

Compte rendu résumé

Vingtième bilan annuel du Programme Trachome

Assister à la disparition du trachome :
magie de la passion, des partenariats et
des possibilités

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

18-20 mars 2019

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Assister à la disparition du trachome : magie de la passion, des partenariats et des possibilités”

Vingtième bilan annuel

du Programme de lutte contre le Trachome



**Le Centre Carter
Atlanta, Géorgie**

Remerciements

Les responsables du Programme de Lutte contre le Trachome souhaitent remercier les nombreux partenaires et donateurs qui ont rendu possibles les activités de 2018 dont il est question dans ce document :

Abbott	La London School of Hygiene et Tropical Medicine
Al Ansari Exchange, LLC	La Fondation Manaaki
Alwaleed Philanthropies	La Fondation Noor de Dubaï
M. et Mme Lawrence J. Brown	Le Fond de l'OPEC pour le Développement International
La Fondation Margaret A. Cargill	Pfizer Inc
La Fondation Thalia et Michael C. Carlos, Inc.	La Fondation Francis I. Proctor de l'université de Californie à San Francisco
La Fondation William H. Donner, Inc.	Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust
M. et Mme Stanley F. Drezek, Jr.	Sightsavers
L'END Fund	SoapBox Soaps
L'Initiative internationale contre le trachome	La Fondation Family Stanard
La Fondation Conrad N. Hilton	Le Gouvernement de la République du Soudan
La Fondation John C. & Karyl Kay Hughes	Le Groupe de travail pour la Santé dans le Monde/ COR-MTN
La Fondation Lions Clubs International	Le Département britannique pour le Développement International
Les Lions Clubs d'Éthiopie et le Dr. Tebebe Y. Berhan	La Fondation Walton pour la famille, Inc.
Le Lions Clubs du Mali	
Le Lions Clubs du Niger	
Le Lions Clubs de l'Ouganda	

Et aux nombreuses autres personnes qui ne peuvent pas toutes être citées, notre sincère gratitude.

Table des matières

Acronymes	1
Résumé	3
Résumés sur le Programme de Lutte contre le Trachome par pays	
CHANCE en Éthiopie	5
CHANCE en Amhara, Éthiopie	13
CHANCE au Mali	22
CHANCE au Niger	30
CHANCE au Soudan du Sud	39
CHANCE au Soudan	49
CHANCE en Ouganda	59
Tableaux récapitulatifs et chiffres	
Tableau 1 : Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays assistés par Le Centre Carter)	67
Tableau 2 : Objectifs annuels du Programme National de Lutte contre le Trachome 2019 (pays assistés par Le Centre Carter)	68
Tableau 3 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (réalisations ayant bénéficié du concours du Centre Carter)	69
Tableau 4 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (1999-2018)	70
Figure 1 : Personnes opérées du trichiasis, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	71
Figure 2 : Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	72
Figure 3 : Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	73
Figure 4 : Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	74
Sessions particulières	
Discours liminaire : Dr Julius Schachter	75
Le trichiasis avec et sans cicatrice conjonctivale tarsienne : étude observationnelle multicentrique sur le fardeau, le phénotype et la morbidité	77
Étude exploratoire sur la conscience qu'ont les chirurgiens de leurs compétences pendant une formation	79
Issue clinique à long terme des deux procédures chirurgicales les plus couramment utilisées pour traiter le trichiasis trachomateux (TT) : la RLPT comparée à la RBLT	82
Étude de cohorte de cils après épilation chez des cas de trichiasis non opérés et postopératoires en Éthiopie : fardeau des cils, phénotype et acceptation de l'intervention	85
La photo 3D comme outil de gradation sur le terrain pour le trichiasis trachomateux : étude d'évaluation en	88
L'ESPEN et le statut du trachome dans la Région Afrique	90
Les effets non cibles de la distribution massive d'azithromycine pour le trachome	93
Sérologie : un usage sous surveillance	96
Actualités de la CILCT et planification de la transition	98
Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'assainissement et la santé	103
Mener ensemble des actions WASH et des actions sanitaires : guide sur la méthode pour les programmes	108
Évaluation de l'assimilation des interventions WASH dans l'essai WUHA	111
Résultats de l'étude WASH en Ouganda	113
Documents annexés	
Annexe I : Recommandations suite au bilan du programme 2019	117
Annexe II : Le trachome : la maladie	121
Annexe III : Ordre du jour du bilan du programme	123
Annexe IV : Liste des participants	126

Acronymes

2D	Bidimensionnel
3D	Tridimensionnel
ALT	L'azithromycine dans la lutte contre le trachome
ARBH/BRSA	Bureau régional de la Santé d'Amhara (Amhara Regional Health Bureau)
ATDC	Assainissement total sous la direction de la communauté
ACP	Anomalie du contour de la paupière
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire (Health Extension Worker)
APS	Agent de promotion de l'hygiène
AFRO OMS	Bureau régional de l'OMS en Afrique
CILCT (ICTC)	Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome (International Coalition for Trachoma Control)
CHANCE (SAFE)	CHirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changements Environnementaux
CCT	Cicatrice conjonctive tarsienne
CT	Cicatrice trachomateuse
CSU	Couverture santé universelle
DFID	Département britannique pour le Développement International
DP	Déplacés internes
DMM	Distribution massive de médicaments
ESPEN	Expanded Special Project for the Elimination of Neglected Tropical Diseases (Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées)
EIG	Évaluation intergrade
ETAC	Élimination du trachome par des antibiotiques ciblés
GSS	Gouttes de sang séché
GET2020 Alliance	Alliance pour l'élimination mondiale du trachome à l'horizon 2020
GTNT	Groupe de travail national sur le trachome
GT	[Outil de] gradation du trachome
HKI	Helen Keller International
IC	Intervalle de confiance
IEC	Information, éducation et communication
ISOI	Intervenant sanitaire ophtalmologique intégré
IIT (ITI)	Initiative internationale contre le trachome (International Trachoma Initiative)
KITFO	Kebele Intervention of Trachoma for Ocular Health (Intervention de Kebele pour la santé oculaire dans le cadre du trachome)
MFdS	Ministère fédéral de la Santé
MdS	Ministère de la Santé
MORDOR	Macrolides oraux pour réduire les décès avec un œil sur la résistance
MTN	Maladie tropicale négligée
NNN	Neglected Tropical Diseases NGDO Network (Réseau de la NGDO sur les maladies tropicales négligées)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCGT	Projet de cartographie globale du trachome
PNPC	Programme National pour la prévention de la cécité
PC-MTN	Maladies tropicales négligées traitées par chimiothérapie préventive
PNLC	Programme National de Lutte contre la cécité
PNSO	Programme National de Soins oculaires
PSO (POS)	Poudre pour suspension orale
PSEST	Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome
PAT	Plan d'action sur le trachome

POT	Pommade oculaire à la tétracycline
QSP	Questionnaire de santé auprès des patients
RBLT	Rotation billamellaire du tarse
RCA	République Centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RIT	Rapport incidence-taux
RLPT	Rotation lamellaire postérieure du tarse
RAFET	Reseau africain francophone des experts du trachome
SHIP (IHPS)	Sténose hypertrophique infantile du
SWIFT	Sanitation, Water et Instruction in Face-Washing for Trachoma (Assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome)
TAAN	Tests d'amplification de l'acide nucléique
TTP	Trichiasis trachomateux postopératoire
TF	Inflammation trachomateuse folliculaire
TT	Trichiasis trachomateux
TTNO	Trichiasis trachomateux non opéré
UE	Unité d'évaluation
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) autrefois United Nations Children's Education Fund, Fonds des Nations Unies pour l'Éducation des enfants)
VAN	Valeur négative prédictive
VPP	Valeur prédictive positive
VRQoL	Vision-related Quality of Life (qualité de vie liée à l'état de la vision)
WASH	Water, Sanitation, et Hygiene (Eau, assainissement et hygiène)
WUHA	WASH Upgrades for Health in Amhara (améliorations sanitaires WASH à Amhara)

Résumé

Le vingtième bilan annuel du Programme Trachome s'est déroulé au Centre Carter du 18 au 20 mars 2019. Le thème de cette année était : « Voir le trachome disparaître : magie de la passion, des partenariats et des possibilités ». Cette année, étaient présents les représentants des Ministères de la Santé et des bureaux opérationnels du Centre Carter des six pays auxquels le Centre apporte actuellement son assistance : l'Éthiopie, le Mali, le Niger, le Soudan du Sud, le Soudan et l'Ouganda. Les partenaires et donateurs présent comprenaient des représentants d'Abbott, de CBM International, de l'université d'Emory, de l'END Fund, de FHI360, de la Fondation Bill & Melinda Gates, d'Helen Keller International, de la fondation Conrad N. Hilton, de la Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome, de l'Initiative internationale sur le Trachome, de l'université Johns Hopkins, de la Fondation des Lions Clubs International et les Lions Clubs d'Éthiopie, du Mali, du Niger et de l'Ouganda, de la London School of Hygiene et Tropical Medicine, de LUI Che Woo Prize Limited, de la Fondation Manaaki, la Fondation Noor de Dubaï, de Pfizer Inc, la Fondation Proctor de l'université de Californie à San Francisco, la Rollins School of Public Health de l'université d'Emory, RTI International, Sightsavers, le Task Force for Global Health, le Fonds pour l'Enfance des Nations Unies, l'université de Californie à San Francisco, l'université de Caroline du Nord-Chapel Hill, de l'Agence américaine de Développement International, les Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention, de la Fondation Waypoint, et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Comme avec les précédents bilans du programme, le bilan de 2019 a été l'occasion de faire le point pour déterminer où en est chaque Programme National et de parler des progrès accomplis pour atteindre les objectifs d'élimination du trachome. En 2018, Le Centre Carter a continué à apporter son appui aux interventions de la stratégie CHANCE. Au total, 39 156 interventions chirurgicales contre le trichiasis ont été menées, environ 14 millions de doses d'antibiotiques ont été distribuées et les interventions de N et E se sont poursuivies dans les communautés et les établissements scolaires dans tous les pays bénéficiant de l'aide du Centre Carter. Dans la région éthiopienne d'Amhara, 54 districts se sont qualifiés pour être déclarés indemnes de la maladie grâce à la distribution massive de médicaments. Cela signifie que 5,4 millions de personnes n'ont plus besoin de traitement antibiotique annuel contre le trachome. Au Soudan du Sud, les services chirurgicaux ont redémarré en juillet 2018 après plusieurs années dues à l'insécurité. Le programme a mis en œuvre une nouvelle façon de prendre les patients en charge, en leur permettant de passer la nuit pour s'assurer qu'ils recevaient des soins postopératoires et aient l'impression que l'on s'occupait d'eux. Au Mali, le programme en est aux stades ultimes de l'élimination du trachome comme problème de santé publique et prévoit de déposer le dossier auprès de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en décembre 2019. Le dossier est obligatoire pour qu'un pays obtienne la validation et soit déclaré comme ayant éliminé le trachome comme problème de santé publique.

Pour la première fois dans l'histoire des bilans du programme, un conférencier a ouvert la réunion. Le Dr Julius Schachter, professeur émérite de l'université de Californie à San Francisco et chercheur éminent dans le domaine du trachome, a retracé l'histoire de la recherche sur le trachome et expliqué comment ses travaux l'avaient conduit à la découverte de ce que l'on appelle couramment aujourd'hui la « distribution massive de médicaments » avec de l'azithromycine.

Les travaux accomplis dans le domaine de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH, pour « Water, Sanitation et Hygiène) ont reçu énormément d'attention. En Amhara, Le Centre Carter et la Fondation Francis I. Proctor collaborent à une étude, connue sous le nom de SWIFT, pour produire plus de données sur l'efficacité des interventions WASH dans la lutte contre le trachome. Mlle Angelia Sanders et Mlle Yael Velleman ont présenté la nouvelle boîte à outils WASH de l'OMS et les maladies tropicales négligées, qui servira de guide aux programmes sur les MTN pour intégrer les activités WASH dans des activités existantes.

Dans sa conclusion, Mlle Kelly Callahan a cité le poète WB Yeats : « *Le monde est rempli de choses magiques, qui attendent patiemment que nos sens s'affinent.* » Le programme mondial sur le trachome est en train de s'affiner, et nous en voyons la magie. Au cours de ces 21 dernières années, Le Centre Carter et ses partenaires ont assisté à des réussites incroyables et appris et partagé tant de choses. La dernière ligne droite avant l'arrivée va nous mettre face à des défis plus grands, qui vont nécessiter encore plus d'attention, une passion et des partenariats plus intenses, et les programmes vont révéler leur magie grâce à de meilleures interventions, de meilleurs estimations et des buts plus nets au fur et à mesure que le trachome disparaît de la surface du globe.

CHANCE en Éthiopie

Présenté par M. Nebiyu Negussu, chef d'équipe MTN, Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie

Rappel du contexte

L'enquête nationale sur la cécité, la vision réduite et le trachome conduite en 2006 a révélé que 2,8 millions de personnes en Éthiopie ont la vue basse et 1,2 millions sont aveugles. D'après une estimation, 87 % des cécités sont dues à des maladies évitables. L'enquête a révélé que le trachome actif était endémique dans presque toutes les régions du pays et que 1,3 millions de personnes dans le pays souffraient de trichiasis trachomateux (TT). Les résultats de l'enquête ont montré que 30 % des cas de trachome de l'Afrique sub-saharienne se trouvent en Éthiopie.

De 2010 à 2014, le Programme National a collaboré avec des partenaires pour dresser la carte de tous les districts d'Éthiopie dans le cadre du Projet de cartographie globale du trachome (PCGT). Les données recueillies à travers ce projet ont montré que 70 % du fardeau mondial du trachome se trouvait en Éthiopie. Les résultats du PCGT ont aidé à mener la lutte contre le trachome pour parvenir à l'élimination des maladies tropicales négligées (MTN).

Le problème des MTN en Éthiopie a suscité une réelle dynamique. En 2013, un plan directeur national pour les MTN a été lancé, pour lequel les états régionaux préparent leur propre plan directeur. Une équipe dédiée aux MTN a été formée au sein du Ministère fédéral de la Santé (MFdS) et des indicateurs de MTN ont été intégrés au système national de gestion des informations de santé. En 2016, un deuxième plan sur les MTN a été publié par le MFdS.

L'initiative Fast Track, lancée en 2015, avait pour but de rattraper en 18 mois le retard pris dans les interventions chirurgicales du trachome en Éthiopie. Elle a eu pour résultat des progrès significatifs puisque, grâce aux 400 000 interventions chirurgicales menées de 2016 à 2018, l'initiative en est venue à bout. Le Programme National continue à étendre la stratégie CHANCE à tous les districts du pays nécessitant des interventions et à œuvrer pour que cette intensification des efforts se maintienne afin d'éliminer le trachome comme problème de santé publique d'ici à 2020.

Chronologie

2001 : Élaboration d'une directive nationale pour les soins oculaires primaires¹

2003 : Programme de Lutte contre le Trachome lancé dans 4 districts d'Amhara

2006 : Rédaction de directives nationales pour la distribution massive d'antibiotiques ; mise en place d'un groupe de travail national pour la lutte contre le trachome

2006-2007 : Enquête de référence dans la région d'Amhara au niveau des zones

2008 : lancement de la campagne contre le trachome (anciennement MalTra) lancée dans la région d'Amhara²

2012 : préparation du Plan d'action national pour le trachome (PAT)

2010-2014 : PCGT réalisé dans 672 districts

2013 : La lutte contre le trachome vient s'inscrire dans le Programme National pour les MTN sous la direction du contrôle et de la prévention des maladies

¹Document sur 5 ans, actuellement au troisième cycle.

² La semaine MalTra (pour « Malaria et Trachoma ») était une campagne de sensibilisation semestrielle comportant une distribution massive d'azithromycine pour prévenir et traiter le trachome. En outre, les bénéficiaires ont reçu une éducation sanitaire ainsi que des analyses et un traitement contre le paludisme, avec du Coartem®.

2015 : Initiative « Fast Track » lancée par le MFdS ; finalisation du plan de transformation du secteur de la santé ; extension de CHANCE à 358 districts

2016 : Nouvelle extension du Programme Trachome à 521 districts ; Activités CHANCE lancées dans 26 districts de la région du NNPS et 4 districts de la région de la Somalie éthiopienne ; élargissement de l'initiative Fast Track

2017 : Nouvelle extension pour couvrir tous les districts où le TF est supérieur à 10 %

2020 : Date butoir fixée pour l'élimination

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Plan	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	217 813	168 325	90 469 (53,7 %)
Nbre de femmes opérées			64 680 (71,5 %)
Nbre de chirurgiens formés		207	Non communiqué
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	71 151 492	69 717 342	57 441 977 (82,4 %)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	1 452 071	1 422 802	1 402 908 (98,6 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		Non communiqué	
Nbre de latrines domestiques construites		Non communiqué	

Interventions chirurgicales (CH)

En 2018, le programme, très ambitieux, prévoyait 168 325 opérations du TT dans l'ensemble des districts où le trachome est endémique en Éthiopie. Après le succès de l'initiative Fast Track, pendant laquelle plusieurs régions ont réalisé plus de 80 % des opérations figurant sur leur liste d'interventions en retard, le programme assiste aujourd'hui à une «baisse de rendement» en la matière au fur et à mesure que les cas deviennent difficiles à trouver dans le pays. En outre, plusieurs intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés (ISOI) étaient occupés à mener des études d'impact dans différentes parties du pays, ce qui les a empêchés d'opérer le TT de façon régulière et a entraîné un rendement moins important que prévu. Au total, 90 469 opérations du TT ont été menées en 2018. Sur la totalité des opérations pratiquées, 64 680 %, soit 71,5, ont bénéficié à des femmes.

Actuellement, le nombre d'opérations TT en retard en Éthiopie s'élève à 371 444. Au total, 116 districts ont atteint le seuil d'élimination du TT fixé par l'OMS et n'ont plus besoin de campagnes d'interventions chirurgicales. Les cas incidents sont maintenant pris en charge par le système de santé local. Il y a eu un pic d'interventions dans le cadre du programme en 2016 et 2017, où l'on a dénombré plus de 400 000 opérations du TT. Suite à ces bons résultats, trouver des cas de TT dans les districts où cela fait plusieurs années que l'on opère du trachome est actuellement la plus grande difficulté à laquelle le programme est confronté. Le Programme National a de nouveaux bailleurs de fonds et partenaires chargés de la mise en œuvre, qui sont intervenus pour veiller à l'extension de la couverture géographique dans les régions d'Afar, de Somalie, de Benishangul-Gumuz et de Gambella.

Le programme a mis sur pied une nouvelle stratégie en 2018 afin de trouver une solution au problème de la détection des personnes atteintes du TT. Cette nouvelle stratégie, consistant à faire du porte-à-porte, a été pilotée dans la région de Tigray. En fonction des résultats de ce pilote, le programme a élargi son activité à

certains districts. Des critères ont été élaborés pour déterminer les districts qui bénéficieraient de la nouvelle stratégie. Les districts concernés présentaient un faible nombre d'opérations TT en retard, devaient prochainement faire l'objet d'une enquête d'impact et, au cours de ces dernières années, avaient eu un service détaché peu important. Au total, 77 districts, soit une population cible de 6 742 658 personnes, ont été sélectionnés pour mettre en œuvre l'approche de recherche de cas au moyen du porte-à-porte. Dans ces districts, le nombre total estimé d'opérations en retard s'élevait à 73 173. Le dépistage mené par les agents sanitaires a recensé 5 859 847 cas de TT. Grâce à la recherche de cas, 24 412 cas de TT ont été confirmés, soit 33 % du nombre estimé d'opérations en retard. Sur les cas confirmés, 18 389, soit 75 %, ont accepté de se faire opérer. Sur les personnes qui n'ont pas été opérées, 3 211 ont décliné le service, 2 635 sont sur liste d'attente et 177 ont été envoyées à l'hôpital pour être réopérées suite à des complications.

En plus des activités chirurgicales, le programme a plongé dans les données d'enquête recueillies, qu'il a étudiées à l'aide de Tropical Data afin de mieux comprendre le TT dans les districts où des enquêtes ont eu lieu. De 2017 à 2018, des enquêtes ont été menées dans 134 districts au moyen de Tropical Data. Au total, 228 648 personnes ont passé des examens de dépistage du TT dans le cadre de ces enquêtes. Des données recueillies, le programme a appris que la majorité des personnes atteintes de TT, soit 79 %, sont des femmes, 16,8 % souffrent de TT postopératoire (TTP), et 63,5 % des personnes atteintes ont indiqué qu'on ne leur avait pas proposé de se faire opérer. Le programme va évoquer ces données avec le Comité consultatif sur le trachome et l'Équipe nationale de travail sur le trachome (NTTF) afin d'obtenir des conseils et des recommandations pour pouvoir remédier aux problèmes mis en lumière.

Le programme a présenté des directives sur la supervision des résultats qualitatifs des interventions et sur des audits, élaborées en collaboration avec tous les partenaires chargés de la mise en œuvre. L'objectif étant de veiller à la qualité des opérations dans le pays. Au total, 61 ophtalmologistes professionnels issus d'unités de soins oculaires secondaires et d'universités ont été formés à ces directives et ont procédé à la supervision des opérations du TT et à des inspections chirurgicales. De 2017 à 2018, 223 ISOI, soit 27 % du nombre total d'ISOI dans le pays, ont reçu leur visite pour supervision et inspection chirurgicales, soit 109 visites en 2018. Les données indiquent que 92 % des opérations inspectées ont été bien corrigées. Un total de 21 ISOI ont eu plus de 10 % de complications, et sur ceux-ci, 16 ont suivi une remise à niveau et ont continué à travailler, et 5 n'ont pas été autorisés à continuer à pratiquer l'opération.

Antibiothérapie (A)

La prévalence de l'Inflammation trachomateuse folliculaire (TF), surtout après une intensification de la DMM, a fait apparaître un changement très important en termes de cartographie du trachome. La couverture géographique de la DMM en 2018 atteignait 83 %. Le programme vise 100 % de couverture géographique en 2019. Le nombre de doses d'antibiotiques distribuées a augmenté au fil du temps depuis que cette activité a débuté en 2003. En 2018, un total de 57 441 977 doses d'azithromycine et 1 402 908 doses de pommade oculaire à la tétracycline (POI) ont été distribuées grâce aux DMM en Éthiopie. Cela représente 82,4 % et 94,6 % des objectifs pour 2018. À compter de mars 2019, dans 198 districts au total, soit 32 %, la DMM ne se justifie plus. Au total, 113 districts et 4 camps de réfugiés ont arrêté la DMM en 2018, avec des résultats concluants. Sur les districts où les actions liées aux DMM se poursuivent, 203 ont besoin d'1 tournée, 156 de 2 tournées, 22 de 3 tournées et 29 ont besoin 4 autres tournées de DMM.

Le programme a mené un total de 149 enquêtes en 2018. Sur celles-ci, 124 étaient des enquêtes d'impact et 25, des enquêtes de surveillance. Sur les 25 enquêtes de surveillance menées, 11 districts ont maintenu une prévalence du TF inférieure à 5 %, tandis que dans les 14 autres districts, la prévalence était supérieure à 5 %. Sur les districts où il y a eu des enquêtes d'impact, la prévalence du TF était inférieure à 5 % dans 50 d'entre eux. Le programme examine ces données et réfléchit à une façon de progresser car le nombre élevé de

districts qui n'ont pas obtenu un bon résultat dans les enquêtes d'impact et de surveillance a des implications, tant sur le plan financier qu'au niveau du programme, pour les années à venir.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Le Programme National continue de porter tous ses efforts sur le N et E dans le cadre de son programme sur le MTN. Il a mis au point un ensemble d'outils dans le cadre de WASH et des MTN destinés à une mise en œuvre au niveau des districts. Ces outils ont été testés sous forme de projet pilote dans 4 régions. À partir de 2019, ils seront déployés dans d'autres secteurs en vue de leur mise en œuvre. Le programme prévoit de continuer à augmenter l'engagement des partenaires de WASH et leur collaboration. Un groupe de travail technique a été créé au niveau national, qui sera répercuté vers les quatre régions ayant la plus forte prévalence du trachome. Les groupes de travail œuvreront pour réunir les partenaires WASH et MTN afin d'avoir un impact encore plus important sur le trachome dans toute l'Éthiopie. De plus, le Programme National a dressé la carte des lieux où les partenaires WASH et MTN interviennent à travers le pays pour aider à trouver des organisations susceptibles de collaborer aux projets. Ce travail de cartographie va continuer à se pencher sur des indicateurs comme l'accès à l'eau, ainsi que d'autres, qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'efficacité potentielle des activités WASH dans l'élimination du trachome ainsi que d'autres MTN.

Au niveau des communautés, le Programme National profite souvent des DMM pour leur enseigner l'importance des activités WASH. Le MFdS a révisé le manuel des agents de vulgarisation sanitaire (AVS) pour y inclure les MTN, en particulier le trachome. Tous les AVS qui ont suivi la formation ont reçu des informations sur toutes les MTN. La partie du manuel consacrée au trachome insiste énormément sur l'importance du N et E dans les communautés comme moyen de lutter contre le trachome.

Dans les établissements scolaires, le Programme National s'est attardé sur la formation des enseignants et l'instauration de clubs santé à l'école pour renforcer la promotion des pratiques d'hygiène, au niveau des personnes et de l'environnement. La région d'Amhara est la seule à avoir intensifié la stratégie CHANCE intégrale, surtout les activités N et E, dans tous les districts endémiques. L'intensification des activités dans les établissements scolaires a été un axe d'intervention majeur pour la région d'Amhara. Les établissements scolaires instaurent des clubs santé où ce sont les élèves qui enseignent à leurs camarades et aux communautés voisines l'importance d'une bonne hygiène, dont font partie le nettoyage du visage et des mains et la construction de latrines, ainsi que leur utilisation, afin de réduire la propagation du trachome. Le Programme National reste déterminé à faire jouer aux écoles le rôle de plateforme pour intégrer l'éducation à WASH dans les programmes scolaires, surtout dans l'enseignement primaire. En plus des enfants d'âge scolaire, le Programme National participe à des activités qui s'adressent à des enfants de 3 à 5 ans, qui ne sont pas encore entrés à l'école. Celles-ci font actuellement l'objet de projets pilotes dans 9 districts de la région de Tigray. Elles s'adressent aux enfants ainsi qu'aux personnes qui s'en occupent, dans le but de commencer à éduquer les enfants à l'importance d'acquérir le plus tôt possible de bons comportements en matière d'hygiène. Le programme prévoit d'élargir ces activités à d'autres régions dans les années qui viennent.

Les latrines restent une part importante de l'action du Programme National dans la lutte pour éliminer le trachome comme problème de santé publique. D'après l'Enquête démographique et sanitaire en Éthiopie, qui utilise la présence d'excréments frais dans la fosse, la présence d'un sentier jusqu'aux latrines et la présence de mouches pour mesurer l'utilisation des latrines, la couverture en latrines dans l'ensemble est bonne. Dans l'ensemble, la couverture en latrines en tenant compte de 1 marqueur est de 73 % pour les régions de Tigray, Amhara, Oromia et de la SNNP. Pour 2 marqueurs, la couverture générale en latrines est de 44 %. Il s'agit de données certes utiles, mais elles sont dépassées à l'heure actuelle et doivent être remises à jour chaque année.

Planification de la transition et dossier de planification

La planification de la transition est l'une des composantes les plus importantes de l'élimination du trachome. Plus de 160 districts ont atteint les objectifs d'élimination mais il n'y a pas encore de dispositif en place pour surveiller ces districts après l'élimination. Pour ce faire, le NTTF a créé un petit groupe pour élaborer un guide national de planification de la transition. Le document à l'état de projet a été rédigé et communiqué aux membres du NTTF. Il va être étudié et faire l'objet de discussions avant d'être rédigé dans sa version définitive et diffusé. Le travail sur le dossier n'a pas encore commencé, car le Programme National trouve qu'il est trop tôt pour démarrer ces travaux.

