : Politique et Stratégie de lutte contre l'UB ; Plan d'action ; Plan stratégique ;
- Existence de partenariat entre le PNLUB et les organisations non gouvernementales
- Existence d'une politique de décentralisation effective de la santé
- Implication effective des structures privées et confessionnelles de soins dans la lutte contre l'ulcère de Buruli
- Implication financière de l'Etat Ghana par son Ministère de la Santé à travers le Ghana Health Services

Recommandations

A l'issue de la séance de restitution qui avait eu lieu à la coordination du PNLUB à Accra en présence du Chef du programme et son Assistant Technique, le coordonnateur a fait des recommandations pratiques pour la relance du programme du Togo.

1) La nécessité d'avoir d'identifier une structure dans une zone endémique et d'organiser la prise en charge.
2) L'organisation en tout et avant tout de la prise en charge (mettre en place les structures de prise en charge fonctionnelles) avant toute activité de sensibilisation
3) La nécessité de former des relais communautaires, des enseignants et des agents de la santé pour mener à bien les activités de sensibilisation suivie de dépistage à la base.
4) La nécessité d'avoir des moyens pour assurer le déplacement des malades de chez eux au centre de prise en charge
5) Nécessité d'organiser en décentralisé la prise en charge des malades afin d'écourter leur temps d'hospitalisation des patients
6) Nécessité d'associer un kinésithérapeute à toutes les étapes de prise en charge des patients afin d'éviter les séquelles après traitement
7) Urgence de monter un plaidoyer auprès de l'Etat togolais pour une plus grande implication.
8) L'importance d'avoir des systèmes d'analyse en laboratoire (compétence et produits)

Au terme de notre mission, nous avons identifié des axes de collaboration entre le PNLUB du Togo et celui du Ghana. Il s'agit principalement de la confirmation des cas d'UB. Au lieu d'envoyer les prélèvements en Europe pour confirmation, il serait opportun de les envoyer à l'Institut de Recherche de Nogochi à Accra. Les détails de cette collaboration feraient l'objet d'un échange entre le PNLUB du Togo et celui du Ghana qui a promis de servir de tampon dans les négociations avec l'institut.

En outre, il est envisagé que le PLNUB du Togo envoie des chirurgiens ou étudiants en médecine en fin de formation au département de chirurgie de l'hôpital de référence du Ghana pour apprendre les techniques de prise en charge des cas d'UB en chirurgie. Il est aussi possible que les chirurgiens ghanéens soient mobilisés pour former les togolais sur place. L'analyse coût efficience devra être faite en vue d'arrêter la stratégie la mieux indiquée.

Avec l'ouverture prochaine, du bureau Handicap International au Ghana serait l'occasion de collaborer avec le PNLUB du Ghana pour la prise en charge et la réhabilitation des handicapés de l'UB. Le détail de ce partenariat pourra être défini et arrêté de commun accord par le PNLUB du Ghana et Handicap International.

7. Calendrier de la mission :

VISITE D'ETUDE AU PNLUB DU GHANA

DATE: 17 - 22 juin 2007

Date	Heure	Activités	Stratégies / But	Lieu
Dim. 17 juin	4pm	Arrivée à Accra	Accommodation	Nigara Hotel
Lun. 18 juin	9am	Réunion avec L'Unité de Control des Maladies et Coordonnateur de PNLUB	Point sur le programme national, activités, appui des ONGs dans la lutte contre l'UB	DCU, Korle Bu
	11am	Visite guidée au Département de la chirurgie plastique	Organisation de l'appui des spécialistes aux centres des zones endémiques	RPSBU Korle Bu
	2pm	Visite guidée à Noguchi Memorial Institute (réunion avec Dr. Yeboah-Manu, Dr. Dan Boakye, Dr. Phyllis Addo)	Laboratoire, confirmation des cas; recherches en cours	Noguchi Institute
Mar. 19 juin	9am	Visite au District Sanitaire de Ga West et au Centre de santé d'Amasaman	Organisation of control activités au niveau du district et la périphérie	Amasaman, Ga West
	11pm	Réunion avec World Vision Ghana, Amasaman	NGO support to BU activités, dans le district de Ga West	Amasaman, Ga West
	2pm	Départ pour Agogo	Départ pour Agogo	Hôpital d'Agogo
Mer. 20 juin	9-12am	Visite guidée de l'hôpital d'Agogo	Control de l'UB intégré dans le PA de l'hôpital de district avec la physiothérapie, renforcement institutionnel, développement de capacité, appui des ONG	Hôpital d'Agogo
	2-4pm	Départ pour Kumasi (Visite guidée KCCR)	Laboratoire, confirmation des cas; recherches en cours (Avec Prof O. Adjei)	KCCR (Kumasi)
Jeu. 21 juin	10am	Kumasi	Visite guidée à la DRS –étudier le système de santé au niveau régional. Participer à la réunion du lancement d'un projet d'ANESVAD sur la détection précoce dans le district d'Amansie West	DRS, Kumasi
	2pm	Départ pour Atwima	Renforcement du système de la santé pour la prise en charge de l'UB	Nkawie (Kumasi)
Vend. 22 juin	9am	Retour à Accra.	Les impressions générales, les perspectives et les recommandations	
	12pm	Débriefing avec le coordonnateur du PNLUB		

Composition de l'équipe de la mission:

- M. Denis Gadah, CP UB, Handicap International;
- M. Marius Dotto, Chauffeur, Handicap International
- Dr. Komi Amekusse, Conseiller Technique DAHW,
- Dr. Kossi Attisso, Coordonnateur du PNLUB-Togo