Obstacles au développement du Programme

Le programme a été confronté à plusieurs difficultés en 2018. La recrudescence est l'un des problèmes qui ont été repérés et qui explique le nombre de districts qui ont échoué aux enquêtes d'impact en 2018. Le respect des délais dans la communication des résultats est aussi un défi à relever pour le programme, dans ses efforts pour suivre les progrès de son action au niveau des districts. Un manque de moyens a empêché le Programme National de parvenir à une couverture géographique de 100 % pour les activités chirurgicales et la DMM. Il y a environ 161 districts, dont le nombre d'opérations en retard s'élève à 70 561, où les agents sanitaires ne sont pas allés, ainsi que 46 districts dont la population totalise 3 millions de personnes, qui ne bénéficient pas de DMM. Le programme travaille à trouver des moyens supplémentaires pour financer les activités. Les activités de N et E ont elles aussi besoin de moyens supplémentaires pour pouvoir s'étendre à tous les districts du pays afin de s'assurer que tous les districts bénéficient d'actions de N et E renforcées.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018

Recommandation n° 1 : Le Programme National de Lutte contre le trachome éthiopien doit chercher à assurer une couverture de la stratégie CHANCE à 100 % dans toutes les zones géographiques.

Situation actuelle : Des progrès ont été faits pour traduire cette recommandation dans la pratique. Il y a actuellement une couverture géographique de « S » à 74 %, avec des interventions dans 534 districts sur 725. Le programme a atteint une couverture géographique de 85 % pour les activités « A », avec des interventions dans 504 des 608 districts ayant besoin de DMM. Les actions de N et E ont été étendues pour atteindre 293 districts dans le pays, soit une couverture géographique de 41 %.

Recommandation n° 2 : Le MFdS doit envisager de former des infirmières, pas seulement des ISOI, qui joueraient le rôle d'agents de gradation pendant les enquêtes d'impact et de surveillance sur le trachome.

Situation actuelle : En 2018, le programme a tenté de recruter des personnels de soins oculaires et d'autres professionnels de santé de niveau intermédiaire comme des examinateurs pour mener des enquêtes d'impact et de surveillance. Malheureusement, la plupart des professionnels de santé engagés pour cette mission n'ont pas réussi à suivre la formation et n'ont pas obtenu la certification leur permettant d'administrer les enquêtes. Cependant, certains ont réussi la formation et participé à ces activités.

Recommandation n° 3 : Le MFdS doit examiner les mérites des indicateurs WASH dans le cadre de la plateforme sur les données de médecine tropicale et travailler en étroite collaboration avec l'OMS et les données tropicales, en fonction des besoins de l'inclusion.

Situation actuelle : Le NTTF a constitué un petit groupe de travail pour élaborer des indicateurs clés afin de mesurer les indicateurs de comportements WASH pendant les enquêtes d'impact. Des discussions sur les indicateurs sont en cours.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 185 722 patients atteints de TT
- Former 205 chirurgiens du TT

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 59 484 651 doses d'azithromycine
- Distribuer 1 213 972 doses de POT
- Réaliser 250 enquêtes d'impact et 39 enquêtes de surveillance

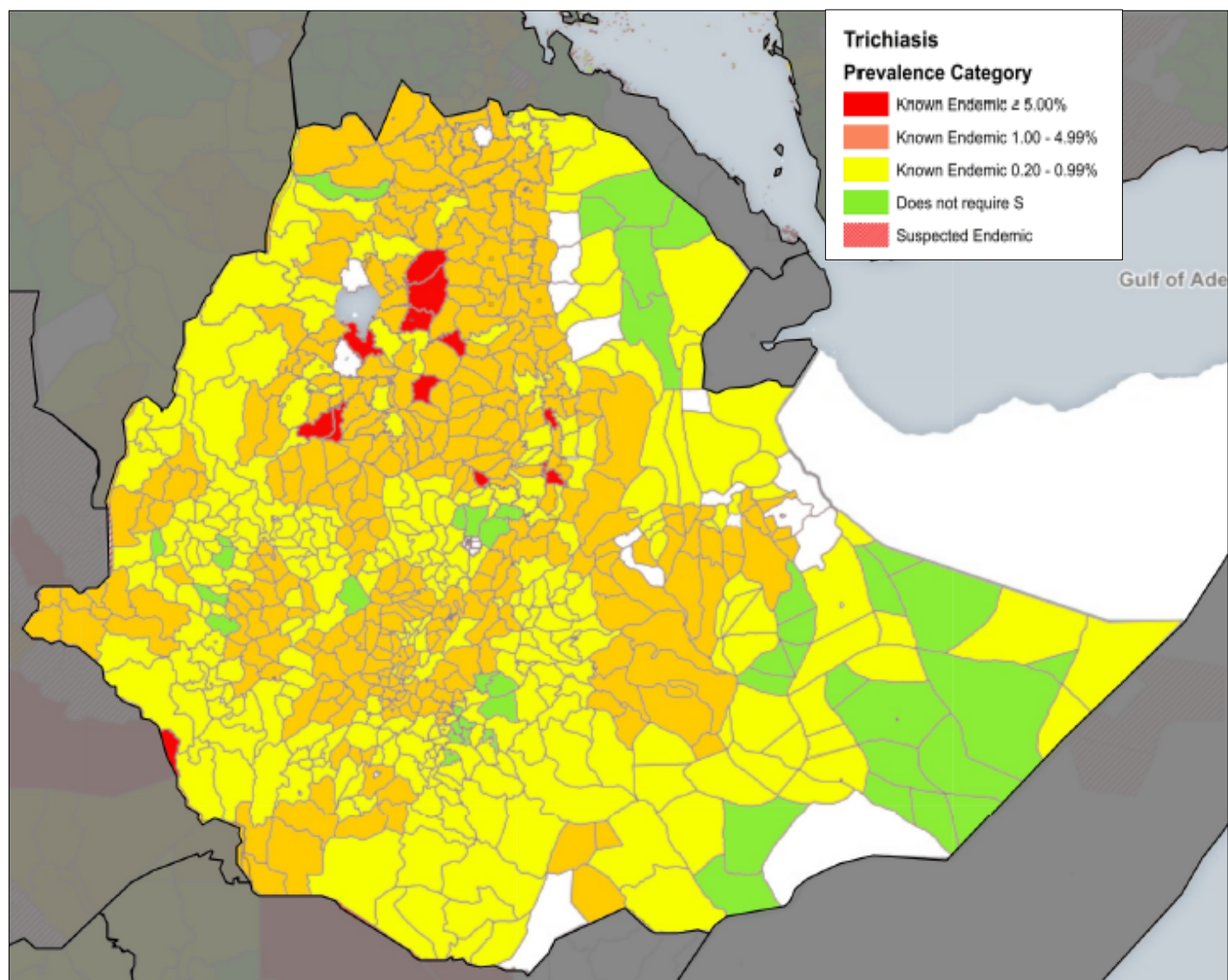
Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

- Finaliser le déploiement du cadre d'action WASH et MTN
- Mettre en place des outils WASH et MTN au niveau des districts
- Impliquer la communauté WASH sur les MTN
- Faire passer la couverture des interventions N et E dans les communautés et les établissements scolaires de 41 % à plus de 60 %
- Intensifier les activités de N et E s'adressant aux jeunes enfants, c'est-à-dire ceux de 3 à 5 ans

Recherche opérationnelle

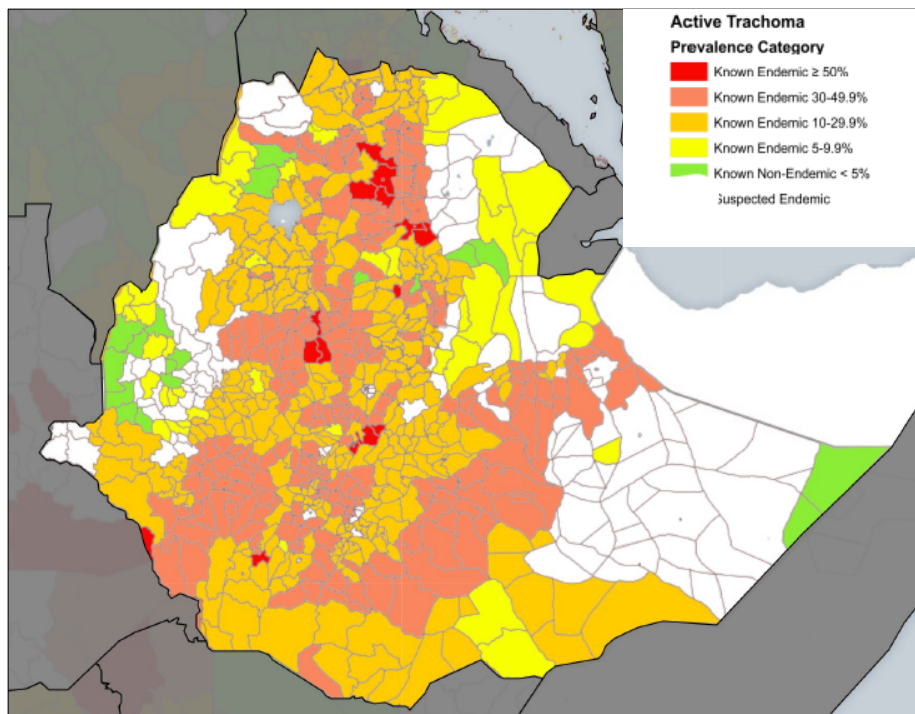
- Le Programme National continue à encourager la recherche opérationnelle pour informer le programme
- Mettre en place la feuille de route de recherche sur les MTN afin d'inciter des étudiants et d'autres personnes à entreprendre des recherches opérationnelles supplémentaires
- Études en cours :
 - Assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome (Sanitation, Water et Instruction in Face-Washing for Trachoma/ SWIFT) dans la région d'Amhara
 - Élimination du trachome avec des antibiotiques ciblés (ETACTESFA) dans la région d'Amhara
 - Renforcement de CHANCE à Oromia
 - Gestion du TTP dans la région SNNP

Éthiopie : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

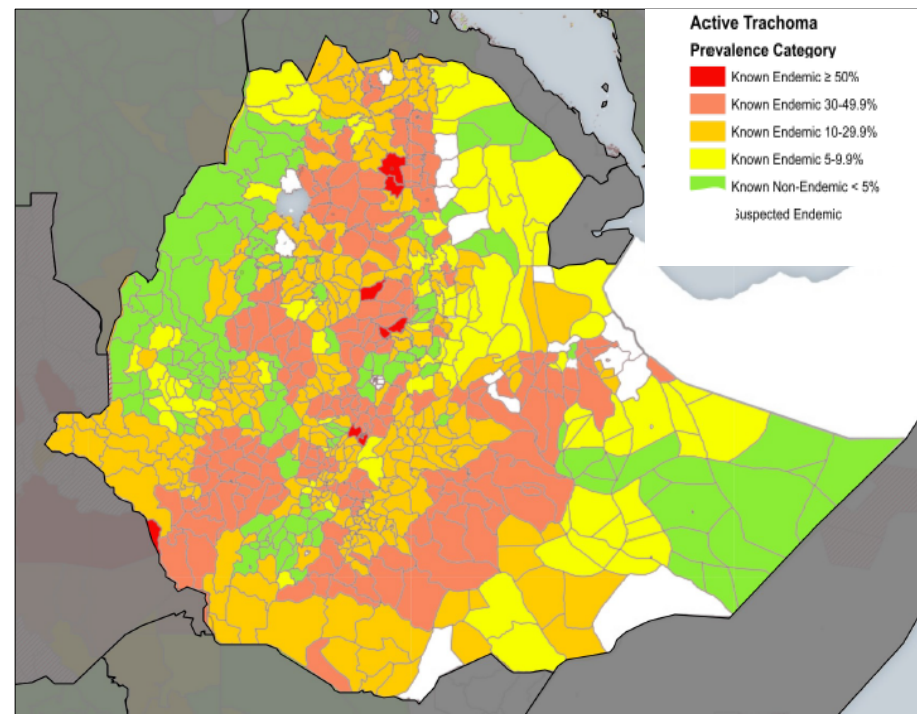


Éthiopie : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation initiale (2013)



2018



CHANCE en Amhara, Éthiopie

Présenté par le Dr Abebaw Gebeyhu, directeur, Bureau régional de la Santé d'Amhara

Rappel du contexte

Dans la région éthiopienne d'Amhara, une étude de prévalence du trachome au niveau des zones a été menée en 2007 pour quantifier la prévalence du trachome actif et du TT par zones. Selon cette enquête, on estime à 17 millions le nombre de personnes exposées au risque de trachome et à 643 904 celles qui ont eu besoin d'une opération chirurgicale pour corriger le TT dans la région d'Amhara. Fait important, l'enquête indique toutes les zones de la région d'Amhara relèvent de la stratégie CHANCE complète, qui a été élargie à tous les districts en 2008. Le programme régional sur le trachome fait partie du Comité national pour la Prévention de la Cécité et un référent sur le trachome est missionné au Bureau régional de la Santé d'Amhara (BRSA).

Au bout de cinq ans d'application de la stratégie CHANCE, qu'elle a validée, l'OMS a besoin qu'une enquête sur l'impact du trachome soit menée pour évaluer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs d'élimination. Des enquêtes d'impact ont été menées dans la totalité des 167 districts de la région d'Amhara de 2011 à 2015 grâce à une collaboration avec le BRSA et Le Centre Carter. Elles font apparaître une baisse spectaculaire de tous les signes cliniques du trachome. D'après les résultats, sur les 167 districts, 9 avaient atteint les critères d'élimination du TF, faisant tomber la prévalence de cette maladie chez les enfants âgés de 1 à 9 ans à moins de 5 %. Par ailleurs, les résultats montrent également que les districts restants continuent à justifier la stratégie CHANCE dans son intégralité. Depuis 2018, un total de 50 districts dans la région d'Amhara sont exempts de DMM. Cela représente 31 % du total des districts et englobe 5,4 millions de personnes. Le programme continue à porter ses efforts sur l'intensification de l'intervention sur le TT et étudie de nouvelles stratégies pour parvenir à venir à bout du retard restant dans la région. Le programme continue à œuvrer en faveur de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique d'ici à 2020.

Chronologie

2001 : Accord de phase I (4 districts) ; premier PAT quinquennal, revu tous les 5 ans ; mise en œuvre des composantes S, N et E commencé dans 4 districts
2003 : la mise en œuvre intégrale de CHANCE commence
2004 : CHANCE étendu à 19 districts
2006 : étude nationale de référence ; extension de CHANCE à toute la région (167 districts)
2006-2007 : Étude de référence par zones en Amhara
2008 : lancement de la campagne Trachome, précédemment désignée sous le nom de Ma'Tra
2015 : 167 districts répondent à la première étude d'impact suite à cinq années de CHANCE ; Initiative Fast Track pour l'élimination accélérée du TT piloté dans la zone de Gojam est
2016 : Élargissement de l'initiative Fast Track à la totalité des zones ; Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome (PSEST) dans toute la région) lancé
2017 : Les districts exempts de DMM ont atteint le nombre de 36, dont 22 l'ont été en 2017
2018 : 15 districts exemptés de DMM, pour un total de 50 districts (31 %) exempts de DMM.
2020 : Date fixée pour l'élimination

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Région d'Amhara (avec le concours du Centre Carter)	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	198 626	93 126	32 474 (35 %)
Nbre de femmes opérées			22 304 (69 %)
Nbre de chirurgiens formés		34	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	14 655 865	14 655 865	13 180 791 (90 %)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	299 099	299 099	293 974 (98 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		3 871	3 871 (100 %)
Possession de latrines		100 %	62,6 %

Interventions chirurgicales (CH)

En 2018, le BRSA, avec le concours du Centre Carter, a continué à faire des progrès pour réduire le backlog dans la région d'Amhara. Au total, 32 474 patients TT se sont fait opérer, ce qui représente 35 % de l'objectif annuel. Parmi les opérés, 69 %, soit 22 304 personnes étaient des femmes, qui ont deux fois plus de chances que les hommes de souffrir du TT. Il n'y a pas eu de nouveaux ISOI formés en Amhara en 2018, mais des cours de remise à niveau ont été dispensés régulièrement aux 132 intervenants déjà présents, tout au long de l'année. Au départ, le backlog s'élevait à plus de 600 000. À compter de mars 2019, le nombre de cas restant à opérer pour rattraper le backlog est de 169 418. Au rythme actuel, il faudra 5 ans d'actions pour rattraper le backlog.

Le programme a mis en place une nouvelle approche en 2018 pour localiser les cas de TT restants. Celle-ci consiste en recherches de cas de maison en maison, menées par des équipes. Cette activité a fait l'objet d'un projet pilote dans certains districts de la région en 2017 et élargie à d'autres districts en 2018. Cette nouvelle approche a été appliquée dans 31 districts, où le nombre d'opérations en retard est estimé à 52 387. Les équipes, qui visaient 1 025 149 ménages dans les 31 districts, ont pu en toucher 871 377 ménages, soit environ 85 %. Sur ces ménages visités, 2 093 860 personnes à partir de 15 ans ont bénéficié d'un dépistage du TT. Cela représente environ 82 % du nombre de personnes que les équipes projetaient de dépister. Au total, 85 303 de cas de TT présumés ont été enregistrés par les ISOI et les autres agents sanitaires qui ont participé aux recherches de cas. Une fois qu'un cas présumé est enregistré, il faut mobiliser la personne pour obtenir une confirmation, ce qui l'oblige à aller se présenter à un ISOI dans un centre médical local afin de confirmer qu'elle est bien atteinte de TT. Les équipes ont réussi à mobiliser 82 % des cas enregistrés, soit 70 222 personnes, pour confirmation. Sur ces cas, 15 129 personnes, soit 22 %, ont reçu un diagnostic confirmatoire de TT et se sont vu proposer des services chirurgicaux. D'après ces données, la prévalence du TT dans ces 31 districts est de 0,72 %, et le nombre des opérations en retard est estimé à 18 381. Cela représente 35 % du nombre d'opérations en retard pris en compte avant le début de la recherche de cas de maison en maison.

Le programme continue à mener des supervisions et des inspections chirurgicales du TT. Ce sont les ISOI qui s'occupent de ces suivis et évaluations des résultats. 14 superviseurs techniques ont bénéficié d'une formation sur la supervision et les inspections chirurgicales. En 2018, 74 ISOI basés dans 41 centres de campagne ont été supervisés par des superviseurs formés. Une inspection a également eu lieu, qui a concerné

8 ISOI. Ce chiffre est inférieur à celui qui avait été prévu pour l'année. Pendant l'inspection, 247 personnes et 280 paupières ont été examinées.

La validation des opérations du TT s'est poursuivie en 2018. Il s'agit par cette action de confirmer que les interventions chirurgicales signalées ont bien eu lieu. Le programme a sélectionné 3 639 patients atteints de TT sur les registres de TT. Au total, 3 075 patients ont été sélectionnés, soit 85 %, puis interrogés. Sur les personnes interrogées, il a été confirmé que 3 009, soit 98 %, avaient bien reçu des services chirurgicaux. Dans l'ensemble, le programme a validé 9 % des opérations en 2018.

Antibiothérapie (A)

À compter de mars 2019, 31 % des districts en Amhara sont parvenus à ramener le TF en dessous des 5 %, alors que par comparaison, il n'y en avait aucun à l'évaluation initiale. Le programme espère voir augmenter ce chiffre après les enquêtes qui ont lieu en 2019. Au total, 13 470 458 doses d'antibiotiques ont été distribuées grâce à la DMM en 2018. Ce chiffre englobe 13 180 791 doses d'azithromycine et 293 974 doses de POT. Le programme a atteint 90 % des objectifs pour l'azithromycine et 98 % pour la POT en 2018. La majorité des districts sont parvenus à une couverture de plus de 80 % pendant la DMM.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Le programme continue à porter ses efforts sur la mise en œuvre d'actions de N et E et il n'a pas cessé de faire des progrès en 2018. Le groupe de travail régional WASH et MTN a été créé. Ses réunions se tiennent tous les trimestres. Une base de données sur l'hygiène et la santé environnementale a été créée et une supervision en faveur de la santé environnementale a été menée en 2018.

Ces actions de N et E sont conformes à la politique de transformation du *woreda* ou du district. Il s'agit d'une approche globale pour parvenir à la couverture universelle en soins médicaux grâce au renforcement des soins de santé primaires. L'un des 4 principaux axes de cette nouvelle politique est la création modèle du *kebele*. Le critère du modèle du *kebele* est notamment une meilleure appropriation des latrines, la création de foyers modèles, l'amélioration des résultats scolaires et la mise à disposition de locaux. La création d'un foyer modèle englobe la santé maternelle et infantile, la prévention du paludisme et la lutte contre la maladie (dans les lieux où le paludisme est endémique) ainsi que de bonnes pratiques d'hygiène personnelle et environnementales. Avec les résultats obtenus à l'école dans le domaine sanitaire, les critères examinés sont la présence d'installations de lavage des mains près des latrines, la disponibilité et l'utilisation d'installations pour l'élimination de déchets secs et liquides, la disponibilité de trousse de premiers secours, de nouveaux clubs santé pour les élèves et un dépistage sanitaire régulier des élèves.

La couverture en latrines s'améliore. En 2018, les données indiquent une couverture moyenne en latrines de 62 % pour l'ensemble de la région. La couverture la plus importante a été signalée à l'est de Gojam, avec 76 %, et la plus faible au centre de Gondar, avec 36 %.

Le PSEST a été étendu à toute la région. Des rapports trimestriels de surveillance et d'évaluation des indicateurs ont été recueillis de 3 trimestres 2018. Des rapports ont été déposés par 6 700 établissements scolaires, soit environ 78 % de la totalité des écoles primaires de la région. Sur les écoles ayant déposé des rapports, 90 % ont indiqué avoir créé des clubs anti-trachome. Les clubs anti-trachome promeuvent des actions de N et E dans le cadre scolaire ainsi que dans la communauté avoisinante.

En 2018, 2 241 superviseurs de groupes sectoriels et 324 responsables d'éducation ont reçu une formation sur le PSEST. Une évaluation a eu lieu dans 137 établissements scolaires de la région. Au total, 1 142 écoles ont été inspectées au niveau de la propreté du visage, l'éducation sanitaire et la supervision du programme scolaire en général. Le programme a distribué 2 300 disques flash aux écoles, contenant des programmes radio sur le trachome ainsi que des spots d'information sur la prévention du trachome et les bonnes pratiques d'hygiène.

Le programme a récompensé les établissements qui ont obtenu les meilleurs résultats dans chaque district par un conteneur d'eau et deux radios.

Planification de la transition et dossier de planification

La planification de la transition et la préparation du dossier sont en cours. Dans les districts où les seuils d'élimination du TF ont été atteints, la communication des résultats des enquêtes et l'arrêt de la DMM ont eu lieu pendant les réunions sur la DMM. Le BRSA a contribué à la préparation des documents de planification de la transition au niveau national. Au niveau national, une réunion de transition et de préparation du dossier a été menée. La planification de la transition va se poursuivre en 2019.

Obstacles au développement du programme

En 2018, le programme a été confronté à un problème d'insécurité dans certaines parties de la région. La politique en Éthiopie change régulièrement, et le programme espère que l'insécurité va diminuer au cours de l'année qui vient. En outre, le programme a également été confronté à un faible rendement dans les interventions chirurgicales comparé à l'estimation du nombre d'opérations en retard. Le programme espère que la recherche de cas au porte-à-porte va améliorer ce rendement. Toutefois, un approfondissement et d'autres discussions sur ce problème sont justifiés, surtout à la lumière des surestimations faites sur la base des résultats d'enquêtes.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018

Recommandation n° 1 : Le Programme de Lutte contre le Trachome de la Région d'Amhara doit s'appuyer sur les données du PSEST avec les partenaires chargés de fournir des latrines et des installations de lavage des mains afin de plaider pour une couverture à 100 %. Le PSEST doit communiquer des données de suivi aux organisations chargées des actions de plaidoyer.

Situation actuelle : Les données ont été présentées à la réunion de bilan annuel en juillet 2018 et à la réunion des groupes de travail régionaux. Elles ont également été communiquées au bureau chargé de l'éducation.

Recommandation n° 2 : Le Bureau régional de la Santé d'Amhara doit concentrer ses efforts pour rattraper le backlog pris dans les opérations du TT d'ici à 2019 en maintenant la dynamique créée par l'initiative Fast Track grâce au renforcement de la mobilisation des communautés et des équipes de recherche de cas.

Situation actuelle : L'activité fournie en 2018 a montré qu'il pourrait être difficile de rattraper le backlog d'ici à 2019. Le programme fait appel à de nouvelles approches pour atteindre les patients souffrant de TT, en particulier en procédant à des recherches de cas de maison en maison. Il ressort de cette approche que le nombre de patients identifiés est moins important que les estimations fournies par les données d'enquêtes.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 54 070 patients atteints de TT, tous avec le concours du Centre Carter
- Former 33 nouveaux chirurgiens du TT

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 14 243 302 doses d'azithromycine, toutes avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 290 680 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 52 enquêtes d'impact et 20 enquêtes de surveillance

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

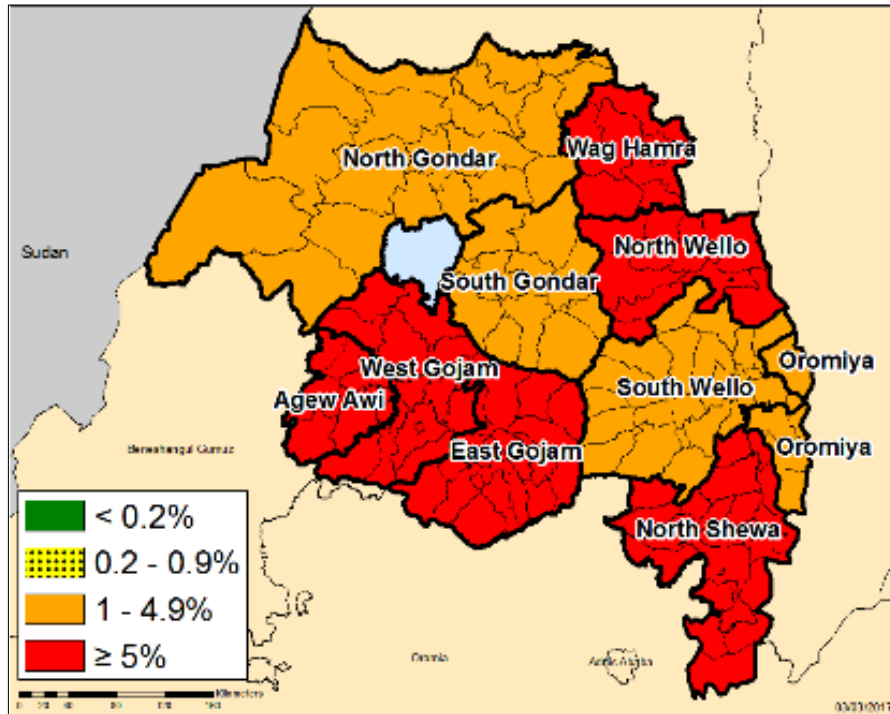
- Contribuer à l'éducation sanitaire dans 3 871 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Former 18 000 chefs d'établissement scolaire et enseignants
- Mener chaque mois une supervision de soutien du PSEST
- Mener des réunions trimestrielles du groupe de travail WASH et MTN aux niveaux des régions et des zones.
- Parvenir à une couverture en latrines améliorées de 80 %
- Faire passer la couverture en latrines (tous types confondus) de 62 % à 100 %
- Faire passer l'utilisation des latrines de 94 % à 100 %
- Augmenter les *kebele* exempts de défécation dans la nature et les faire passer de 45 % à 94 %

Recherche opérationnelle

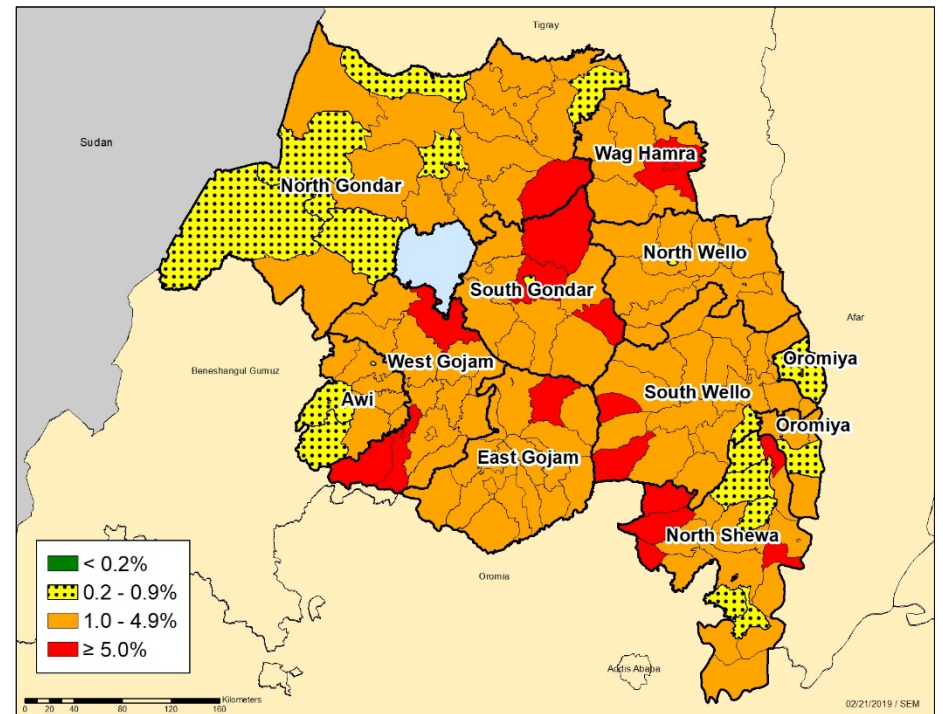
- Études en cours :
 - SWIFT
 - TESFA
- Études en projet :
 - SWIFT II (suite de SWIFT ; commencera en septembre 2019)
 - Intervention dans les kebele pour la santé oculaire dans le cadre du trachome (KITFO) : sous réserve de l'autorisation des comités d'éthique

Amhara, Éthiopie : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

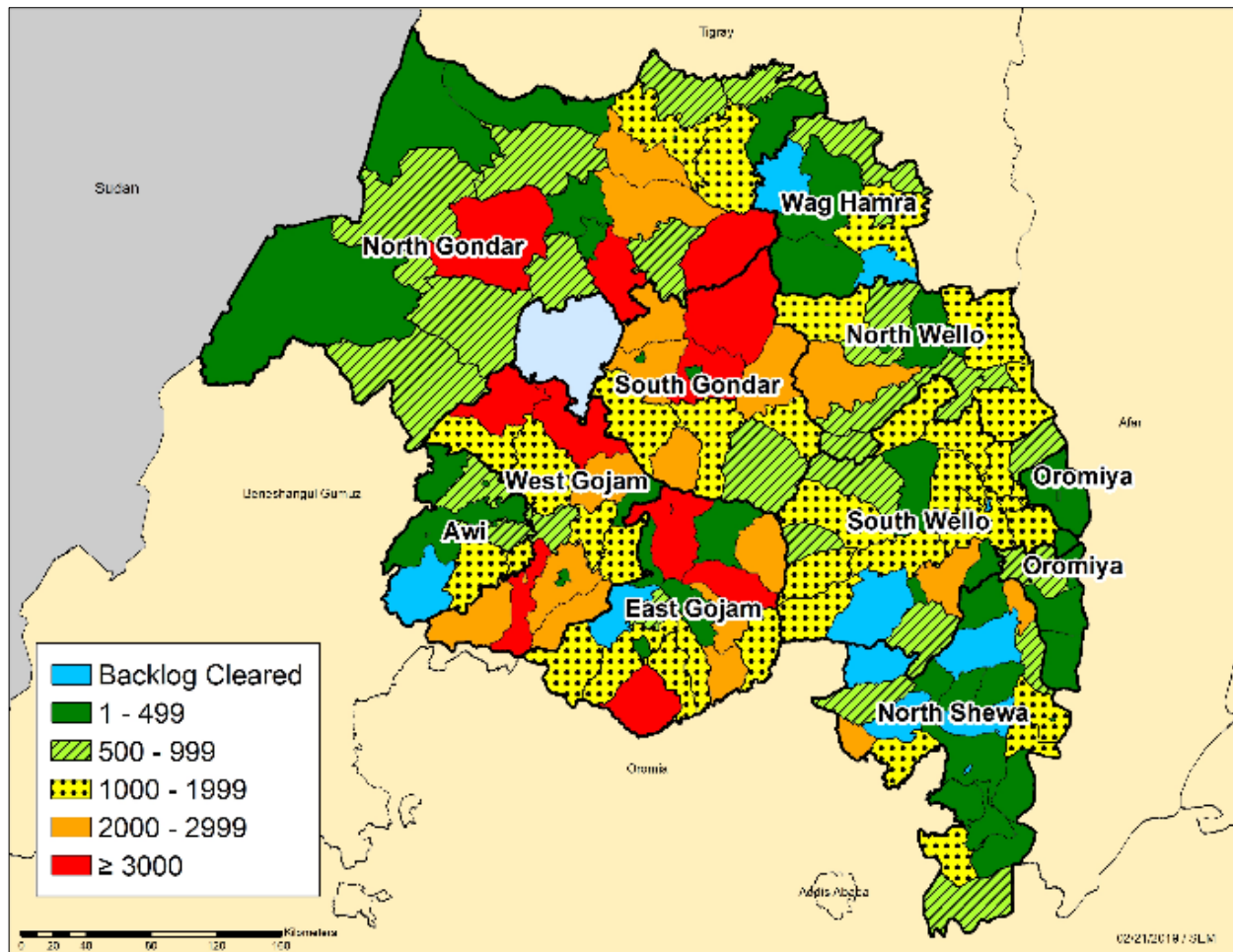
Situation initiale, 2007



2018

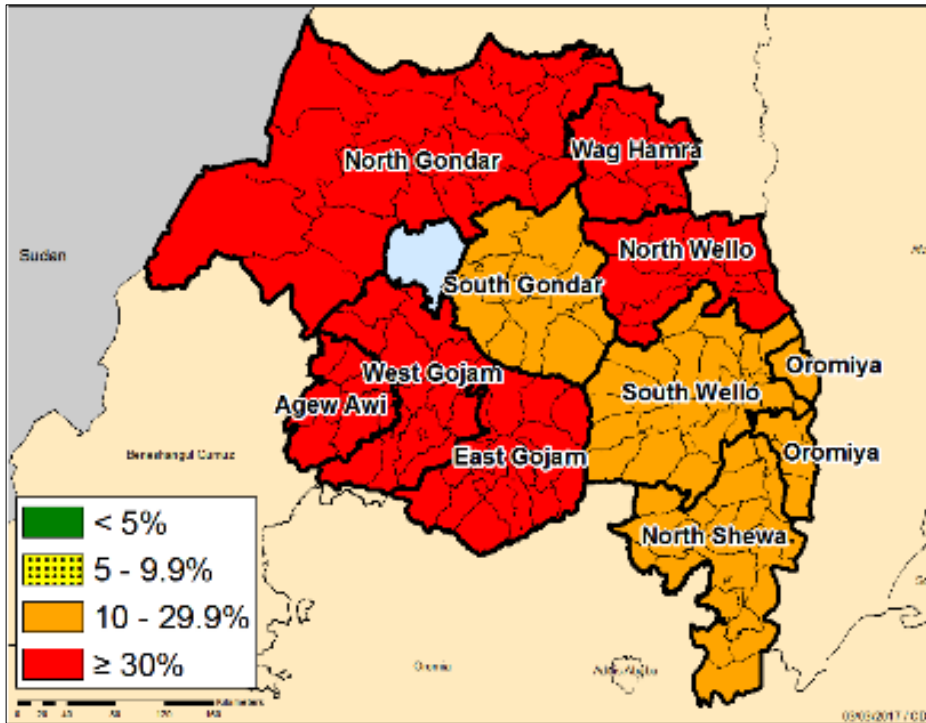


Amhara, Éthiopie : backlog chez les adultes ≥15 ans, 2018

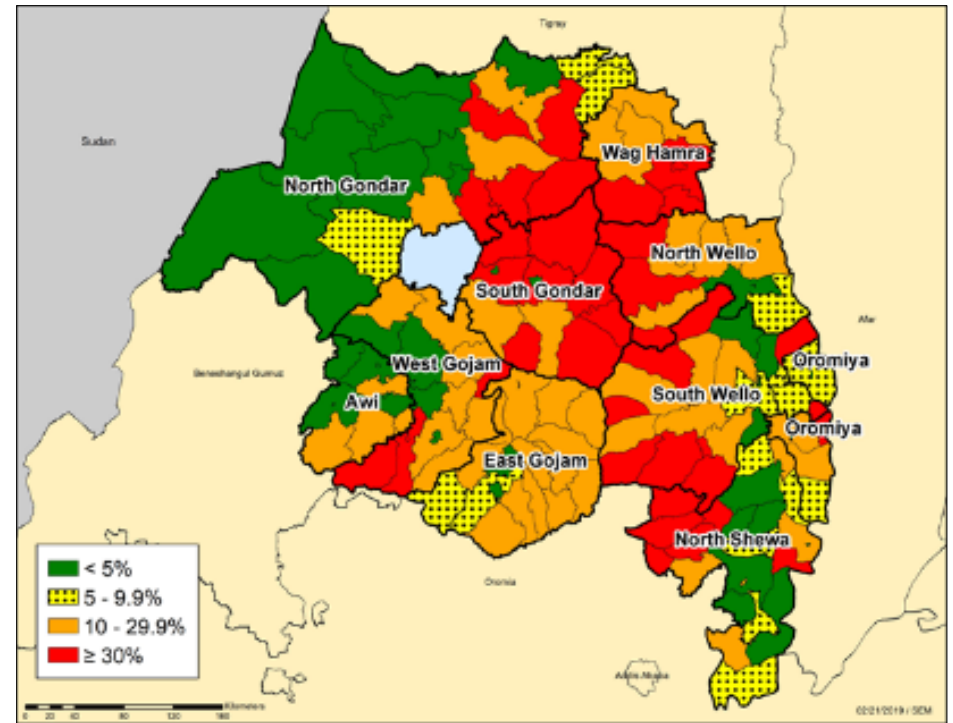


Amhara, Éthiopie : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

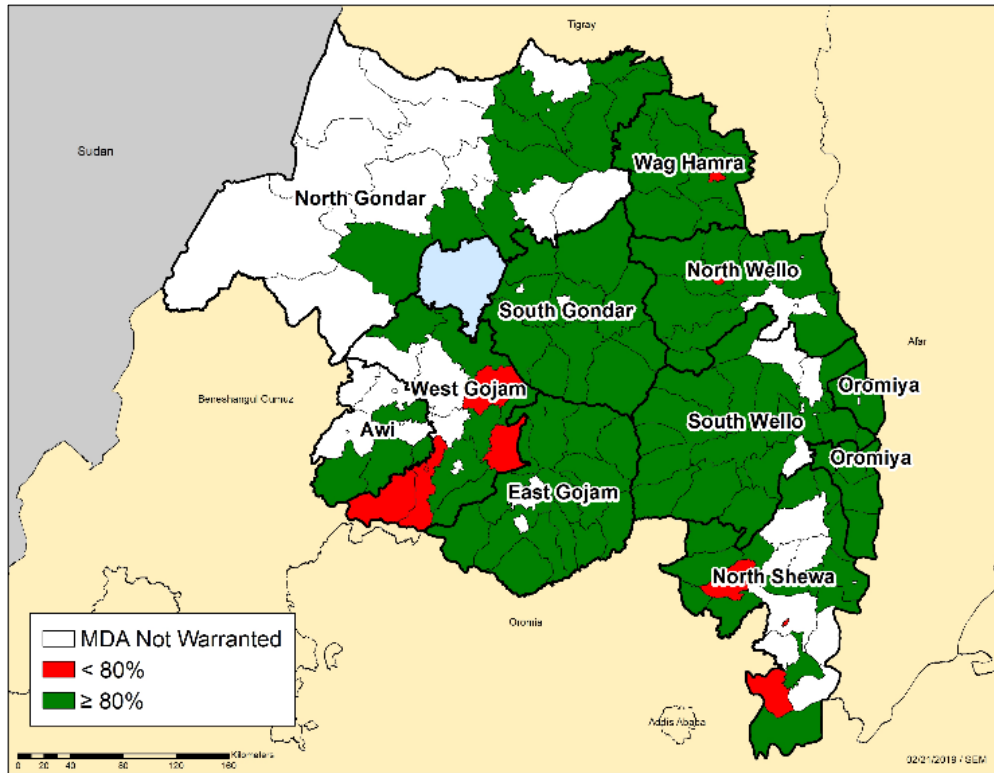
Situation initiale, 2007



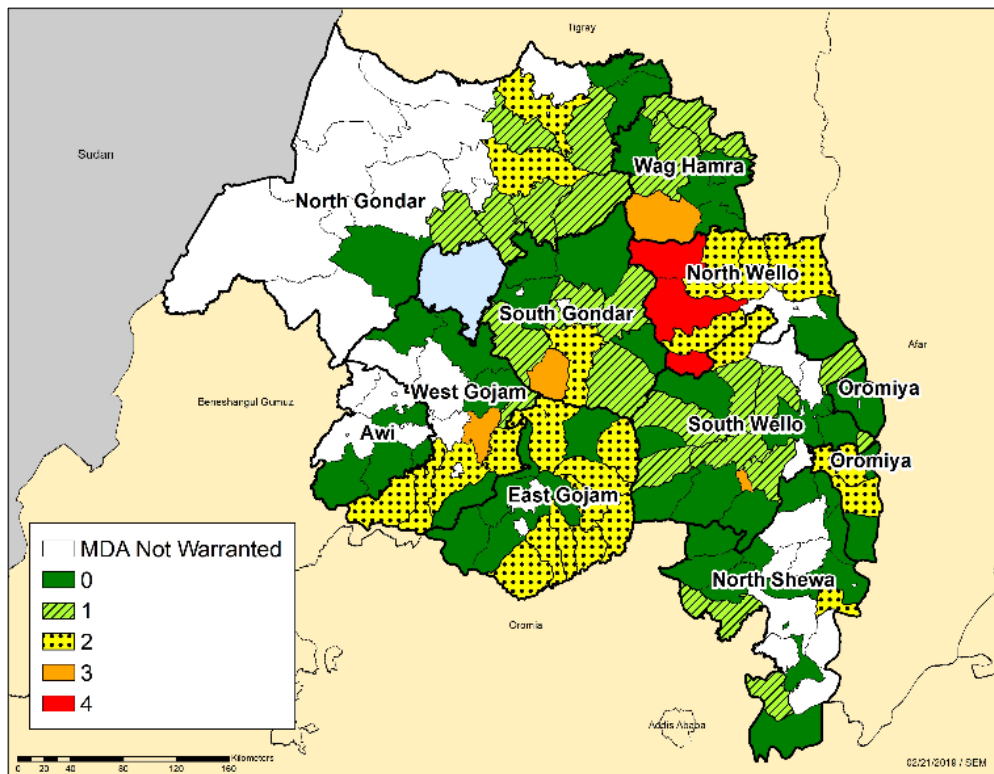
2018



Amhara, Éthiopie : Couverture de la DMM, 2018



Amhara, Éthiopie : Tournées de DMM restantes, 2018



CHANCE au Mali

Présenté par le Professeur Lamine Traoré, coordinateur du PNSO, Ministère de la Santé, Mali

Rappel du contexte de l'étude

En 1994 a été créé le Programme malien de Prévention de la Cécité (PNLC) ; mais, depuis décembre 2014, il est connu sous le nom de Programme National pour la Santé oculaire (PNSO). Suite à des études de prévalence menées en 1996-1997, le trachome a été reconnu comme problème de santé publique majeur au Mali. En dépit du fait que les priorités du Ministère de la Santé (Mds) soient le paludisme, le VIH et la tuberculose, un Programme National de Lutte contre le Trachome a été mis en place en 1999. Bien que le Mali n'ait pas de PAT officiel, à la fin de chaque année, le PNSO élabore un plan d'action pendant sa réunion de bilan annuel du programme. Le Centre Carter, assisté d'autres partenaires, met actuellement en œuvre la totalité des composantes de la stratégie CHANCE. Tous les districts au Mali ont atteint le seuil fixé par l'OMS pour le TF, puisque dans tous les districts, l'incidence est inférieure à 5 %. Par conséquent, la DMM n'est plus justifiée dans le pays. La priorité du Programme National reste les composantes S, N et E de la stratégie CHANCE et travaille à l'élimination du trachome comme problème de santé publique en 2019.

Chronologie

1994 : lancement du PNLC

1996-1997 : Étude nationale de référence sur la prévalence

1999 : Lancement du Programme National de Lutte contre le trachome

1999 : Début des interventions chirurgicales

2001 : Début de la distribution de Zithromax®, don de Pfizer

2003 : Début des activités de nettoyage du visage et d'amélioration de l'environnement

2005-2018 : Enquêtes d'impact et de surveillance menées

2014 : le PNLC devient le PNSO

2019 : Date fixée pour l'élimination du trachome au Mali

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Plan		avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	5 893	5 893	1 996 (33,8 %)	1 500	600 (40 %)
Nbre de femmes opérées			1 203 (60,3 %)		408 (68 %)
Nbre de chirurgiens formés		0	23	0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	La DMM n'est plus justifiée dans aucun district du Mali.				
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM					
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		300	242 (80,6 %)	250	142 (56,8 %)
Nbre de latrines domestiques construites		6 000	6 447 (107 %)	5 000	3 355 (67,1 %)

Interventions chirurgicales (CH)

L'enquête initiale de 1996 au Mali a révélé que 75 % des districts étaient endémiques au trachome. Le Programme National de lutte contre le trachome a accompli d'énormes progrès vers l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2018, le programme a pratiqué 1 996 opérations du TT dans les régions qui avaient pris du backlog dans les interventions chirurgicales. Sur l'ensemble des opérations pratiquées, 1 203, soit 60 %, ont été pratiquées sur des femmes. À compter de mars 2019, le backlog au Mali est estimé à 3 120. L'endroit où le retard reste le plus important est la région de Mopti. Quant aux régions de Gao et de Kidal, elles sont à jour. Le programme prévoit de venir à bout du retard en 2019. Le programme a par ailleurs dispensé une formation à 23 chirurgiens spécialistes du TT en 2019. La formation a été menée à l'aide de HEADSTART.

Le Programme National a appliqué la stratégie du ratissage pour localiser les cas de TT restants dans le pays et opérer. Bien que chronophage, cette stratégie a donné de bons résultats dans l'identification des cas. Dans le cadre de cette stratégie en 2018, 1 015 543 personnes au total ont bénéficié d'un dépistage du TT. Seulement 1 677 cas, soit 0,2 %, ont été découverts. Sur les cas découverts, 1 368, soit 81,6 %, ont accepté la chirurgie du TT, tandis que 309, soit 18,4 %, l'ont refusée.

Antibiothérapie (A)

Tous les districts au Mali ont atteint le seuil d'élimination du TF et n'ont par conséquent plus besoin de DMM. C'est une grande réussite pour le Programme National. La DMM a débuté dans le pays en 2001 et la distribution a culminé en 2006. Plus de 30 millions de doses d'antibiotiques ont été distribuées grâce à la DMM au Mali. La plus grande part de la distribution s'est arrêtée en 2012 et 2013 et seuls quelques districts ont été traités depuis 2013 ; et en 2016, toutes les activités étaient terminées. En 2018, le programme a mené 11 enquêtes de surveillance sur les 20 qui étaient prévues. Comme il n'y a pas eu de DMM au cours de ces dernières années, il n'est pas nécessaire de procéder à des enquêtes d'impact au Mali. Le programme prévoit de terminer toutes les enquêtes de surveillance en 2019.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Les actions de N et E ont été essentielles à la réussite du programme au Mali. En 2018, le programme a participé à des activités d'éducation sanitaire dans 242 villages du pays. Le Programme National contribue à la formation d'agents sanitaires communautaires, qui sont ensuite capables d'organiser des réunions avec leurs communautés pour partager des informations sur le trachome et les sensibiliser à l'importance de l'hygiène. Le programme contribue également à l'assainissement total sous la direction de la communauté (ATDC) et a élargi ces activités en 2018. Les groupes de femmes ont été un atout pour le programme, car elles bénéficient d'une formation et partagent des informations au sein de leurs communautés. Les diffusions à la radio de messages informatifs, éducatifs et de communiqués (IEC) ont également joué un rôle important dans la sensibilisation à la maladie et aux activités mises en place.

Le programme contribue par ailleurs à la formation de maçons afin de favoriser la construction de latrines. Une fois que la formation leur a été dispensée, chaque maçon reçoit des matériaux pour la construction de latrines afin qu'ils se chargent d'en construire dans leur communauté d'appartenance. En 2018, 6 447 latrines ont été construites. De plus, des points d'eau ont été créés dans certaines communautés. Il y a plusieurs partenaires qui participent à cette activité, dont d'autres ministères du gouvernement. Le programme travaille à réunir des données de tous les partenaires qui interviennent dans ces activités.

Des activités liées au trachome ont également lieu dans des écoles primaires au Mali. Des activités et des informations spécifiques sur le trachome ont été ajoutées dans les programmes scolaires du primaire. En 2018, une formation a été dispensée à des enseignants et à des mères d'élèves sur les nouveaux programmes scolaires pour s'assurer qu'ils seraient transmis aussi bien dans les classes que dans les foyers des élèves et leurs communautés.

Planification de la transition et dossier de planification

Un groupe de travail a été créé, qui réunit tous les partenaires actifs sur le trachome dans le pays. De plus, un comité de validation a été créé par le MdS pour superviser l'élaboration du dossier et son dépôt. Une base de données, créée pour saisir l'ensemble des données du programme, est actuellement mise à jour. En février 2019, un atelier a été organisé pour réviser la base de données et apporter de nouvelles modifications. La constitution du dossier va se poursuivre pendant que le programme termine toutes les activités CHANCE. Un calendrier de constitution a été mis au point, et le programme envisage de déposer le dossier définitif à l'OMS en décembre 2019.

Le programme se prépare maintenant à la transition post-élimination. Au total, 69 unités de soins oculaires ont été créées dans la quasi-totalité des districts du pays. Les unités de soins oculaires sont gérées par des particuliers qui ont été formés pour prendre en charge les cas de TT incidents susceptibles d'être présents au niveau des districts. À ce jour, 174 assistants ophtalmiques et 70 ophtalmologistes ont reçu cette formation. Le programme réfléchit actuellement à la façon dont l'unité de soins oculaires va pouvoir continuer à recevoir des fournitures et des kits pour le trachome une fois que les programmes nationaux seront passés à la phase post-élimination.

Obstacles au développement du programme

L'insécurité continue à être un problème qui a des répercussions sur la mise en œuvre du programme dans certaines régions du pays. C'est le seul et unique problème auquel est confronté le programme, mais aussi le plus conséquent. Certes, la sécurité s'est améliorée dans les régions du nord, mais Mopti, au centre du pays, est actuellement fortement affecté par l'insécurité. Le nombre le plus élevé du backlog est à Mopti. Le programme et ses partenaires restent disposés à accéder à ces zones lorsqu'ils le pourront. Les équipes sont prêtes à venir s'installer rapidement, dès qu'il leur sera possible de s'y rendre. Au-delà de l'insécurité, le

Programme National continue à être confronté à la difficulté du travail à fournir pour trouver les cas de TT restants dans le pays. Le refus de se faire opérer est aussi un problème. Le programme travaille avec Helen Keller International (HKI) à une étude pour mieux comprendre le taux élevé de refus dans la région de Kayes.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018

Recommandation n° 1 : Le Programme malien de lutte contre le trachome doit commencer dans les plus brefs délais à préparer le dossier de validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique.

Situation actuelle : Des préparations de dossier sont actuellement en cours. Un comité de validation a été formé. Les données d'archives sont en train d'être examinées et organisées.

Recommandation n° 2 : Le programme malien doit s'assurer que la totalité des 20 enquêtes de surveillance planifiées ont bien été menées en 2018, tout en mettant en œuvre des activités pour rattraper le backlog pris dans les opérations chirurgicales du TT d'ici à la date fixée pour l'élimination, 2018.

Situation actuelle : Le programme a dirigé 9 enquêtes de surveillance en 2018, dont 2 qui n'avaient pas été planifiées et qui ont été menées à Bamako. Des activités de chirurgie du TT ont eu lieu en parallèle. Le nombre actuel d'opérations en retard à partir du 1er janvier 2019 est de 3 120.

Recommandation n° 3 : Le programme malien doit planifier avec la plus grande détermination de rattraper le backlog pris dans les opérations du TT, grâce à une planification détaillée et des activités simultanées d'ici à 2018.

Situation actuelle : Le programme prévoyait de rattraper le backlog en 2018, mais toutes les opérations n'ont pas eu lieu.

Recommandation n° 4 : Le programme malien doit envisager, lorsqu'il le pourra et dans la mesure du possible, de travailler avec le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée afin de promouvoir une sensibilisation et faire connaître l'existence de récompenses en argent liquide.

Situation actuelle : Non réalisée.

Recommandation n° 5 : Le programme malien doit réfléchir à la poursuite de l'échange d'expériences avec le Programme de lutte contre le trachome du Niger.

Situation actuelle : Le programme a continué à échanger des expériences avec le programme nigérien, notamment la participation au bilan annuel du programme en janvier 2019.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Mener 3 120 opérations du TT, 1 500 avec l'aide du Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Mener 12 enquêtes de surveillance

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

- Apporter une éducation sanitaire à 300 villages ; dont 200 avec le concours du Centre Carter

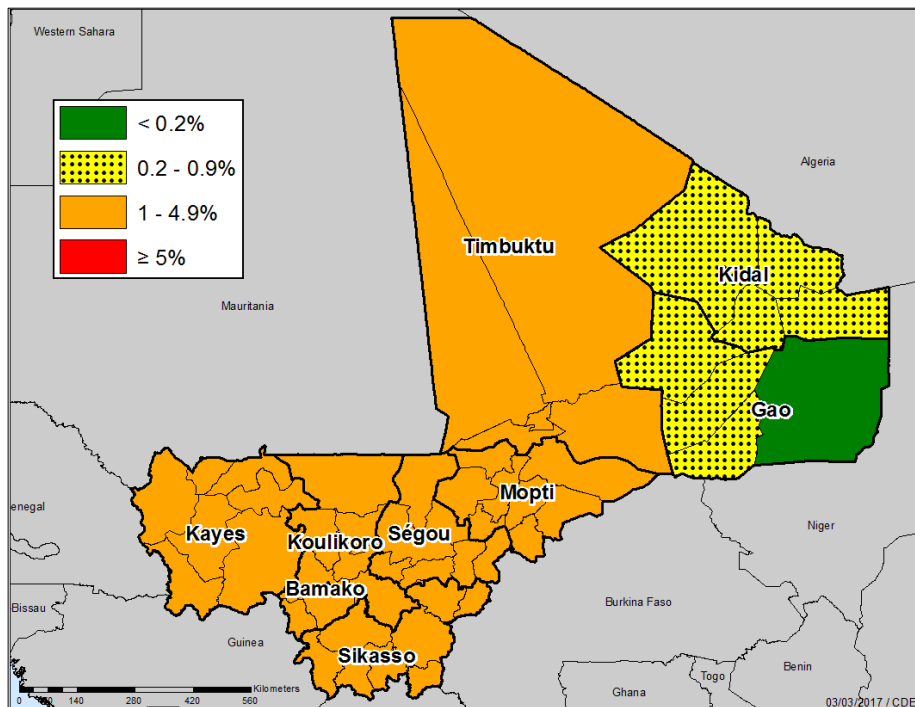
- Construire 6 000 latrines; dont 3 000 avec le concours du Centre Carter
- Poursuivre toutes les activités de N et E en cours

Recherche opérationnelle

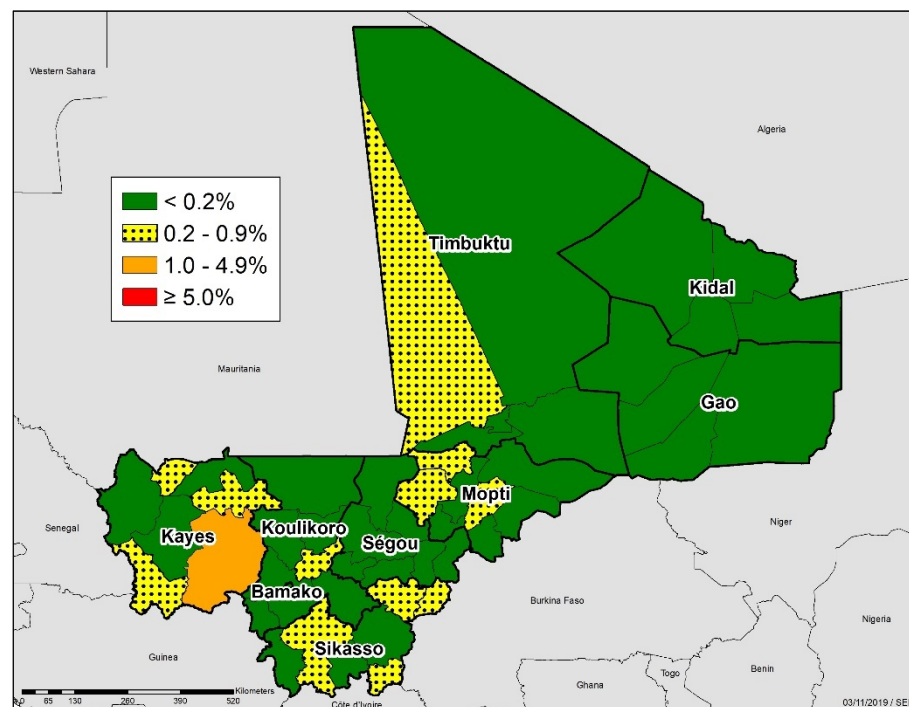
- Le programme prévoit de procéder à une étude sur les cas de refus de l'intervention, avec le concours de HKI. Une étude pilote a déjà été réalisée.

Mali : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

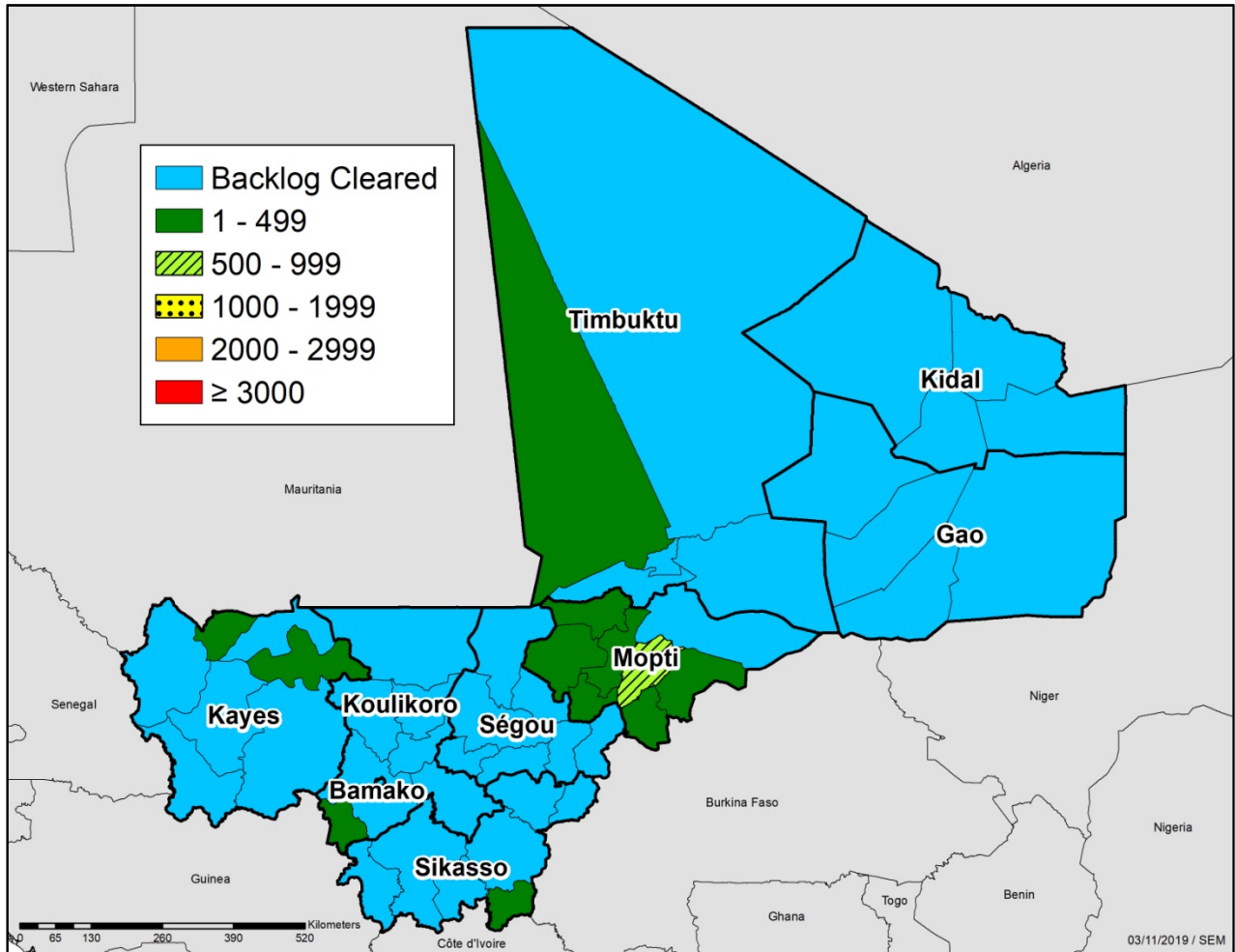
Situation initiale, 1996



2018

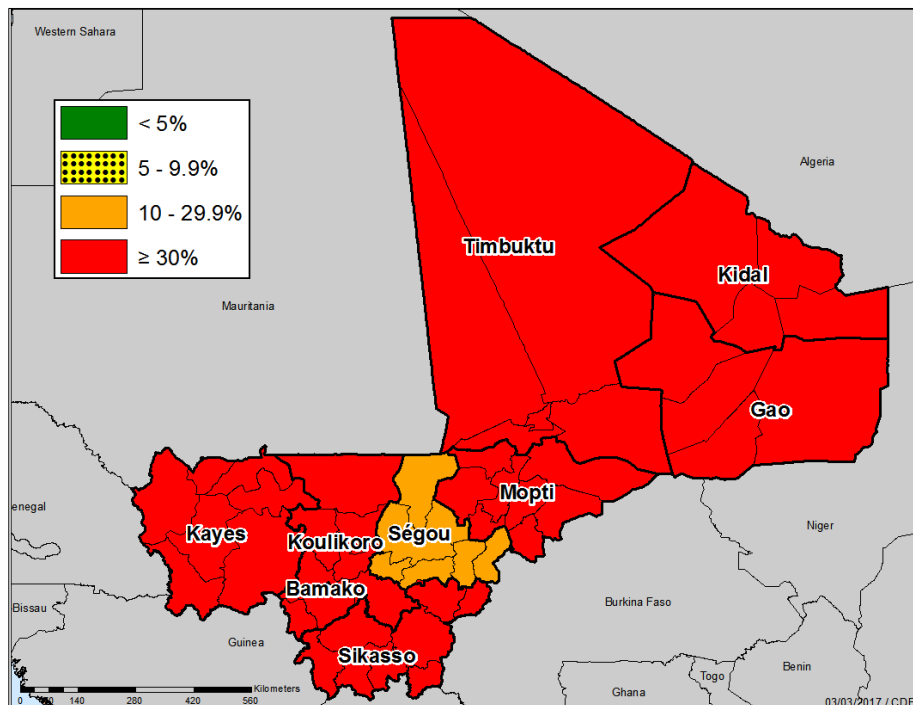


Mali : backlog chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

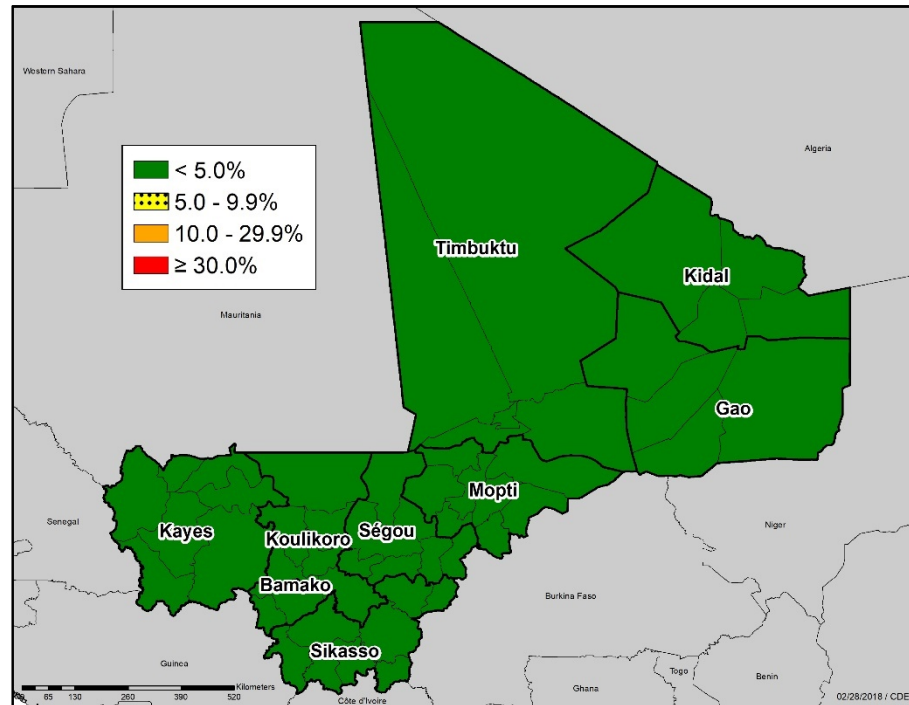


Mali : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation initiale, 1996



2018



CHANCE au Niger

Présenté par le Dr Kadri Boubacar, coordinateur adjoint pour le PNSO, Ministère de la Santé, Niger

Rappel du contexte

Le PNLC a été mis en place en 1987 suite à des enquêtes nationales faisant état d'une prévalence de la cécité de 2,2 %, dont un quart des cas dus au trachome. Les enquêtes régionales de référence menées entre 1997 et 1999 ont établi que 44 % des enfants âgés de 1 à 9 ans présentaient un TF et/ou une inflammation trachomateuse intense active et que 1 % des femmes de plus de 15 ans souffraient de trichiasis. En 1999, le PNLC a formé le Groupe de Travail national Trachome et, à partir de 2001, des enquêtes de prévalence ont été menées au niveau des districts. À ce jour, le trachome fait partie des MTN mais n'est pas considéré comme une maladie absolument prioritaire. Bien que le trachome soit intégré au département des MTN, les partenaires du trachome organisent une coordination spécifique pour le trachome et des réunions de bilan annuel au niveau régional. Le programme applique tous les composantes de la stratégie CHANCE où cela se justifie.

En 2013, dans une déclaration, le ministre de la Santé a rendu hommage au travail effectué par les coordinateurs de la lutte du MdS contre le trachome, et par les deux partenaires principaux : Le Centre Carter et HKI. Ces déclarations ont été faites au cours d'une semaine de campagnes de chirurgie détachée pour le TT en mars 2013. En 2013, le programme a également changé de nom : le PNLC est devenu le PNSO. Des enquêtes d'impact sur le trachome ont été menées selon les directives de l'OMS depuis 2006, dont la plupart ont eu lieu en 2018. D'après les tournées de DMM restantes et le nombre d'interventions chirurgicales du TT nécessaires dans plusieurs régions, le programme a révisé son objectif d'élimination, dont il a repoussé l'échéance à 2025.

Chronologie

1987 : début du PNLC

1997-1999 : études sur la situation initiale de référence menées au niveau régional

2000 : Le Centre Carter commence à apporter son concours au programme

2001 : Début des études de situation initiale de référence au niveau des districts

2002 : la mise en œuvre de la stratégie CHANCE commence

2006 : Enquêtes d'impact menées

2007 : lancement du Programme sur les MTN

2010 et 2012 : EIT menées

2013 : le PNLC devient le PNSO

2015-2016 : Enquêtes d'impact menées

2018 : Enquêtes d'impact menées

2025 : changement de la date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Plan		avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	20 195	15 000	6 512 (43,4 %)	10 000	4 727 (47,3 %)
Nbre de femmes opérées			3 735 (57,6 %)		2 689 (56,9 %)
Nbre de chirurgiens formés		64	40 (62,5 %)	24	26 (108 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	4 757 248	4 757 248	3 648 904 (76,6 %)	S/O ³	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	150 000	150 000	150 000 (100 %)	150 000	150 000 (100 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		600	527 (87,8 %)	600	527 (87,8 %)
Nbre de latrines domestiques construites		10 000	16 372 (164 %)	10 000	15 168 (152 %)

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme National assure des opérations du TT au Niger depuis 1999. Le Centre Carter a commencé à apporter son concours aux opérations du TT en 2009. En 2018, le programme a mené 6 512 interventions, dont 3 735, soit 57,6 %, ont bénéficié à des femmes. Le programme a en outre permis d'assurer la formation de 40 chirurgiens spécialistes du TT. À compter de mars 2019, le nombre d'opérations en retard au Niger s'élève à 18 244. Au rythme actuel, le pays sera à jour dans 4 ans. Le backlog le plus élevé se situe dans la région de Zinder, et il reste aussi des cas à Dosso, Tahoua, Maradi et Diffa. En 2018, le Programme National a été retardé dans ses activités trachome, surtout les interventions chirurgicales, en raison d'une épidémie de choléra dans certaines régions du pays. Le programme a été suspendu pendant que l'épidémie était gérée par le Mds. Immédiatement après l'épidémie, la saison de culture a commencé au Niger, et il a donc été difficile de faire accepter à des patients de se faire opérer pendant cette période. Ces circonstances difficiles ont empêché le programme d'atteindre ses objectifs pour l'année.

En 2018, le programme a continué à appliquer la stratégie du ratissage pour identifier les cas de TT dans certains districts. Cette stratégie a été mise en œuvre suite à une collaboration transfrontalière avec le Mali. Le programme prévoyait de mener un ratissage dans d'autres districts, mais à cause de l'épidémie de choléra, tous n'ont pas été en mesure de le faire. En 2018, le programme a dépisté 170 838 cas de TT. Sur les personnes dépistées, près de 98 % n'avaient pas le TT. Au total, 3 778 personnes ont été identifiées comme atteintes de TT, et sur celles-ci, 3 501, soit 92,7 %, ont été opérées du TT, tandis que 292 personnes, soit 7,7 %, ont refusé les services chirurgicaux. Pour celles qui ne se sont pas fait opérer, le programme prévoit de revenir à ces cas pour confirmer si l'opération chirurgicale sera acceptée. Certains refus s'expliquent par des problèmes de prise de rendez-vous avec les patients.

Le programme procède à une validation des interventions chirurgicales du TT pour contrôler la qualité des opérations réalisées et confirmer que tous les cas signalés ont bien bénéficié d'une intervention. Le suivi post-

³ Le Centre Carter ne contribue pas en ce moment à la DMM au Niger.

chirurgical est mené sur les patients 6 mois après qu'ils aient été opérés. Le programme dirige aussi des activités de suivi avec des chirurgiens spécialistes du TT formés grâce à HEADSTART.

Antibiothérapie (A)

Des enquêtes de référence, menées en 2002, indiquaient que le trachome était endémique dans les régions méridionales du Niger et que dans plusieurs districts, la prévalence du TF était supérieure à 30 %. Grâce au programme, la prévalence du TF a considérablement reculé dans tout le pays. Actuellement, 48 districts ont atteint le seuil d'élimination du TF. En 2018, le programme a distribué 3 648 904 doses d'azithromycine et 150 000 doses de POT grâce à la DMM. Si Le Centre Carter ne participe pas à DMM au Niger, il achète en revanche toute la POT nécessaire aux DMM. La couverture des DMM a été inférieure à 80 % dans les districts des régions de Diffa et d'Agadez. Dans ces zones, des équipes font du porte-à-porte pour distribuer des antibiotiques. Le paysage de ces districts est difficile à traverser pour les équipes qui cherchent à atteindre les communautés ayant besoin de DMM. On compte souvent sur les motos pour pouvoir effectuer les DMM mais il n'est pas possible de les utiliser dans ces endroits à cause du relief. De plus, l'insécurité constitue un problème dans ces régions et peut limiter l'accès des équipes de DMM. Une partie de la population a été déplacée en raison de l'insécurité et des agissements de Boko Haram dans le secteur.

En 2018, le programme a mené 24 enquêtes de surveillance, 7 enquêtes d'impact, 4 enquêtes uniquement sur la présence de TT et 1 enquête de référence. D'après les résultats de l'enquête, 1 tournée de DMM sur 3 reste nécessaire dans certains districts. Pour cette raison, le Programme National a repoussé la date fixée pour l'élimination à 2025, ce qui permet de procéder à toutes les enquêtes d'impact et de surveillance à effectuer suite aux tournées de DMM restantes qui sont nécessaires.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

En 2018, le Programme National a participé à des actions d'éducation sanitaire dans 527 villages. Des formations aux messages d'IEC ont été dispensées à 440 personnes. Comme le Mali, le Programme National au Niger contribue à la formation de maçons et fournit les matériaux pour la construction de latrines. En 2018, 310 maçons ont été formés et un total de 16 372 latrines ont été construites dans tout le pays. Des diffusions radio sur le trachome sont également prises en charge par le Programme, ainsi que la formation de stations d'accueil radio.

L'éducation sanitaire dans les établissements scolaires reste l'une des grandes priorités du Programme National au Niger. En 2018, 400 enseignants des régions de Tahoua et Dosso ont reçu une formation sur un enseignement sur le trachome. Le programme a rencontré 125 chefs d'établissement, autant pour s'assurer de leur soutien que de leur compréhension de l'enseignement sur le trachome. De 2014 à 2016, 560 établissements scolaires ont reçu une formation, et en 2018, le programme a effectué le suivi de 280 enseignants qui avaient été formés en 2016. En dehors du classe, le programme collabore avec des établissements scolaires pour construire des latrines sur les propriétés qu'elles doivent avoir pour être utilisées par les élèves. Des trousseaux d'hygiène ont en outre été distribués dans 200 écoles. Les formations dans les écoles bénéficient du concours de tous les partenaires, notamment de la Banque mondiale, d'HKI et du Centre Carter.

Planification de la transition et dossier de planification

Le programme travaille à collecter toutes les données d'archive qui serviront à compléter le dossier. Les données au niveau des districts, des régions et des États sont examinées et confirmées. En faisant cela, le programme travaille à s'assurer que tous les districts ont des données d'archive complètes. Chaque région participe à ces activités pour faire en sorte que les données soient recueillies, conservées et partagées de la même manière.

Obstacles au développement du programme

Le Programme a noté plusieurs difficultés rencontrées en 2018. Tout d'abord, le Programme fait en sorte que le recueil des données soit uniformisé entre les niveaux des districts, régional et national, ce qui constitue un défi permanent. Le programme avait l'espoir de faire plus de progrès pour rattraper le backlog en 2018. Toutes les stratégies doivent être mises en application pour venir à bout du backlog dès que possible.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018

Recommandation n° 1 : Le Programme de lutte contre le trachome du Niger doit, compte tenu du programme de DMM prévu, examiner l'objectif d'élimination actuel et éventuellement le réviser.

Situation actuelle : La date pour atteindre l'objectif d'élimination a été repoussée de 2020 à 2025, en fonction des activités restantes.

Recommandation n° 2 : Le programme nigérien doit envisager une réunion de planification stratégique (en parallèle avec son bilan du programme) au cours de l'année calendaire 2018 afin d'inclure toutes les parties prenantes (y compris la Banque mondiale).

Situation actuelle : Des réunions ont eu lieu tous les 2 mois et comprennent tous les partenaires chargés de la mise en œuvre du programme, dont Banque mondiale.

Recommandation n° 3 : Le programme nigérien doit augmenter le nombre de chirurgiens afin de rattraper le backlog des opérations du TT grâce à des campagnes chirurgicales dès que possible.

Situation actuelle : En 2018, 40 chirurgiens du TT ont formés. Il y a actuellement 300 chirurgiens du TT au total qui travaillent au Niger.

Recommandation n° 4 : Le programme nigérien doit rechercher le soutien de toutes les parties prenantes et les partenaires afin de s'assurer que les activités prévues et nécessaires à Agadez soient réalisées.

Situation actuelle : En 2018, 4 chirurgiens du TT ont été formés à la chirurgie du TT. On leur a remis 6 kits pour le TT et 4 autoclaves. Au total, 77 opérations du TT ont été menées dans la région en 2018.

Recommandation n° 5 : Le programme nigérien doit songer à mettre en place le ratissage, en accordant la priorité aux districts ou aux unités d'évaluation connues pour avoir le plus important retard dans les opérations du TT.

Situation actuelle : Le ratissage a commencé au Niger et est en cours dans certains districts. Le déroulement a été légèrement retardé par l'épidémie de choléra.

Recommandation n° 6 : Le Programme Nigérien doit rechercher des occasions d'échanges transfrontaliers avec le Nigeria.

Situation actuelle : Le programme a tenu une réunion avec le coordinateur national du Nigeria pendant l'assemblée du Réseau Africain Francophone des Experts du Trachome en septembre 2018. Ces deux programmes se sont mis d'accord pour coordonner leurs activités. Les programmes travaillent avec l'Initiative internationale contre le Trachome (ITI) à coordonner les activités et déterminer le financement nécessaire à ces activités transfrontalières.

Recommandation n° 7 : Le programme nigérien doit envisager de poursuivre l'échange d'expériences avec le Programme malien de lutte contre le trachome.

Situation actuelle : Le programme continue à échanger des expériences avec le Programme National du Mali. Le coordinateur du Programme National assiste aux bilans du programme malien et participe à d'autres réunions tout au long de l'année.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 15 000 patients atteints de TT, dont 7 000 avec le concours du Centre Carter
- Former 38 chirurgiens du TT avec l'aide du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 3 541 627 doses d'azithromycine
- Distribuer 100 000 doses de POT ; toutes les doses de POT seront fournies par Le Centre Carter
- Réaliser 6 enquêtes d'impact et 6 enquêtes de surveillance

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

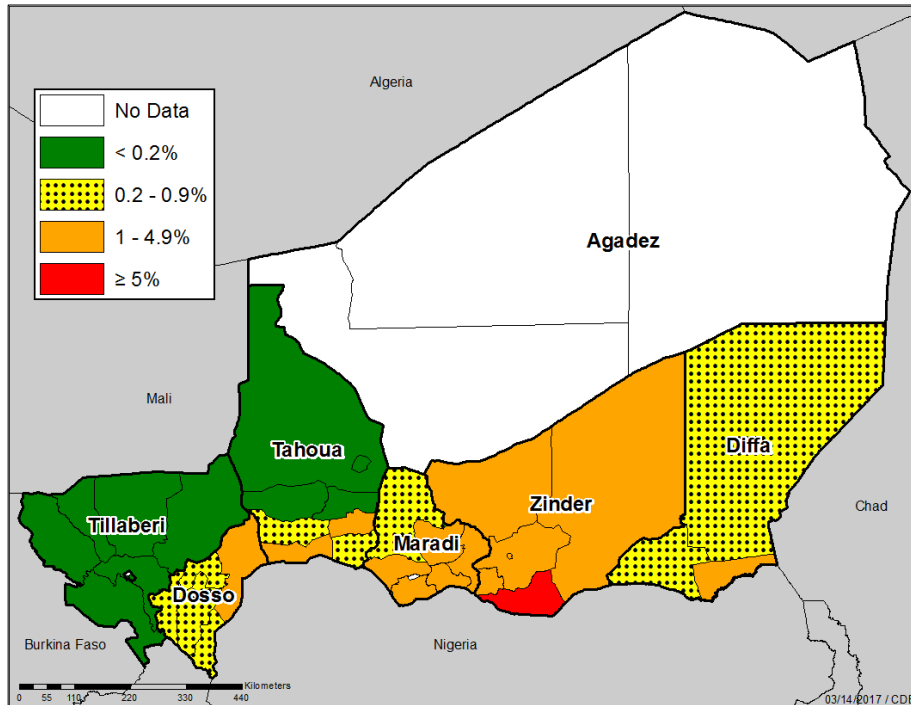
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire 600 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Construire 20 000 latrines, dont 10 000 avec le concours du Centre Carter
- Améliorer l'accès à l'eau potable ainsi que les points d'eau existants
- Construire des latrines dans les installations sanitaires et d'autres lieux publics
- Distribuer des unités de lavage des mains aux établissements scolaires et aux centres médicaux
- Développer les activités d'ATDC

Recherche opérationnelle

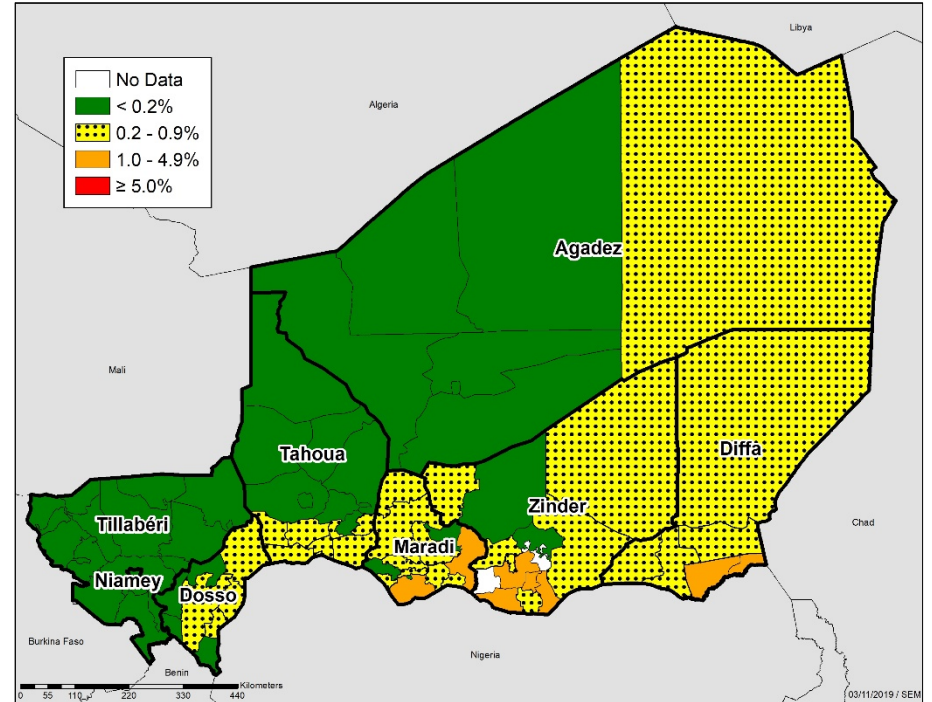
- Études en cours :
 - Procéder au suivi de chirurgiens spécialistes du TT formés avec HEADSTART
 - Effectuer un suivi postopératoire sur la qualité des opérations du TT
 - Mortality Reduction After Oral Azithromycin (MORDOR - réduction de la mortalité après l'azithromycine par voie orale)

Niger : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

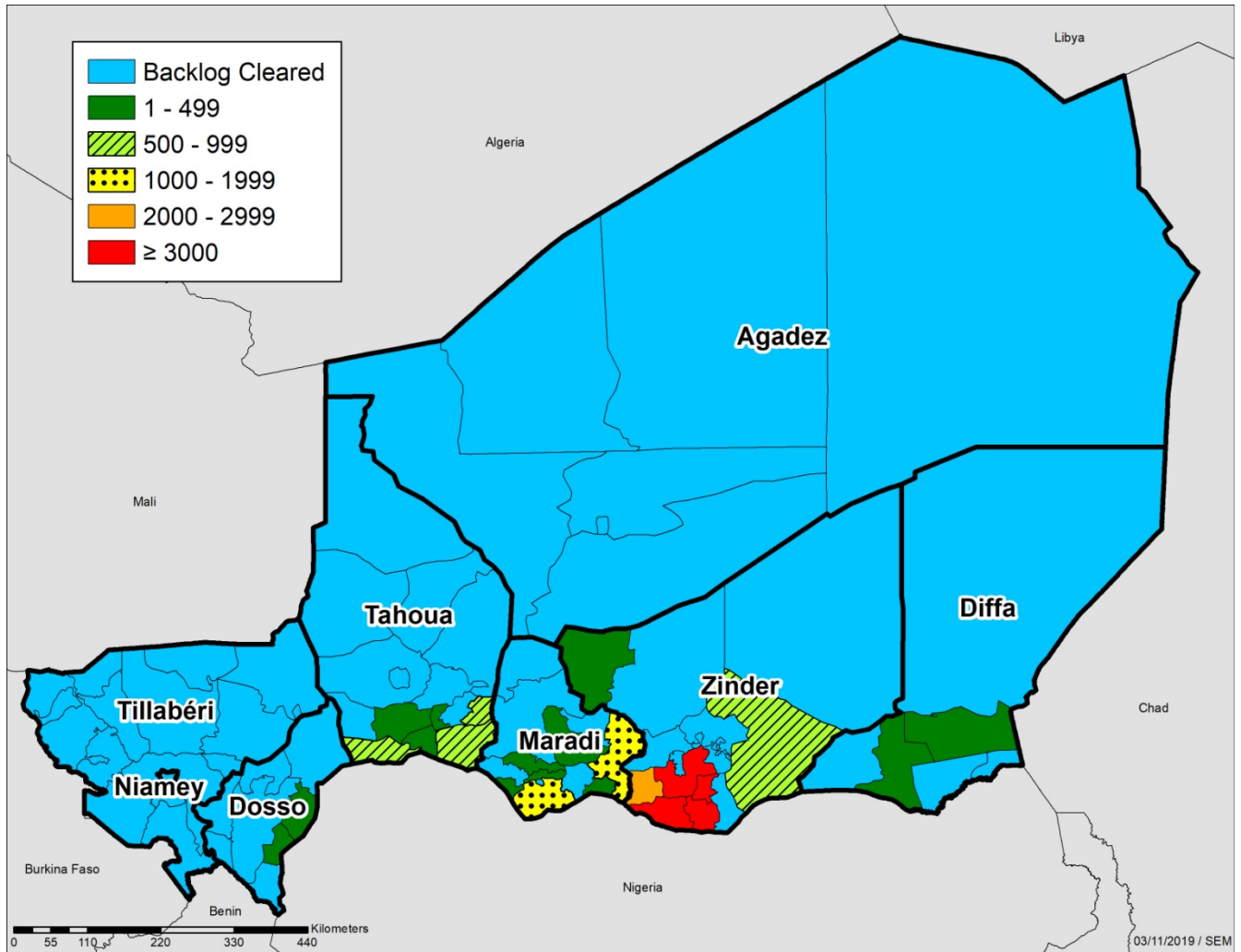
Situation de référence, 2000-2007



2018

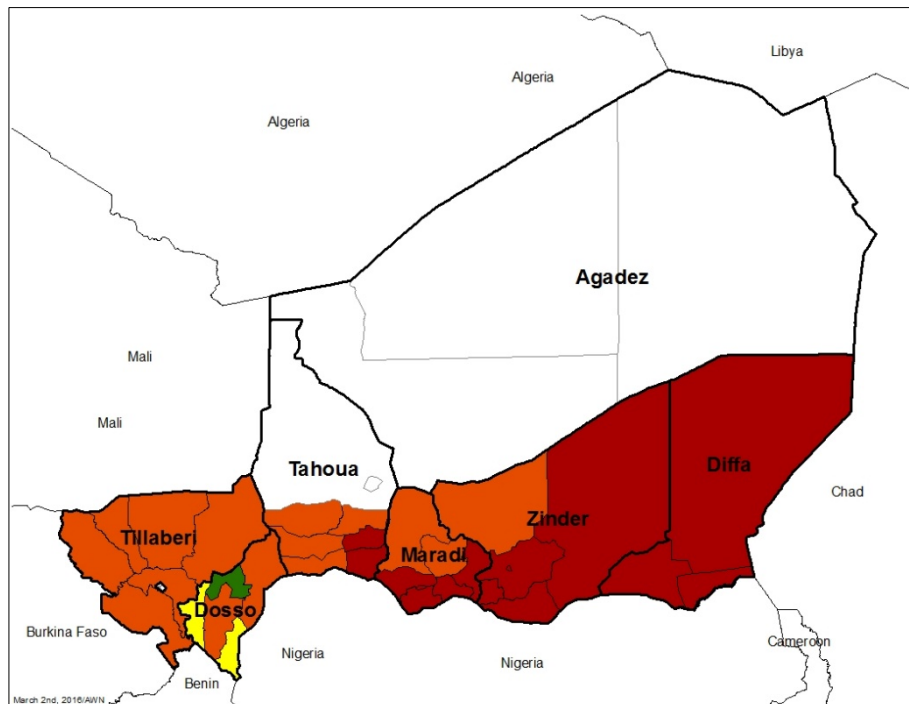


Niger : backlog chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

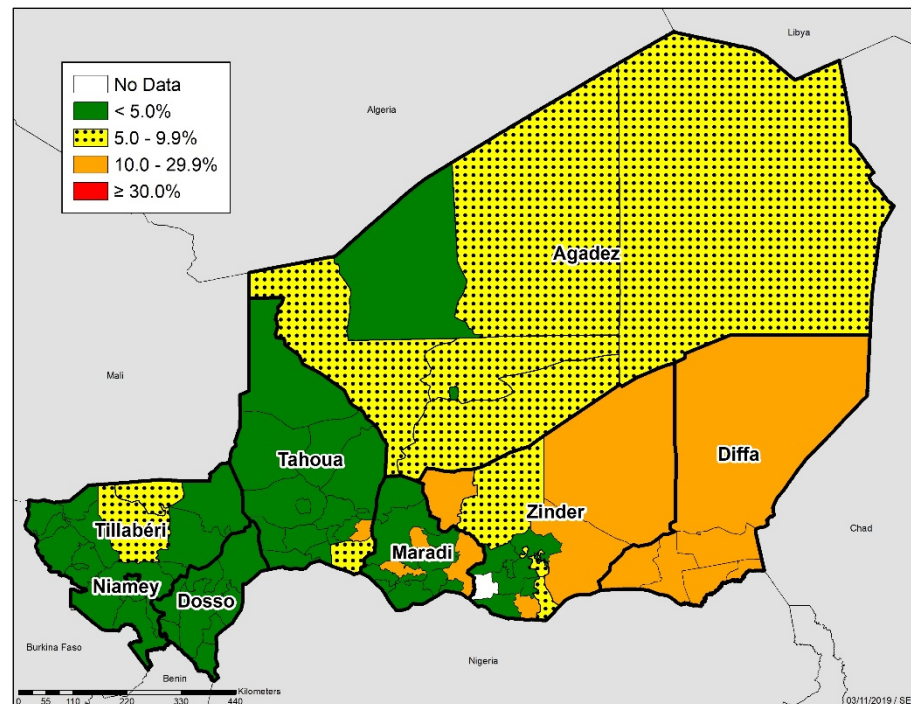


Niger : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

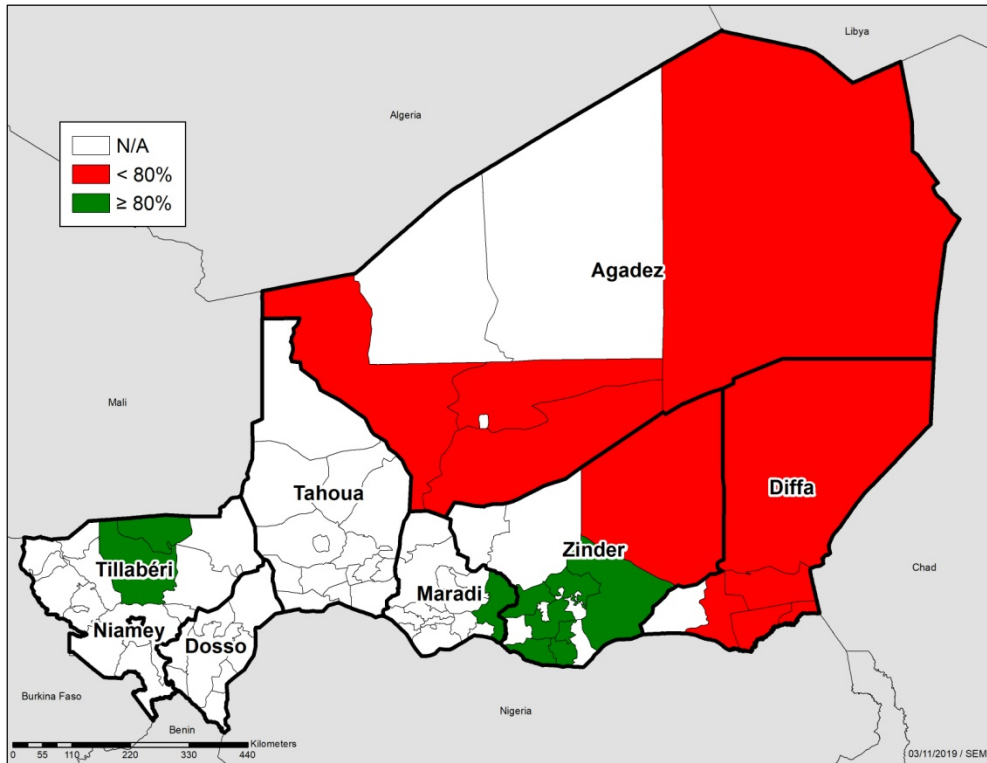
Situation de référence, 2000-2007



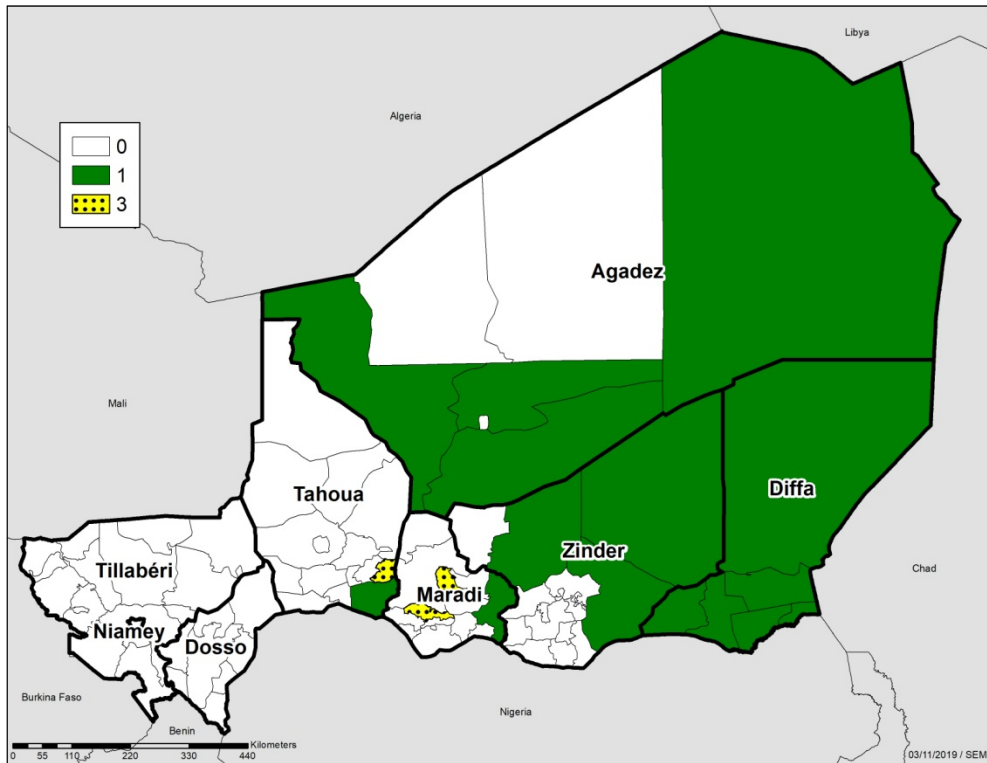
2018



Niger : Couverture de la DMM, 2018



Niger : Tournées de DMM restantes, 2018



CHANCE au Soudan du Sud

Présenté par M. Makoy Samuel, directeur des MTN pour chimiothérapie préventive, Ministère de la Santé, Soudan du Sud

Rappel du contexte de l'étude

Les enquêtes de prévalence effectuées entre 2001 et 2006 ont fait état d'une prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire atteignant 77,2 % chez les enfants âgés de 1 à 9 ans ; et, pour le trichiasis trachomateux, d'une prévalence atteignant 15,1 % chez les adultes âgés de 15 ans et plus, dans certains districts de la région du Grand Nil Supérieur. Malgré la forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement la principale priorité du gouvernement. Avant cela, le Programme Trachome dépendait du Département des soins oculaires ; mais en fin 2013, il a été rattaché au département des MTN. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de moyens. Dans les districts bénéficiant d'interventions CHANCE, la plupart des activités portent sur le composant A. Le premier PAT a été achevé en 2012.

Le programme avait initialement prévu de mener des études de référence dans 5 États du Soudan du Sud dans le cadre du PCGT et des études d'impact dans 8 zones bénéficiaires du concours du Centre Carter ; mais des combats ayant eu lieu la majeure partie de l'année 2014 ont cependant empêché de réaliser les enquêtes. Pour des questions de sécurité, Le Centre Carter a suspendu toutes les activités en décembre 2013. Depuis le début du conflit plus de 800 000 personnes ont fui leur domicile et un grand nombre de ces exilés habitaient dans les districts où le programme de lutte contre le trachome était actif. Le Centre Carter a recommencé à participer aux activités du programme en septembre 2014.

En octobre 2014, l'équipe de travail chargée des MTN a été remise au travail et s'est vu confier une analyse de la situation et le lancement d'un plan directeur. En 2015, les premières études d'impact sur le trachome ont été menées dans cinq des 5 districts où la maladie est connue pour être endémique. En raison de l'insécurité, seuls 5 districts étaient accessibles et Le Centre Carter était le seul partenaire à rester dans le pays. Les activités ont été à nouveau suspendues, de mai 2016 à août 2017. Après cela, une DMM a été menée à Kapoeta est, Kapoeta sud et Kapoeta nord. En juillet 2018, les services chirurgicaux pour le TT ont redémarré dans l'État de Kapoeta, après plusieurs années d'interruption. En janvier 2019, un atelier a été organisé pour développer un PAT pour les États de Kapoeta et de Torit. D'après les activités qui restent dans le pays, le Programme National a révisé la date de l'objectif d'élimination : initialement fixée à 2020, elle est reportée à 2030.

Chronologie

1999-2010 : Cartographie de la situation de référence

2001 : Début des activités de lutte contre le trachome

2005 : Accord de paix global signé

2007 : Instauration par le Ministère de la Santé du Soudan du Sud du Programme de Lutte contre le Trachome

2008 : Établissement du Groupe de travail Trachome

2011 : Le Soudan du Sud accède à l'indépendance

2012 : Finalisation du PAT

2013-2014 : Les combats dans certaines parties du pays entraînent le déplacement des populations

Janvier – septembre 2014 : Suspension des activités du programme

2015 : Premières enquêtes d'impact menées à Budi, à Lopa/Lafon, à Kapoeta est, Kapoeta nord et Kapoeta Sud

Mai 2016-août 2017 : Suspension des activités trachome

2017 : Les DMM reprennent à Kapoeta Est, Kapoeta Sud et Kapoeta nord

2018 : Formation de chirurgiens spécialistes du TT via HEADSTART dans l'État de Kapoeta

2019 : PAT mis au point pour les États de Kapoeta et de Torit
2030 : Objectif d'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Plan		avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	3 702 (5 districts sur 29)	1 000	623 (62,3 %)	500	530 (106 %)
Nbre de femmes opérées			451 (72,4 %)		451 (85 %)
Nbre de chirurgiens formés/remis à niveau		10	5 (50 %)	4	5 (125 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	468 061 (5 districts sur 29)	279 073	248 577 (89,07 %)	279 073	248 577 (89,07 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	15 130	15 130	17 105 (113 %)	15 130	17 105 (113 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		1 000	835 (83,5 %)	1 000	835 (83,5 %)
Nbre de latrines domestiques construites		80	0	20	0

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme National dispense des opérations du TT à travers le Soudan du Sud depuis 2001. Il a fait des progrès dans la cartographie des districts et dispose maintenant de données dans les régions de Unity, du Nil Supérieur, de Jonglei, de l'ouest, du centre et de l'est des États d'Equatoria. Toutefois, à cause de l'insécurité, il reste une bonne partie du pays à couvrir. L'insécurité a elle aussi provoqué le retard ou l'arrêt des activités dans le pays à différentes dates au cours de ces dernières années. En 2018, après une longue période d'interruption, le programme a repris les activités chirurgicales avec l'aide du Centre Carter. Au total, 530 interventions ont été menées en 2018 dans la partie est de l'État d'Equatoria avec le concours du Centre Carter. D'autres interventions ont été réalisées dans certains hôpitaux locaux, dont le nombre total s'élève à 623 en 2018. Sur la totalité des opérations pratiquées, 451, soit 72,4 %, ont concerné des femmes. De plus, 5 chirurgiens du TT ont été formés, ce qui représente 50 % de l'objectif pour l'année. Malgré ce progrès, la prévalence du TT reste la même dans les 5 États qui ont été cartographiés. Le nombre actuel du backlog dans ces 5 États s'élève à 3 172 et d'après les estimations, il lui faudra 6 ans pour se mettre à jour. S'il y avait de nouveaux moyens et si la situation au regard de la sécurité s'améliorait, le Programme National pourrait rattraper le backlog en beaucoup moins de temps.

Afin d'identifier des cas de TT à opérer, des équipes ont mené des recherches de cas dans 272 villages de 4 *payams*, ou districts, de la partie est d'Equatoria. Au total, 42 détecteurs de cas ont été formés et dépêchés sur le terrain, et les personnes chez lesquelles ils ont dépisté un TT ont été adressées à l'un des 8 camps chirurgicaux qui étaient en place. Pour identifier les cas, les détecteurs de cas et les mobilisateurs communautaires vont de maison en maison dans chaque village pour localiser tous les cas de TT suspectés. Au total, 858 personnes ont été dépistées et 67 %, soit 571 personnes, ont reçu un diagnostic confirmatoire. Sur les cas identifiés, 530 personnes, soit 93 %, ont été opérées du TT. Un total de 41 personnes ont refusé les services chirurgicaux parce qu'elles avaient d'autres responsabilités au moment des camps et ne pouvaient pas prendre le temps de se faire opérer.

Le programme a mis en œuvre une nouvelle stratégie pour le suivi des patients dans l'État de Kapoeta. Tous les patients qui se sont fait opérer ont bénéficié d'un endroit pour passer 1 nuit dans les installations du camp

chirurgical. Un soignant a été autorisé à rester avec chaque patient et les repas ont été assurés. Pendant cette période, les chirurgiens ont pu surveiller les patients, vérifier qu'on ne leur enlevait pas les pansements trop tôt et que l'opération se déroulait correctement. Si une chirurgie corrective supplémentaire était nécessaire, le chirurgien TT était en mesure de la dispenser à ce moment-là. De plus, les responsables de programme et les agents sanitaires ont apporté une éducation sanitaire sur le trachome à des patients grâce à des discussions et en montrant des vidéos sur le trachome. Outre le suivi d'1 jour, le programme a été en mesure de suivre 87 % des patients pendant 7 à 14 jours après l'opération et 72 % des patients pendant les 3 à 6 mois qui ont suivi l'intervention chirurgicale.

Antibiothérapie (A)

Les enquêtes de référence indiquent que dans plusieurs des districts du Soudan du Sud qui ont été cartographiés, le trachome est hyperendémique. Les données montrent que la prévalence du TF a été réduite dans 1 comté de l'est d'Equatoria. En 2018, le programme a réussi à mener des DMM à Kapoeta Est, Sud et Nord. Au total, 248 577 doses d'azithromycine et 17 105 doses de POT ont été distribuées grâce à la DMM. Cela représente 89 % et 113 % de l'objectif annuel respectivement. Dans chaque district, on est parvenu à plus de 80 % de couverture.

Le programme a obtenu d'excellents résultats pour faire bénéficier de la DMM des populations vivant dans des campements de bétail itinérants. Au total, 35 campements de bétail ont reçu une DMM, avec une population totale traitée de 10 901 personnes. Le temps mis par les équipes à parcourir la distance entre les camps allait de 1 heure à 2 jours. Atteindre ces campements de bétail itinérants et reculés nécessite plus de moyens qu'une DMM statique, mais le programme a pu obtenir des résultats grâce à la stratégie employée en 2018.

Les actions liées aux DMM vont se poursuivre dans les années qui viennent dans l'est d'Equatoria, et il faudra 2 à 3 tournées dans les districts qui ont été cartographiés. En 2018, le programme prévoyait de mener 6 enquêtes d'impact, mais les moyens nécessaires ont manqué. Le programme prévoit de mener des enquêtes en 2019.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Le Programme National a procuré des activités d'éducation sanitaire à 835 villages en 2018, atteignant ainsi 83,5 % de son objectif pour l'année. Les activités d'éducation sanitaire sont conduites en parallèle avec les activités chirurgicales et les actions liées aux DMM. Pendant les camps de chirurgicaux itinérants, des tableaux papiers et des messages vidéo sur le trachome sont utilisés quotidiennement. Pendant le suivi de 1 journée, des assistants chirurgicaux dispensent une éducation sanitaire aux patients et leur indiquent comment maintenir une hygiène des mains et du visage. L'éducation sanitaire est également intégrée dans les activités de DMM. Une formation est dispensée aux chefs de village sur les principaux messages sur le trachome. Des tableaux papiers sont distribués et des séances d'éducation sanitaire sont organisées pendant le déroulement de la DMM afin de promouvoir une meilleure hygiène et un meilleur assainissement. Par ailleurs, pendant la DMM, le programme a fait la promotion de la mise en œuvre d'une éducation sanitaire sur le trachome dans les écoles primaires et secondaires. En octobre 2018, le Programme National a participé pour la première fois à la Journée mondiale de la Vue. La manifestation a offert une plateforme mondiale pour fêter les réussites et partager des informations sur le trachome.

En janvier 2019, un atelier a été organisé pour développer un PAT pour les États de Kapoeta et de Torit. À l'atelier ont participé des ministres de la santé des deux États, ainsi que des représentants des ministères de la santé aux niveaux national, de l'État et des comtés. L'atelier était animé par M. Chad McArthur et comprenait des participants issus de l'ITII, de l'OMS, du Centre Carter et de plusieurs partenaires clés de WASH qui le mettent en œuvre au niveau des comtés.

Le programme continue à promouvoir et à subvenir à la construction de latrines, activité qui a bénéficié du concours du Centre Carter depuis 2005. Face à l'absence de construction de latrines en 2018, les séances ont comporté des informations sur l'importance de construire des latrines, de les entretenir et de les utiliser. Le programme prévoit de favoriser cette activité en 2019.

Obstacles au développement du programme

Le programme a été confronté à toutes sortes de difficultés en 2018. Il y a un manque de données fiables sur lesquelles baser les objectifs du programme. De vastes régions du pays doivent toujours procéder à une cartographie de référence. Les financements pour les activités trachome sont très limités au Soudan du Sud et, de ce fait, les activités sont restreintes. En 2018, le programme a connu une pénurie de poudre pour suspension orale (PSO) d'azithromycine à cause d'un changement dans les instructions de dosage pour la DMM. Le programme a collaboré avec l'ITI pour résoudre rapidement ce problème, et a obtenu de la PSO supplémentaire pour poursuivre les actions liées aux DMM. Actuellement, Le Centre Carter est la seule ONG à apporter son concours à des activités liées au trachome dans le pays. Certes, ce partenariat est fructueux, mais le programme voudrait voir plus d'ONG intervenir sur le terrain. Enfin, le programme a été confronté à une limitation de ses ressources pour réaliser des opérations sur des enfants, qui peuvent demander plus de moyens et de formation. Le programme espère disposer de plus de moyens pour y parvenir en 2019 et au-delà.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018 :

Recommandation n° 1 : Le Programme de lutte contre le trachome au Soudan du Sud doit envisager une révision stratégique en 2018 afin de mettre sur pied un plan d'action sur le trachome pour Kapoeta, une approche par étapes pour l'élargissement et un plan de paix future.

Situation actuelle : En janvier 2019, un atelier de PAT au niveau de l'État pour les États de Kapoeta et Torit a eu lieu à Kapoeta Town. Les participants étaient des ministères de la Santé des deux États, des représentants des ministères de la santé aux niveaux national et de l'État, ainsi que des représentants aux niveaux national, de l'État et des comtés de différents services du ministère. C'est Chad MacArthur qui animait l'atelier, auquel ont également assisté des représentants du Centre Carter, de l'ITI, de l'OMS, de l'Association des ophtalmologistes du Soudan du Sud, ainsi que plusieurs partenaires de WASH intervenant au niveau du pays.

Recommandation n° 2 : Le programme sud-soudanais doit se donner pour priorité la formation de chirurgiens nationaux spécialistes du TT et la formation doit faire appel à HEAD START. De plus, le programme doit envisager d'embaucher des chirurgiens à plein temps pour travailler à Kapoeta.

Situation actuelle : En juillet 2018, une formation de spécialistes du TT a été organisée à Mogos dans l'État de Kapoeta. Cinq chirurgiens ont été formés à opérer le TT à l'aide de HEADSTART. Les nouveaux chirurgiens ont été formés à la méthode Trabut, et les anciens ont bénéficié d'une remise à niveau sur méthode de la rotation bilamélaire du tarse (RBLT). Trois des 5 chirurgiens ont été mis sous contrat et ont réalisé 8 campagnes chirurgicales dans l'État de Kapoeta.

Recommandation n° 3 : Le programme sud-soudanais doit envisager, lorsqu'il le pourra, de travailler avec le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée afin de promouvoir une sensibilisation et faire connaître l'existence de récompenses en argent liquide.

Situation actuelle : Le Programme National s'est intégré aux structures existantes du programme d'éradication du ver de Guinée pendant la DMM afin de faire connaître l'existence des récompenses en numéraire offertes par le programme sur le ver de Guinée. Grâce à cette activité intégrée, 111 rumeurs et 67 cas de TT suspects ont été signalés et traités.

Cibles pour 2019 dans les états de Kapoeta et Torit et projets pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 2 650 patients atteints de TT, dont 530 avec le concours du Centre Carter
- Former 15 chirurgiens du TT avec l'aide du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

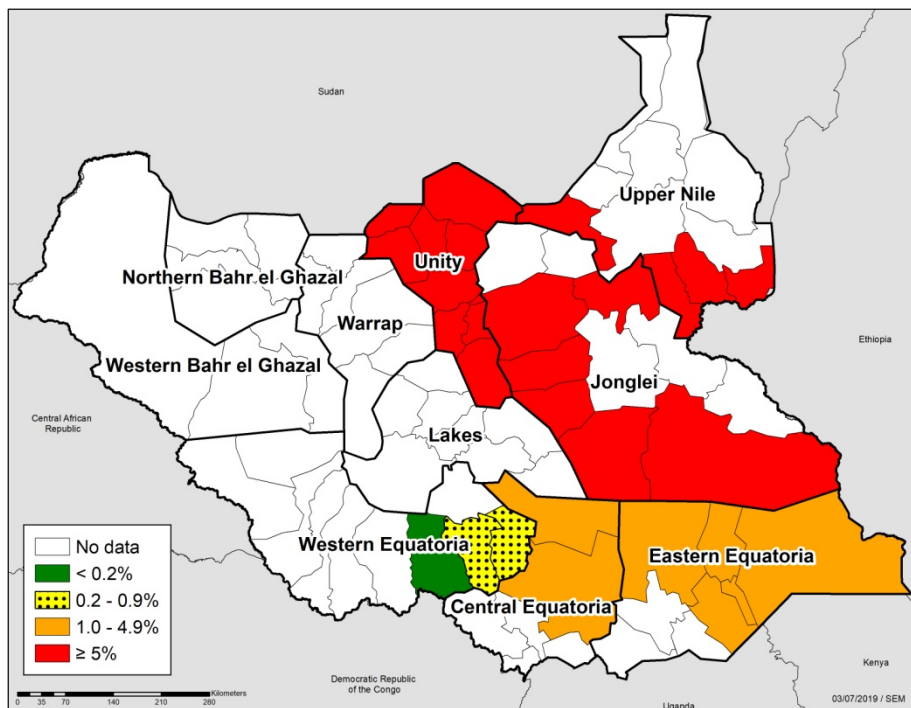
- Distribuer 501 582 doses d'azithromycine, dont 303 030 doses avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 15 575 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter
- Mener 6 enquêtes d'impact

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

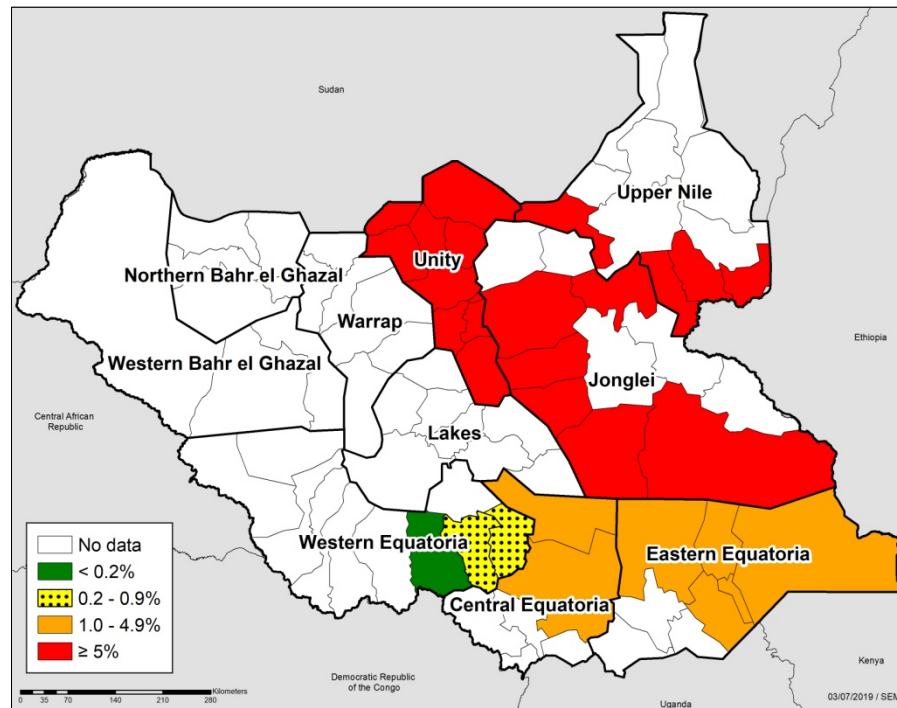
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 1 000 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Construire 80 latrines, toutes avec le concours du Centre Carter
- Diffuser des supports de communication IEC sur le trachome pour toucher 1 000 villages
- Continuer à participer aux réunions des groupes sectoriels WASH et des groupes santé pour plaider pour la construction de latrines
- Augmenter l'éducation sanitaire dans les écoles primaires

Soudan du Sud : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

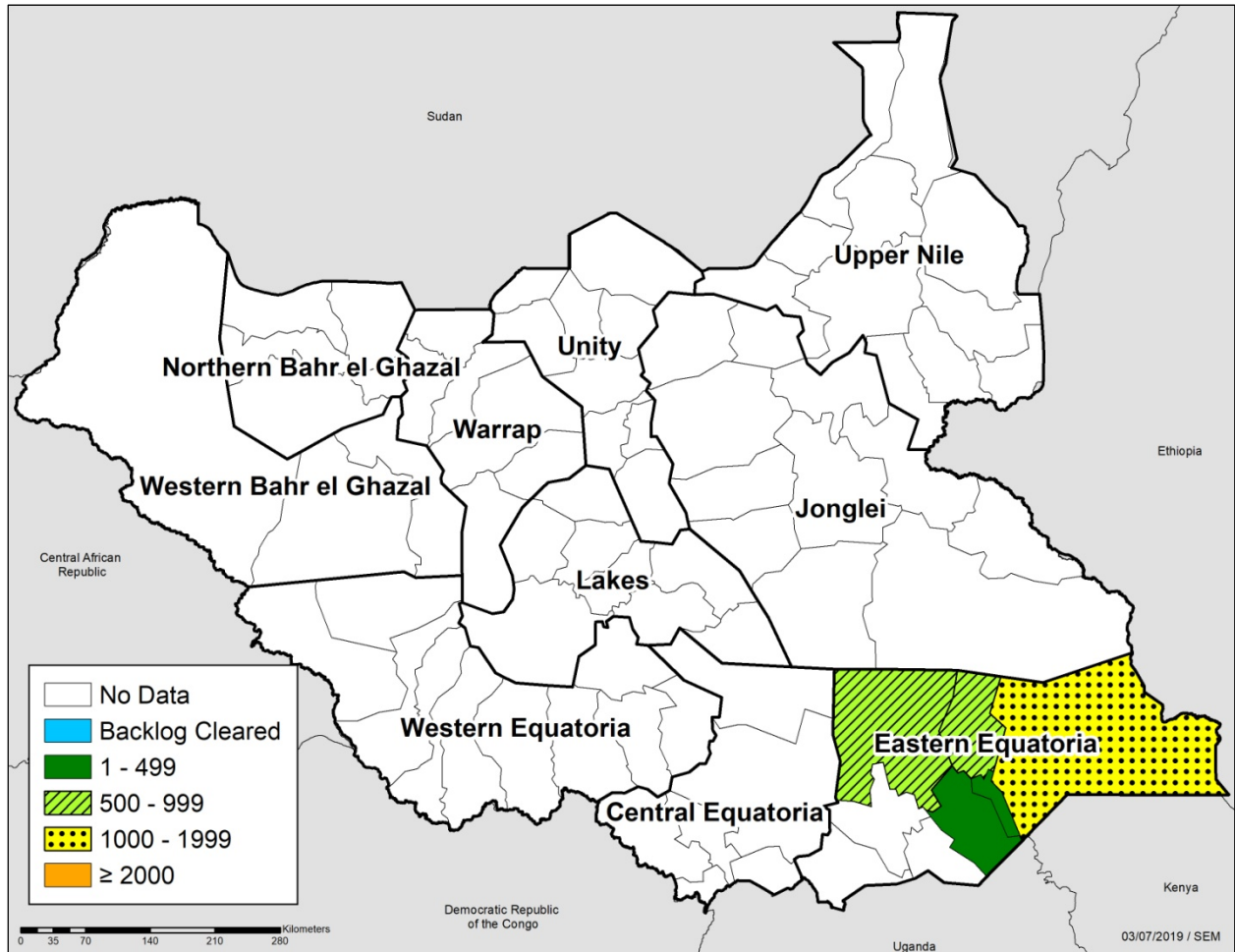
Situation initiale, 2001-2010



2018

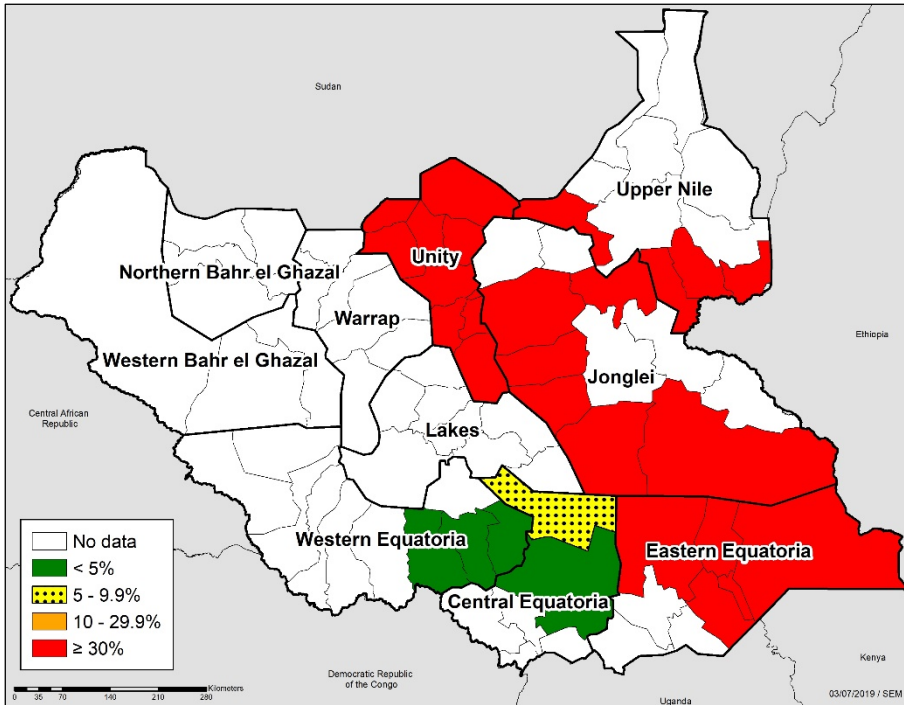


Soudan du Sud : backlog chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

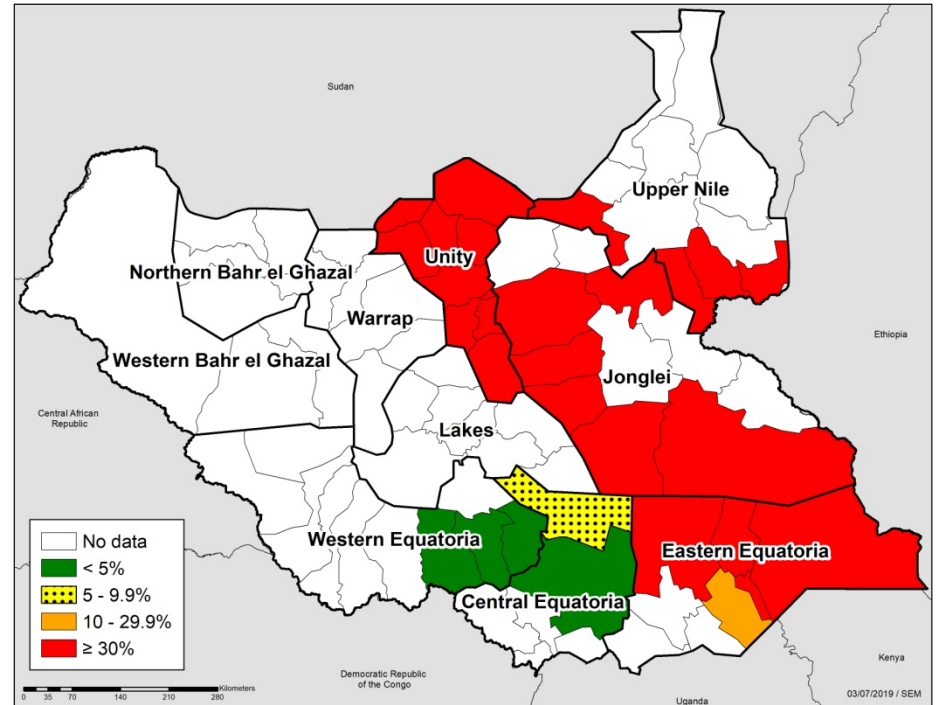


Soudan du Sud : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

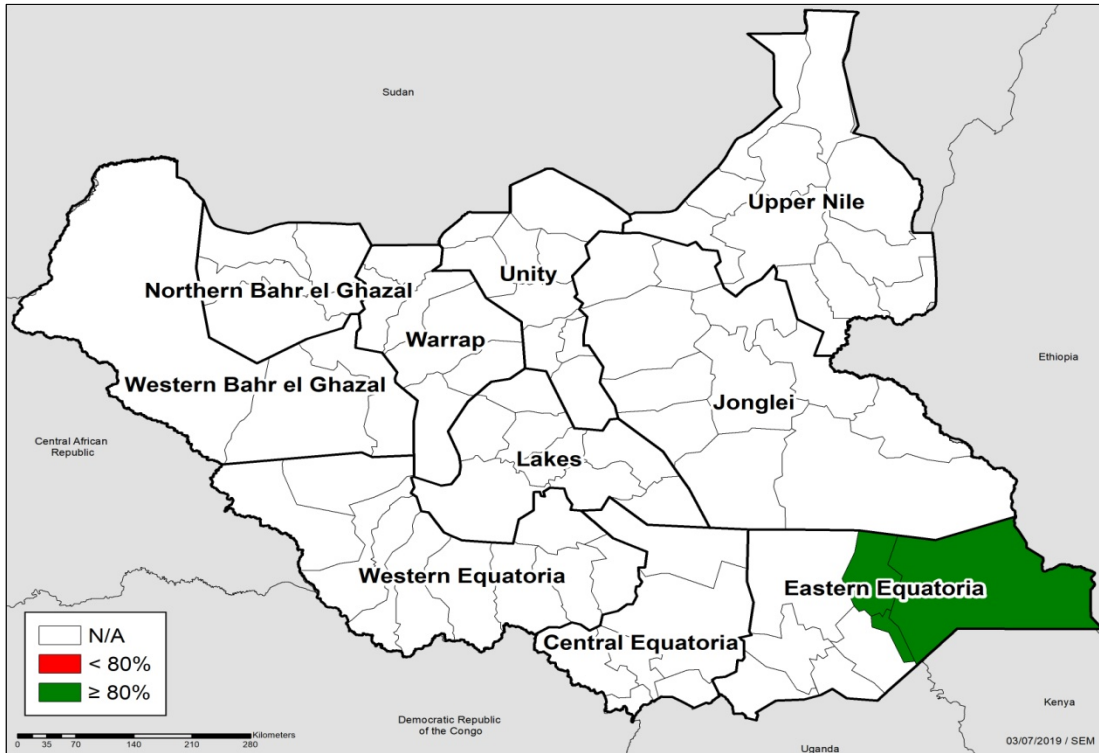
Situation initiale, 2001-2010



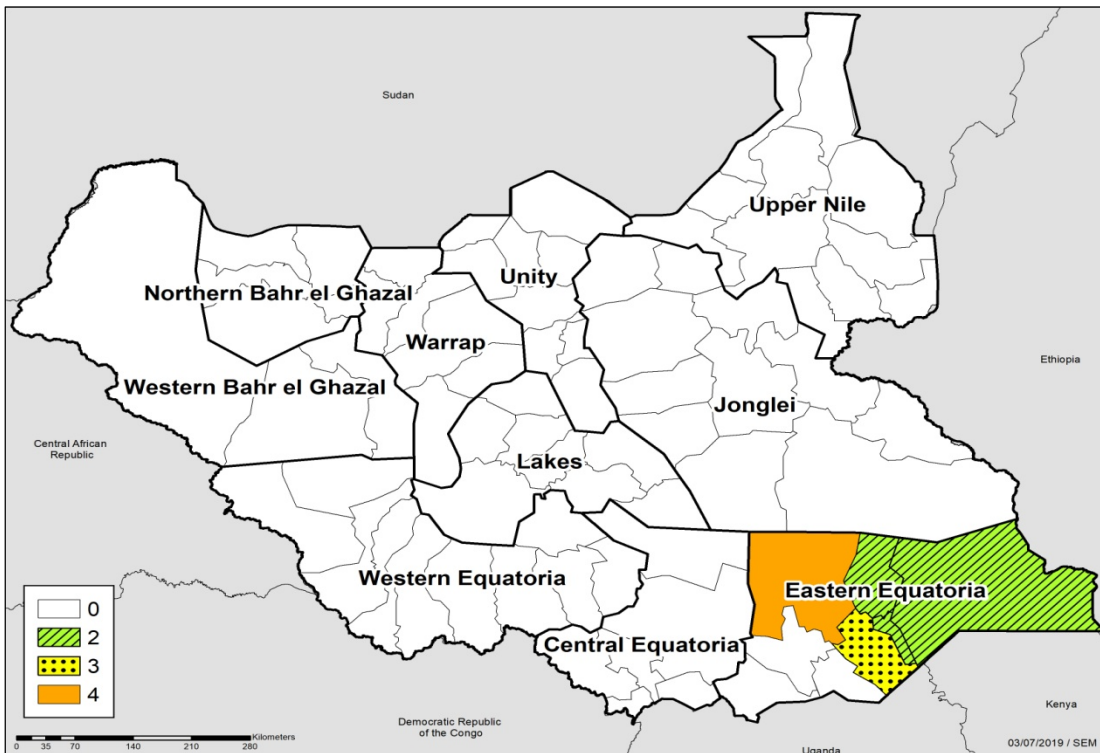
2018



Soudan du Sud : Couverture de la DMM par district, 2018



Soudan du Sud : Tournées de DMM restantes, 2018



CHANCE au Soudan

Présenté par le Dr Balgesa Elkheir Elshafie, Coordinateur national, Programme National de Lutte contre le trachome, Ministère fédéral de la Santé, Soudan

Rappel du contexte

Le MFdS travaille à la lutte contre le trachome depuis 1962, année qui a vu l'incorporation du trachome dans le Programme National pour la prévention de la cécité (PNPC). L'Académie des Sciences médicales et des Technologies a repris la direction du programme dans les années 90, au titre d'organisation sous contrat pour le compte du MFdS. En 2005, le MFdS a inscrit le Programme de Lutte contre le Trachome dans le PNPC. L'élimination du trachome cécitant est l'une des priorités du MFdS et des financements publics sont alloués pour permettre la réalisation du programme. En 2012, le gouvernement a alloué 1,5 millions de dollars sur 5 ans pour soutenir le partenariat avec Le Centre Carter pour la lutte contre le trachome. Il existe un puissant mécanisme de coordination entre le gouvernement, représenté par le MFdS et le ministère fédéral des Finances, et les partenaires chargés de la mise en œuvre du programme tels que Le Centre Carter et Sightsavers.

Une cartographie nationale de la prévalence a débuté en 2006 et a pris fin en 2010 dans toutes les zones sauf le Darfour. La cartographie du Darfour a été pratiquement achevée en 2015 grâce à la coordination du MFdS, du PCGT, de Sightsavers et du Centre Carter ; mais il reste encore 14 localités. En 2017 et 2018, les premières enquêtes de surveillance ont été menées dans les localités de El Jabalain et Dongola. De plus, en 2018, des activités CHANCE ont été mises en œuvre dans des camps de réfugiés sud-soudanais, après une enquête de référence menée en 2017 qui avait montré qu'une intervention CHANCE complète était justifiée. Les interventions relatives à la S, à l'A et au N bénéficient du concours du Centre Carter, de Sightsavers et du MFdS. L'intervention relative à E est mise en œuvre par différents États et ministères, et soutenue par le Fond des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et d'autres organisations. Bien que Le Centre Carter ne finance pas directement les activités relatives à E, il apporte son concours aux actions de plaidoyer pour cette composante. Le programme continue à œuvrer vers l'élimination en tant que problème de santé publique d'ici à 2020.

Chronologie

1999 : Le Centre Carter commence à apporter son concours au Programme de Lutte contre le Trachome

2000 : début des dons de Zithromax® par Pfizer Inc.

2005 : Le Programme National de Lutte contre trachome est transféré au MFdS

2005-2010 : Enquêtes de prévalence de référence (sauf dans les États du Darfour et de Khartoum)

2010-2016 : enquêtes d'impact menées dans les États du nord du Nil, du Nil Bleu, du Nil Blanc, de la mer Rouge, du Sinnar et de Gedarif

2013 : début du soutien de Sightsavers au Programme de Lutte contre le Trachome

2014 : achèvement du programme de santé à l'école et des directives pour les enseignants sur l'élimination du trachome

2015 : achèvement de la cartographie du Darfour dans les zones accessibles ; formation des enseignants sur les programmes scolaires relatifs au trachome tenue d'ateliers sur le PAT

2016 : Lancement du PAT ; La DMM a démarré dans les États du Darfour

2017 : Première enquêtes de surveillance menée dans la localité d'El Jabalain et enquêtes pilotes uniquement sur le trachome ; atelier sur le N et E ; enquête de référence menée dans des camps de réfugiés sud-soudanais

2018 : Enquête de surveillance menée dans la localité de Dongola ; enquêtes d'impact entamée dans les États du Darfour ; interventions CHANCE mises en œuvre dans des camps de réfugiés soudanais

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Objectif	Plan		avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	34 296	7 500	1 632 (22 %)	2 100	825 (39 %)
Nbre de femmes opérées			1 093 (67 %)		568 (69 %)
Nbre de chirurgiens formés		30	41 (136 %)	S/O	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	2 277 010	2 277 010	2 092 025 (92 %)	845 643	479 167 (56 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	45 540	45 540	30 482 (67 %)	16 193	9 064 (54 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		2 118	2 075 (98 %)	277	234 (85 %)
Nbre de latrines domestiques construites		Aucun objectif fixé	Non communiqué	S/O	S/O

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme National a offert 1 632 opérations du TT en 2018, atteignant 22 % de son objectif annuel, fixé à 7 500 interventions. Sur la totalité des opérations pratiquées, 1 093, soit 67 %, ont été pratiquées sur des femmes. Le Centre Carter a apporté son aide à 825 des 1 632 interventions pratiquées. Le backlog est estimé à 41 858. Au rythme actuel, il faudra encore 36 ans au programme pour rattraper le backlog. Le programme est en train de mettre au point un protocole hybride pour des enquêtes portant uniquement sur le TT/des détections de cas à utiliser dans les communautés non endémiques, ce qui pourrait être utile pour réduire l'estimation des cas de TT et identifier des patients.

Le Programme National a fourni une formation en chirurgie du TT à 41 chirurgiens, dépassant de 36 % son objectif annuel, fixé à 30 %. En 2018, le programme a pu étendre la formation à des non-ophtalmologistes pour la première fois de son histoire. Cela peut contribuer à accélérer le rythme auquel le programme est capable de mener les opérations. L'une des formations a eu lieu dans l'État de Gedarif. Trois responsables médicaux et 1 auxiliaire médical ont reçu une formation sur la chirurgie du TT. La formation, qui s'est déroulée sur 5 jours, comprenait des connaissances cliniques, un stage avec HEADSTART ainsi qu'une formation chirurgicale pratique sur sujets vivants. Dans le cadre de leur formation, les chirurgiens ont participé à un camp chirurgical dans 1 localité. Deux des stagiaires ont également participé à un camp dans la localité de Galabat Ouest. Dorénavant, le programme proposera des formations aux responsables médicaux au niveau de l'État exprimant un intérêt pour la chirurgie du trachome.

Le programme a fait appel à la détection de cas pour trouver des patients dans l'État de Gedarif. Au total, 203 détecteurs de cas sont allés de maison en maison dans 32 villages de 2 localités différentes pour identifier des patients. Des détecteurs de cas, trouvés dans les communautés ciblées, ont suivi une journée de cours, pendant laquelle le programme d'enseignement de la CILCT pour les détecteurs de cas du TT a été utilisé. Il a fallu 4 jours pour boucler la stratégie, et les patients chez lesquels on soupçonnait un TT ont été adressés à 2 camps chirurgicaux pour obtenir un diagnostic confirmatoire et se faire opérer, selon les besoins. Au total, 66 526 personnes ont bénéficié d'un dépistage du TT, et pour 491 d'entre elles, soit environ 1 %, un TT a été soupçonné. Ces patients ont été examinés par des chirurgiens formés, et 369 ont eu confirmation de leur TT. 48 % d'entre eux, soit 175 cas, ont été opérés. Au total, 11 cas ont été épilés et 11 ont été envoyés dans un

hôpital pour se faire opérer. Les cas confiés à l'hôpital comprenaient les personnes souffrant d'inflammation et des enfants atteints de TT, qui ont besoin d'une anesthésie générale pour être opérés. L'intervention chirurgicale a été refusée par 115 patients pour divers motifs, dont la récurrence et la crainte de ne pas pouvoir travailler au moment des récoltes.

Antibiothérapie (A)

Le Programme National a atteint le seuil d'élimination du TF dans de nombreux districts depuis les enquêtes de référence menées dans toutes les régions, sauf le Darfour, en 2007. Les dernières enquêtes montrent que le programme continue à progresser, y compris dans certaines régions de Darfour. Les actions liées aux DMM ont continué en 2018. Le programme a distribué 2 092 025 doses d'azithromycine et 30 482 doses de POT. Le Centre Carter a participé à la distribution de 56 % des doses d'azithromycine. Selon le planning, deux localités devaient recevoir une DMM, mais les équipes n'ont pas pu y accéder pour des raisons de sécurité. Le programme a atteint 80 % de couverture minimum dans toutes les régions bénéficiaires de DMM en 2018. Suite au changement dans les instructions de posologie pour la DMM, le programme a modifié les sondages actuels sur l'administration et se basera sur les nouveaux calculs pour la distribution de médicaments dans les prochaines DMM. Les données indiquent qu'il reste des tournées de DMM à mener dans l'État du Nil Bleu, certains camps de réfugiés et plusieurs zones du Darfour.

En 2018, 10 enquêtes ont été menées. Le programme a mené 9 enquêtes d'impact dans l'État de la mer Rouge, l'État de Gedarif, l'État du Darfour occidental, l'État du Darfour méridional et l'État du Darfour septentrional. Les données des enquêtes d'impact menées dans les États de Gedarif et de la mer Rouge montrent que les localités étudiées sont parvenues à ramener le TF en dessous de 5 %. Les localités objets des enquêtes dans le Darfour occidental ont réduit la prévalence du TF mais n'ont pas encore atteint le seuil d'élimination. Une enquête de surveillance menée dans la localité de Dongola, dans le nord de l'État a indiqué que le TF était resté en dessous des 5 %.

Le programme a également recueilli des données sur le N et E au cours des enquêtes d'impact et de surveillance. Les indicateurs comprenaient les enfants de 1 à 9 ans ayant le visage propre et les foyers équipés de latrines. Il ressort des résultats que plus de 75 % des enfants ont le visage propre dans les localités de Baldyat el Gedarif, Sawakin, et Dongola. Par ailleurs, Dongola atteint près de 100 % de foyers équipés de latrines.

Le programme a dirigé des formations pour les agents de gradation et les préposés à l'enregistrement des données d'enquête. La formation s'est déroulée sur 2 jours, pendant lesquels les agents de gradation ont été formés à la façon de dépister le trachome et de se servir du système de gradation simplifié de l'OMS. Sur les 10 agents de gradation, 9 ont réussi l'épreuve de fiabilité. Des superviseurs et des agents de dénombrement ont suivi des formations sur la méthodologie des enquêtes et la saisie des données. Une autre formation a eu lieu au Soudan pour des agents de gradation et des formateurs de Libye et de Somalie.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Le Programme National mène des activités d'éducation sanitaire pendant les campagnes de DMM et de chirurgie. En regroupant ces activités, le programme a touché davantage d'habitants dans chaque communauté. En 2018, avec le concours du Centre Carter, le programme a formé plus de 1 500 bénévoles de DMM à la diffusion de messages N et E et les activités se sont déroulées dans près de 300 villages. Le programme fait également appel à des émissions radio et de télévision en direct pour diffuser des messages sur le trachome et les moyens d'éviter la maladie. Plus de 165 discussions de groupe ont été menées au cours des campagnes de DMM et de chirurgie du TT dans les localités endémiques. Les chefs religieux ont eux aussi reçu une formation pour délivrer des messages sur le trachome au cours des offices dans les mosquées. Les

équipes ont distribué des milliers d'affiches, de tableaux papier, de dépliants, de t-shirts, de casquettes et de sacs. Les détecteurs de cas de TT ont eux aussi été associés à la diffusion de messages d'éducation sanitaire.

Le programme d'enseignement sur le trachome est enseigné dans les écoles primaires et secondaires. Les enseignants et les anciens élèves se servent de livres sur M. Lapin (éducateur sur le trachome), de tableaux papier et d'affiches en classe pour faire des leçons sur le trachome. Les écoles soutiennent la création d'Amicales du Trachome, qui font la promotion d'activités d'éducation sanitaire dans les établissements scolaires et les communautés voisines. Les élèves partagent souvent les leçons qu'ils ont apprises en classe avec leur famille et des membres de leur communauté.

Le programme ne participe pas directement aux activités liées aux latrines et à l'approvisionnement au Soudan. Le ministère de l'Éducation, l'UNICEF et d'autres organisations WASH sont chargées du contrôle de ces activités. Des sociétés d'investissement participent à la construction de latrines et de points d'eau. Les partenaires qui prêtent leur concours à l'adduction d'eau et à la construction de latrines dans les zones où le trachome est endémique sont notamment l'unité de construction de barrages, des sociétés pétrolières privées, des ministères d'État du génie civil et les collectivités elles-mêmes.

Planification de la transition et dossier de planification

À ce jour, aucune mesure n'a été prise par le Programme National en ce qui concerne la planification de la transition et la constitution du dossier.

Obstacles au développement du programme

Le programme a été confronté à plusieurs difficultés en 2018. En raison de l'insécurité, le programme n'a pas réussi à accéder à certaines zones endémiques dans l'État du Nil Bleu. L'insécurité a aussi provoqué des déplacements de population, qui risquent de retarder le programme dans ses activités CHANCE alors qu'il réévalue dans quels endroits des interventions sur le trachome sont nécessaires. Le pays a connu une longue saison des pluies, qui a retardé certaines activités. Les saisons d'élevage et de récoltes multiplient les déplacements de population dans certaines zones, compliquant du même coup l'accès pour les activités de DMM et les activités liées au TT. Le fait d'avoir des responsabilités par rapport aux récoltes peut aussi entraîner des refus de se faire opérer. Enfin, il y a 14 localités au Darfour qui ont toujours besoin d'être cartographiées avant de pouvoir mettre en place des interventions.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018 :

Recommandation n° 1 : Le programme du Soudan doit très résolument mettre en œuvre les activités déjà planifiées dans le PAT afin de rattraper son backlog dans les opérations du TT, à l'aide d'une planification détaillée et d'activités simultanées, d'ici à 2020.

Situation actuelle : La mise en œuvre des activités en 2018 a démarré comme prévu. Le programme a formé 38 officiers du registre à l'hôpital de l'œil de Khartoum, ainsi que 3 nouveaux chirurgiens dans l'État de Gedarif. La détection de cas de TT a été mise en œuvre en coordination avec les camps TT et, au total, 5 camps TT ont été menés dans des localités ciblées et dans des camps de réfugiés sud-soudanais.

Recommandation n° 2 : Le Programme soudanais de lutte contre le trachome doit résolument former les nouveaux travailleurs sanitaires de niveau intermédiaire approuvés (médecins et assistants médicaux) pour en faire des chirurgiens spécialistes du TT en 2018.

Situation actuelle : En 2018, 3 responsables médicaux ont été formés à la chirurgie du TT.

Recommandation n° 3 : Le Programme soudanais de lutte contre le trachome doit mettre en œuvre les programmes d'enseignement sur le trachome dans les localités du Darfour où le trachome est endémique.

Situation actuelle : Il n'y a pas eu de financement disponible pour cette activité en 2018.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 5 000 patients atteints de TT, dont 1 500 avec le concours du Centre Carter
- Former 40 chirurgiens spécialistes du TT avec l'aide du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 1 952 631 doses d'azithromycine, dont 337 602 doses avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 39 053 doses de POT, dont 6 752 doses avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 2 enquêtes d'impact et 4 enquêtes de surveillance

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

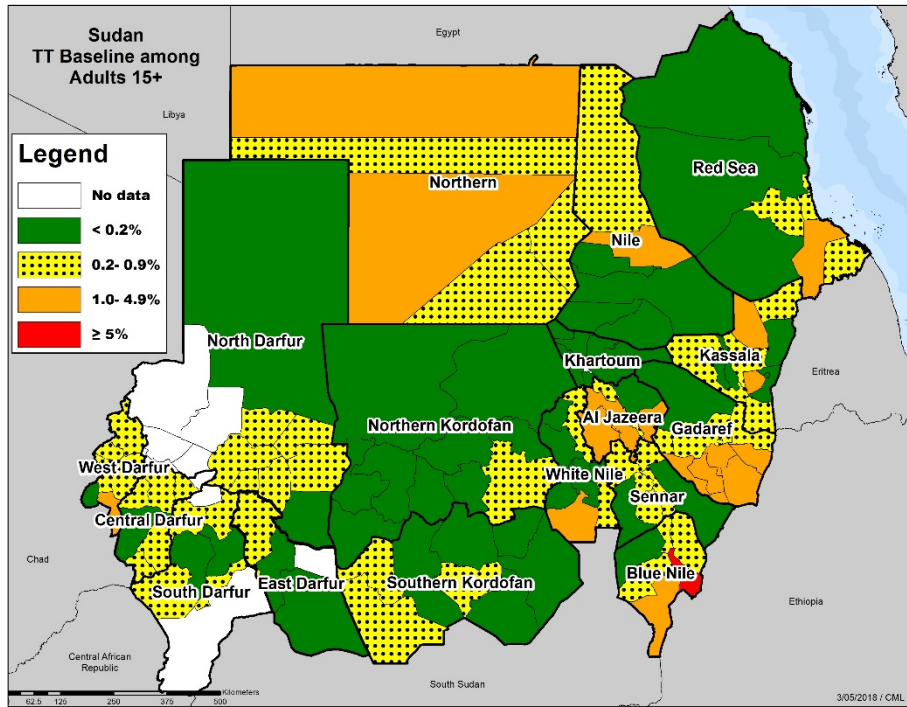
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 1 583 villages, dont 131 avec le concours du Centre Carter.
- Favoriser des cours d'enseignement sur le trachome dans les établissements scolaires des localités ciblées
- Introduire des cours d'enseignement sur le trachome dans les écoles primaires et secondaires au Darfour
- Sensibiliser davantage au nettoyage des mains et du visage ainsi qu'à l'utilisation des latrines
- Faire participer des groupes de femmes et de jeunes, le secteur WASH et les ONG WASH dans les zones endémiques
- Plaider auprès de l'Unicef et de la division de l'Eau et de l'Assainissement en faveur de l'adduction d'eau et la fourniture de latrines
- Continuer les plaidoyers pour que les foyers des zones ciblées aient leurs propres latrines

Recherche opérationnelle

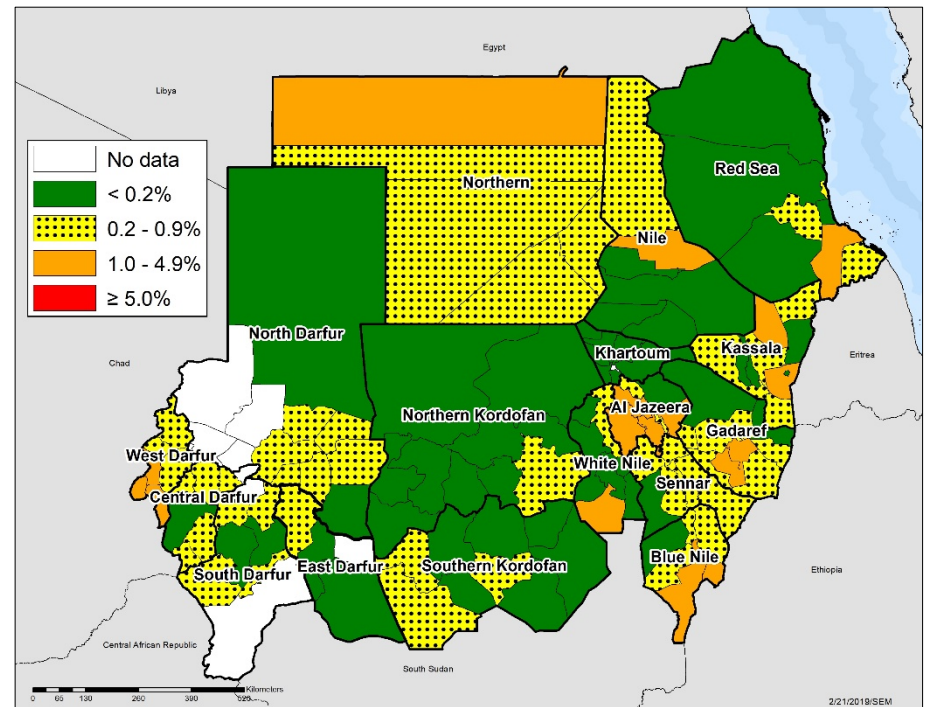
- Études en cours :
 - Collecte d'écouvillons conjonctivaux dans la localité d'Al-Rahad dans l'État de Gedarif, dans le cadre des enquêtes d'impact sur le trachome
- Études en projet :
 - Contrôle sérologique des antigènes de *Chlamydia trachomatis* dans le Darfour septentrional

Soudan : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

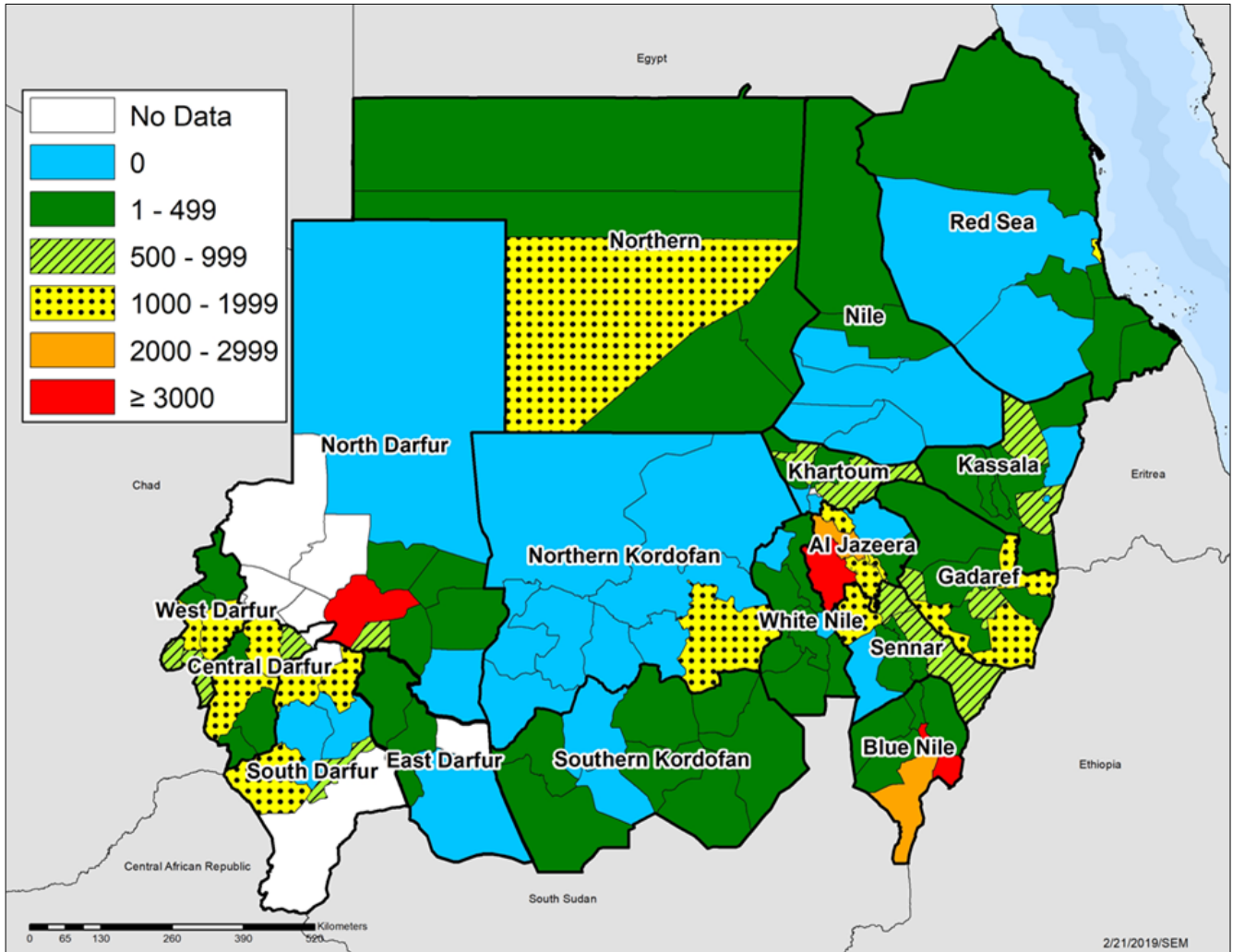
Situation de référence, 2006



2018

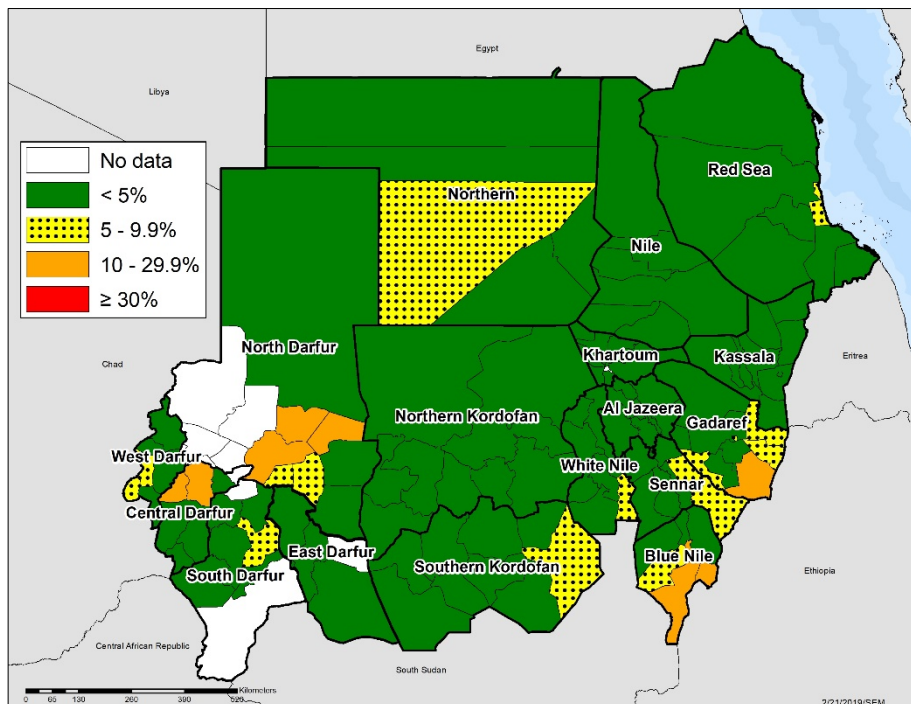


Soudan : backlog chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

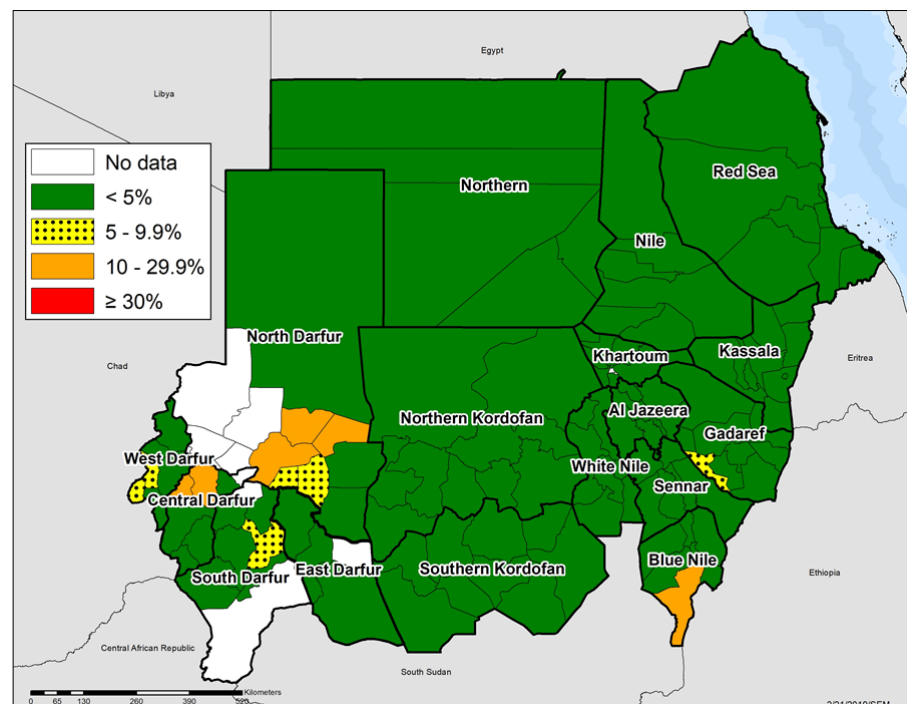


Soudan : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

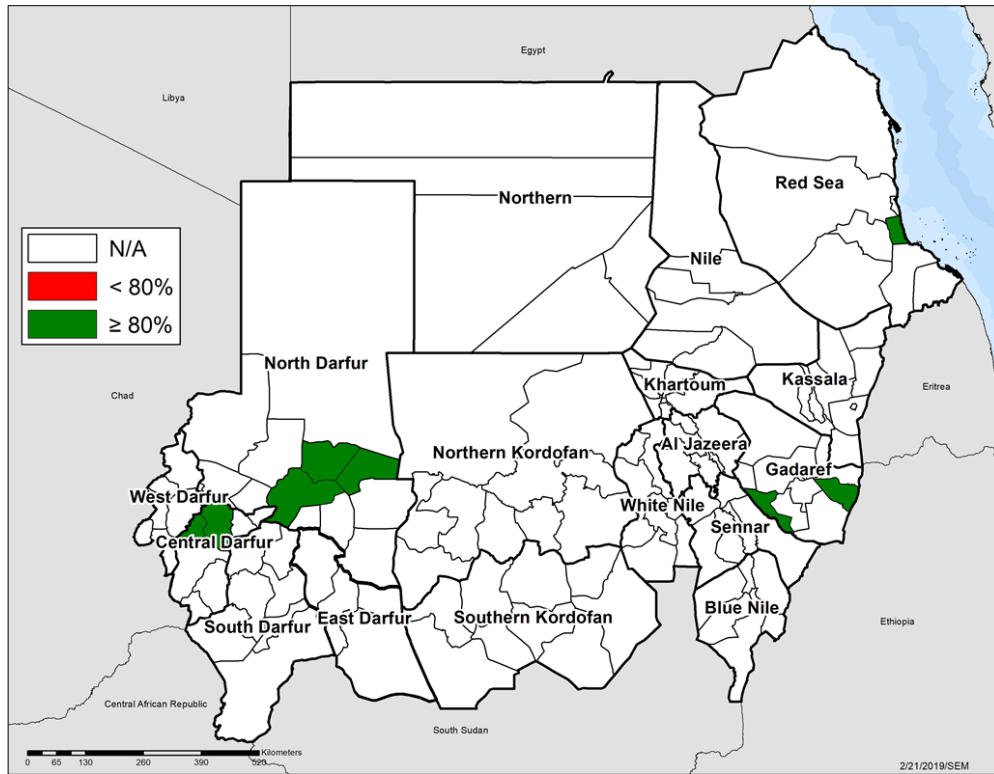
Situation de référence, 2006



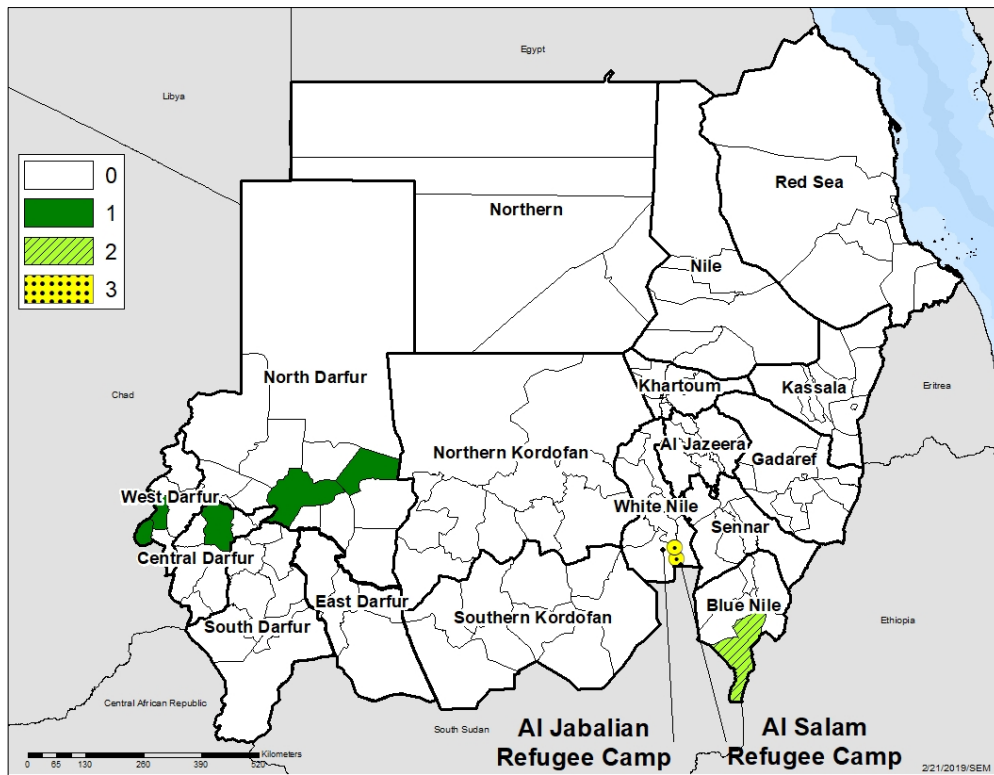
2018



Soudan : Couverture communiquée pour la DMM, 2018



Soudan : Tournées de DMM restantes, 2018



CHANCE en Ouganda

Présenté par le Dr. Francis Mugume, coordinateur du Programme National de Lutte contre le Trachome, Ministère de la Santé, Ouganda

Rappel du contexte

Les soins oculaires sont l'un des principaux éléments de l'offre minimale de soins de l'Ouganda. La lutte contre le trachome, qui s'inscrit dans le plan directeur quinquennal intégré pour les MTN, est mise en exergue dans le plan national de développement de l'Ouganda pour les années 2011-2015. Le plan stratégique du secteur sanitaire et d'investissement prévoit l'élimination du trachome ainsi que de 4 autres MTN à l'horizon 2020.

Il est avéré que le trachome est endémique dans 36 des 112 districts d'Ouganda. On estime à un million le nombre d'enfants de moins de dix ans souffrant d'un trachome actif, et 10,8 millions de personnes de tous âges sont à risque. À ce jour, le trachome a plongé environ 10 000 personnes dans la cécité. En ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, il est possible de se faire opérer du TT dans les deux régions de Busoga et de Karamoja et la distribution d'antibiotiques a lieu chaque année dans les 36 zones où l'endémie du trachome est connue. La prise en compte des composantes N et E de CHANCE n'a pas été suffisante et uniforme dans les régions endémiques.

Après au moins 3 années de DMM, des enquêtes de leur impact sont en cours depuis 2013, qui ont montré un recul drastique du TF dans la plus grande partie des districts étudiés. Le programme sur le MTN a élaboré des stratégies et des outils de plaidoyer. En 2014, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust a commencé à apporter son soutien à l'élimination du trachome comme problème de santé publique en Ouganda, et Le Centre Carter a été choisi pour jouer le rôle de partenaire de coordination pour l'engagement de financement à 5 ans. La même année, le Mds a lancé son PAT. Suite au lancement du PAT, le programme a démarré des rencontres transfrontalières en 2015, et reçu un accord pour élargir le programme et mettre en œuvre des services chirurgicaux dans les zones endémiques qui n'ont pas encore été visitées. Le programme a réalisé la cartographie de la situation de référence des activités de N et E en 2017. L'aide du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust a cessé en mars 2019 et il ne reste que quelques activités chirurgicales et DMM à réaliser en Ouganda. La date fixée pour l'élimination du trachome comme problème de santé publique est 2020.

Chronologie

2006-2014 : Cartographie de la situation de référence

2007 : Début du Programme National de lutte contre le trachome; lancement officiel de DMM pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® offert par Pfizer

2013 : Élaboration du PAT et début des évaluations d'impact

2014 : Le Centre Carter devient partenaire coordinateur de l'initiative trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust ; lancement du PAT ; début des formations de perfectionnement pour les chirurgiens spécialisés dans le TT

2015 : Début des rencontres transfrontalières par l'ITI

2016 : Accord sur l'élargissement des opérations chirurgicales à d'autres zones endémiques

2017 : Cartographie de la situation de référence pour N et E ; Le Programme National organise la réunion annuelle est-africaine des partenariats transfrontaliers ; début de la constitution du dossier

2018 : Début des enquêtes sur le trachome dans des camps de réfugiés ; enquête de fin menée pour le N et E

2019 : Dernière réunion de bilan annuel, avec le concours du Trust

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2018

Indicateur	Plan	
	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	7 000	4 104 (59 %)
Nbre de femmes opérées		3 059 (74,5 %)
Nbre de chirurgiens formés	0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	293 922	285 112 (97 %)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	25 110	20 000 (80 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	2 500	2 500 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites	7 165	5 840 (82 %)

Interventions chirurgicales (CH)

D'importants progrès ont été accomplis en Ouganda pour réduire la prévalence du TT et opérer tous les cas qui restent, d'après les estimations. En 2018, le Programme National a contribué à 4 104 opérations du TT, atteignant ainsi 59 % de son objectif annuel, fixé à 7 000 interventions. Près de 75 % des interventions chirurgicales menées ont concerné des femmes. De 2016 à 2018, le nombre annuel d'opérations pratiquées a augmenté. Selon les estimations, le nombre d'opérations en retard du programme s'élève à 10 888, et au rythme actuel, le backlog sera rattrapé d'ici à 2021.

En 2018, le programme a eu recours à la méthode de recherche de cas au porte-à-porte pour localiser des patients TT. Cette activité bénéficie du concours de Sightsavers. Les détecteurs de cas de TT ont été formés et ont dirigé des recherches dans 68 unités d'évaluation (UE) et camps de réfugiés là où il existait des données sur la prévalence du TT. Les cas de TT suspects ont été confirmés par un chirurgien spécialiste du TT et on leur a proposé de se faire opérer. Au total, 9 168 personnes ont bénéficié d'un dépistage du TT, et 6 085 d'entre elles ont eu un diagnostic confirmatoire de TT. Sur ces cas confirmés, 4 104 personnes ont accepté de se faire opérer, 72 personnes ont été épileées, 1 704 ne se sont pas présentées pour l'intervention et 205 ont refusé l'intervention. Cette stratégie s'inscrit en outre dans la planification de la transition qui est dirigée au niveau des districts et des projets de recherches de cas pour 2019 ont été élaborés.

Le programme a procédé à un contrôle chirurgical chaque année pendant les 4 dernières années. Trois formateurs nationaux, tous des ophtalmologistes, ont reçu une formation sur la façon de mener ces contrôles, d'utiliser HEADSTART et d'assurer une supervision de soutien. Les formations ont été dirigées par le Dr Amir Bedri en 2016 et 2017 et par le Dr Ebert Mpyet en 2018. Les contrôles comprennent un examen des chirurgiens spécialistes du TT et des superviseurs de ces chirurgiens. Si un chirurgien a un faible taux d'échec des interventions du TT, il est autorisé à continuer son travail. Si les chirurgiens ont un taux d'échec moyen, entre 10 et 20 %, ils reçoivent une formation de remise à niveau à l'utilisation de HEADSTART, une supervision de soutien accrue et un contrôle de suivi est mené. Si un chirurgien a un taux d'échec élevé, supérieur à 20 %, le chirurgien s'arrête immédiatement d'opérer et on lui confie d'autres activités pendant la campagne chirurgicale.

Antibiothérapie (A)

Le Programme National est parvenu à un taux de TF inférieur à 5 % dans tous les districts en Ouganda à l'exception de 2 districts dans la partie nord du pays. Le programme a assisté à un point culminant des activités liées aux DMM en 2012 et 2014. Il y a eu une baisse régulière des doses des DMM depuis 2014 au fur et à mesure que les districts parvenaient au seuil d'élimination. En 2018, le programme a distribué 285 112 doses d'azithromycine et 20 000 doses de POT grâce à la DMM, atteignant ainsi 97 % et 80 % des

objectifs annuels respectivement. La couverture a été supérieure à 80 % dans la totalité des districts qui ont reçu une DMM. Actuellement, il n'y a plus de districts nécessitant des tournées supplémentaires de DMM. Trois districts ont terminé leur dernière tournée de DMM et nécessitent une enquête d'impact en 2019. Au total, 14 enquêtes ont été menées en 2018, comprenant 12 enquêtes de surveillance et 2 enquêtes d'impact. Les enquêtes d'impact se termineront en 2019, et si la DMM ne se justifie plus, les enquêtes de surveillance restantes se poursuivront jusqu'à 2021.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

Le Programme National participe à des activités d'éducation sanitaire dans les communautés et les établissements scolaires de tous le pays. Au niveau des communautés, le programme a participé à toute une série d'activités en 2018. Dix districts ont tenu des réunions de plaidoyer et des réunions de sensibilisation ont eu lieu dans 109 sous-comtés et 587 paroisses. Des spectacles de musique, de danse et de théâtre ont été dirigés dans 575 endroits. En ce qui concerne les médias, le programme a participé à 47 présentations vidéo et 14 débats à la radio. Au total, 832 réunions communautaires ont été menées pour diffuser des informations d'éducation sanitaire. Des agents sanitaires ont visité 5 785 foyers pour donner des leçons sur l'hygiène et l'assainissement. En termes de construction, 4 328 installations de lavage des mains ont été construites, 5 379 installations d'assainissement ont été réhabilitées et 2 420 latrines neuves ont été construites.

L'éducation sanitaire dans les établissements scolaires a été déterminante pour la réussite du Programme National en Ouganda. En 2018, 3 064 installations de lavage des mains ont été mises en place et 12 clubs WASH ont été créés dans des écoles. Au total, 17 993 installations d'assainissement ont été réhabilitées et 3 420 latrines neuves dans le cadre de l'approche de l'ATDC. Trois villages ont été déclarés exempts de défécation dans la nature. Huit programmes WASH en cours ont commencé à intégrer les messages N et E dans leur programmation. Des formations ont été dispensées à 247 enseignants et travailleurs sanitaires et 22 637 membres de groupes de soins maternels ont reçu une formation. Au total, 154 spots radio ont été également diffusés.

Planification de la transition et dossier

Le Programme National a tenu des réunions sur la transition dans 24 % des districts et plaidé pour l'intégration d'activités trachome dans les plans de travail de routine de soins oculaires. La première réunion d'élimination du trachome a eu lieu en décembre 2018, et une deuxième réunion a été organisée en mars 2019. Un plan d'action sur le dossier a été adopté et un comité restreint a été formé pour finaliser le dossier à compter de cette date.

Obstacles au développement du programme

En 2018, le programme a été confronté au problème de la migration de pasteurs du Kenya et du Soudan du Sud en raison de la sécheresse dans ces pays. De plus, il y a des communautés de réfugiés qui n'ont pas encore reçu d'interventions de S, N et E, et il n'y a pas actuellement de financement pour les interventions de N et E précisément dans ces régions. Enfin, le programme examine des taux de récurrence et d'échec très élevés dans certains districts tels qu'Amudat.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2018

Recommandation n° 1 : Le Programme de lutte contre le trachome en Ouganda doit veiller à ce que toutes les activités de recherche de cas soient bien consignées et revues de façon à ce que les seuils d'élimination soient atteints.

Situation actuelle : Toutes les données statistiques issues des recherches de cas ont été bien documentées par le Programme National.

Recommandation n° 2 : Le Programme ougandais doit commencer dans les plus brefs délais à préparer le dossier de validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique.

Situation actuelle : Le Programme National travaille en ce moment à la deuxième rédaction du dossier et a mis en place un plan d'action pour le comité restreint du dossier à mettre en œuvre.

Recommandation n° 3 : Le programme ougandais doit procéder à des enquêtes de référence dans tous les camps de réfugiés suspects et, selon les résultats, demander du Zithromax® et mener une DMM.

Situation actuelle : Des camps accueillant des réfugiés du Soudan du Sud ont fait l'objet d'enquêtes et n'ont pas eu besoin de DMM. Des interventions chirurgicales sont nécessaires et des plans sont en place. Il n'y a pas eu d'enquête dans quatre des campements.

Recommandation n° 4 : Le programme ougandais doit mettre sur pied des plans de transition avec chaque district ayant atteint les seuils d'élimination afin d'assurer la pérennité.

Situation actuelle : Des plans de transition ont été élaborés pour 10 districts sur 42.

Recommandation n° 5 : Le programme ougandais doit mobiliser des moyens pour mener des enquêtes uniquement sur le TT dans les districts et les camps de réfugiés qui échappent aux critères des enquêtes de référence.

Situation actuelle : Il n'y a pas eu de ressources mobilisées pour cette activité.

Objectifs pour 2019 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 7 000 patients atteints de TT

Antibiothérapie (A)

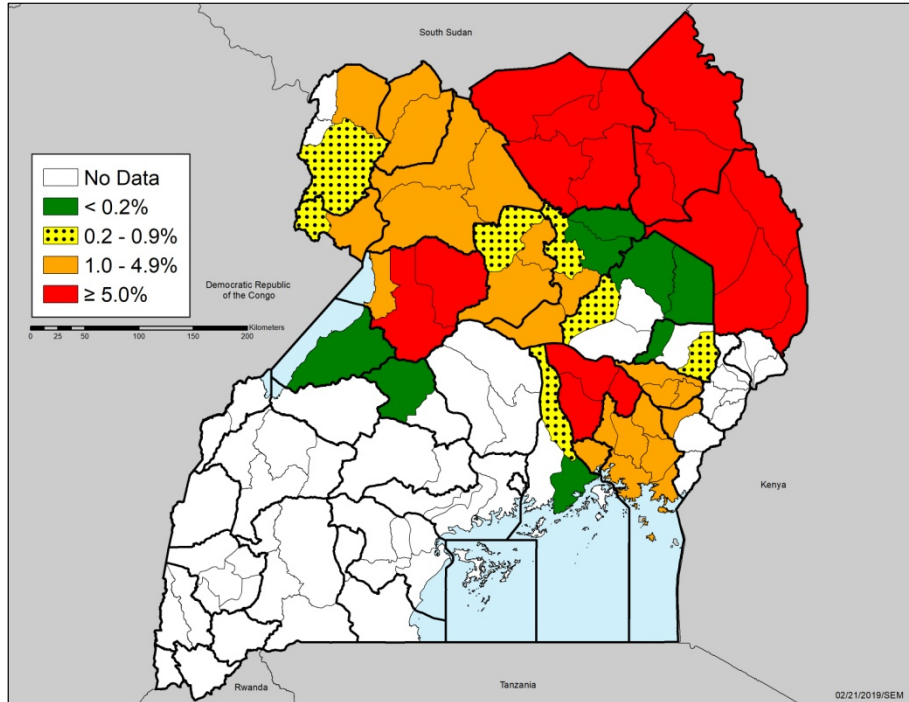
- Les objectifs pour les doses d'azithromycine et de POT à distribuer seront fixés une fois que les résultats d'enquête seront disponibles.

Nettoyage du visage (N) et amélioration de l'environnement (E)

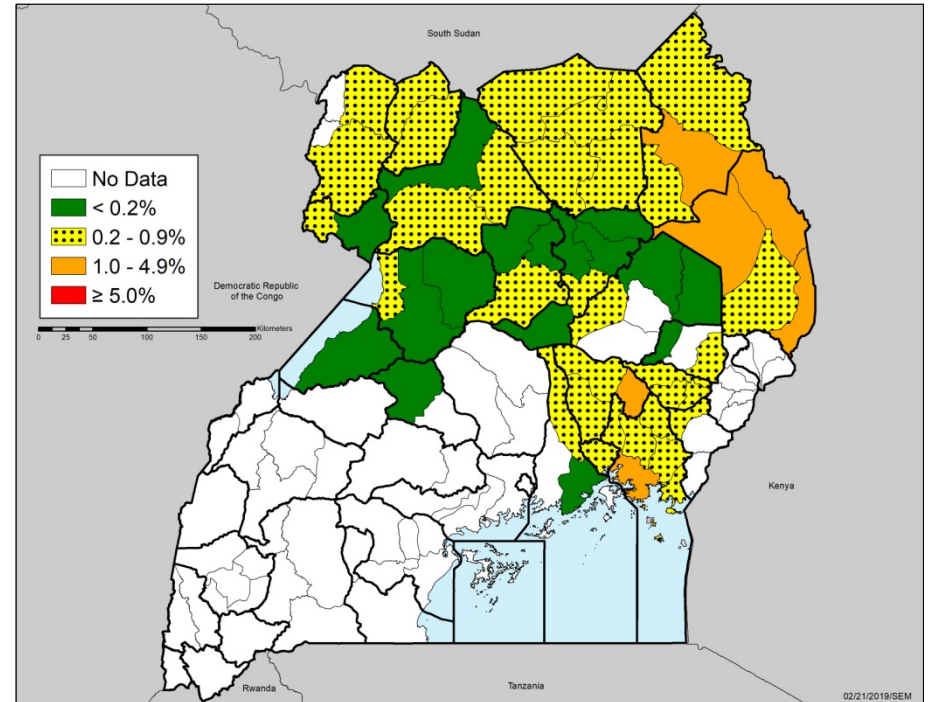
- Dans la région de Busoga, le programme plaidera en faveur de la mise en œuvre d'interventions de N et E dans 10 districts grâce au programme d'ATDC avec le ministère de l'Eau, et d'autres projets Mission Eau sont en cours.
- Dans la région de Karamoja, le programme plaidera pour que les interventions N et E fassent partie des projets menés par World Vision. Ces interventions comprendront des actions d'ATDC, des groupes de soins maternels, de communiqués pour les changements de comportements, des clubs santé scolaires, des projections vidéo et des émissions de radio.
- Le programme va continuer à pousser à l'adoption des instructions d'assainissement aux niveaux national et scolaire dans le pays.
- Le programme va plaider en faveur des partenariats WASH-MTN pendant les réunions de transition des districts qui se déroulent actuellement.

Ouganda : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

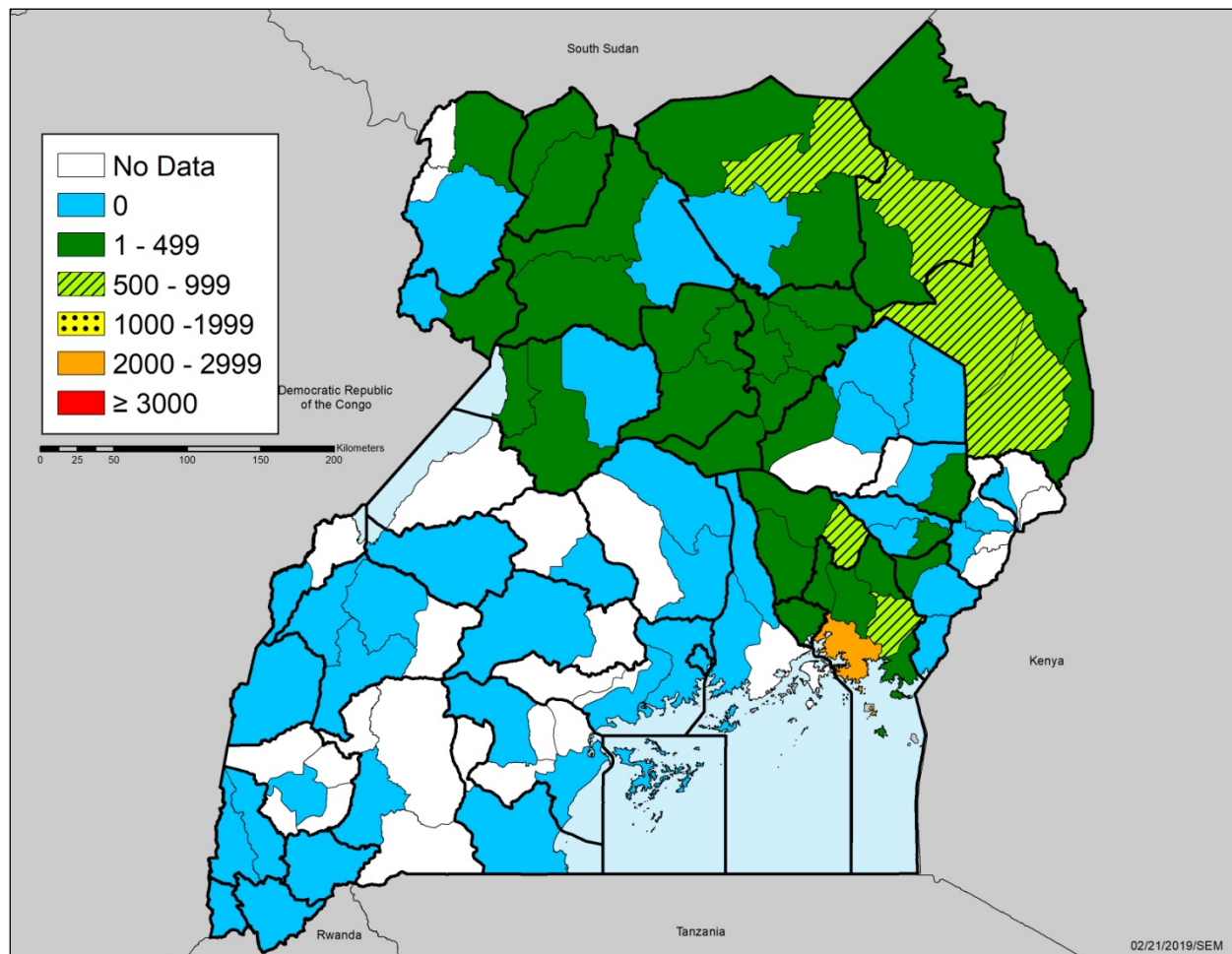
Situation initiale, 2006-2018



2018

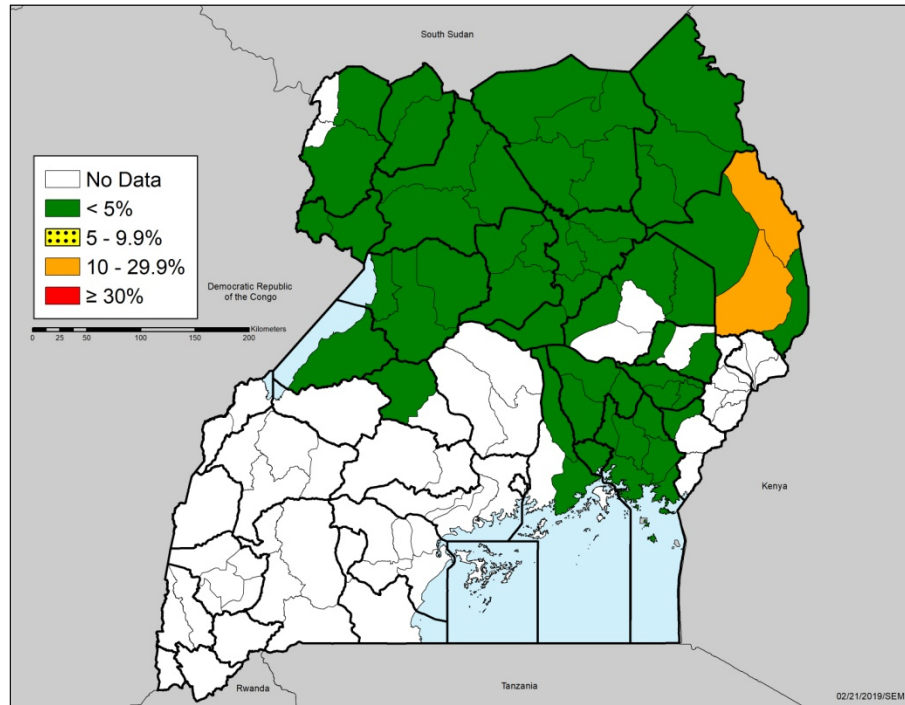


Ouganda : backlog chez les adultes ≥ 15 ans, 2018

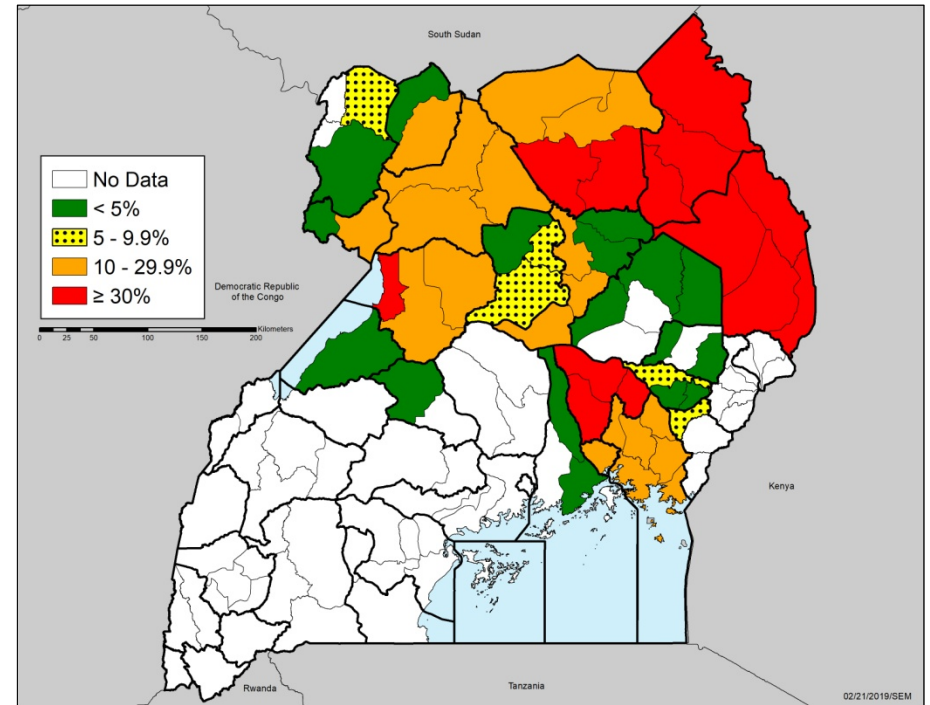


Ouganda : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation initiale, 2006-2018



2018



Ouganda : Couverture communiquée pour la DMM, 2018

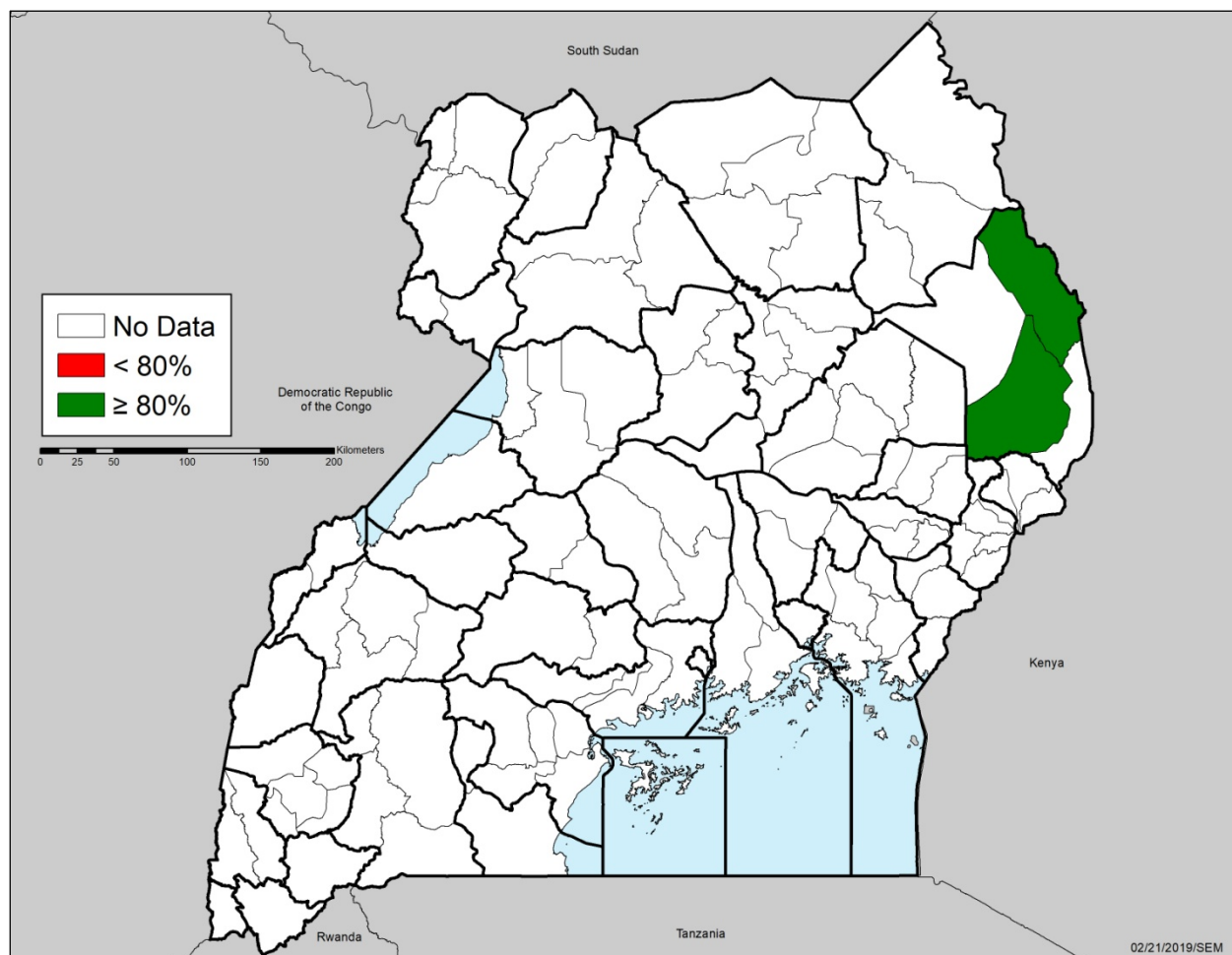


Tableau 1. Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays recevant le concours du Centre Carter)

Données nationales communiquées pour 2018 lors du dix-neuvième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 18-20 mars 2019

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total
Intervention chirurgicale							
Interventions chirurgicales	1 996	6 512	1 632	632	90 469	4 104	105 345
Objectif 2018	5 893	15 000	7 500	1 000	168 325	7 000	204 718
Pourcentage de couverture	33,9 %	43,4 %	21,8 %	63,2 %	53,7 %	58,6 %	51,5 %
Antibiotiques							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	S/O	3 648 904	2 092 025	248 577	57 441 977	285 112	63 716 595
Objectif 2018	S/O	4 757 248	2 277 010	279 073	69 717 342	293 922	77 324 595
Pourcentage de couverture	S/O	76,7 %	91,9 %	89,1 %	82,4 %	97,0 %	82,4 %
<i>Pommade oculaire à la tétracycline</i>							
Doses	S/O	150 000	30 482	17 105	1 402 908	20 000	1 620 495
Objectif 2018	S/O	150 000	45 540	15 130	1 422 802	25 110	1 658 582
Pourcentage de couverture	S/O	100,0 %	66,9 %	113,1 %	98,6 %	79,6 %	97,7 %
Éducation au nettoyage du visage et à la santé							
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	242	527	2 075	835	N/C	2 500	6 179
Objectif 2018	300	600	2 118	1 000	N/C	2 500	6 518
Pourcentage de couverture	80,7 %	87,8 %	98,0 %	83,5 %	N/C	100,0 %	94,8 %
Améliorations de l'environnement							
Latrines	6 447	16 372	S/O	0	N/C	5 840	28 659
Objectif 2018	6 000	10 000	S/O	80	N/C	7 165	23 245
Pourcentage de couverture	107,5 %	163,7 %	S/O	0,0 %	N/C	81,5 %	123,3 %

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

Les totaux ne comprennent que les pays où les données sont disponibles.

Tableau 2. Objectifs annuels du Programme National de lutte contre le Trachome 2019 (pays assistés par Le Centre Carter)

Objectifs[§] présentés lors du vingtième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 18-20 mars 2019[§]

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Total**
Intervention chirurgicale						
Personnes à opérer pour un TT	3 120	15 000	5 000	1 000	185 722	209 842
Antibiotiques						
Doses d'azithromycine à distribuer pendant la DMM†	S/O	1 210 961	1 952 631	279 073	59 484 651	62 927 316
Doses de POT à distribuer pendant la DMM	S/O	150 000	39 053	15 130	1 213 972	1 418 155
Nettoyage du visage						
Villages à toucher au moyen de l'éducation sanitaire	300	600	1 583	1 000	N/C	3 483
Amélioration de l'environnement						
Latrines domestiques à construire	6 000	10 000	S/O	80	N/C	16 080

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

[§]Tous les objectifs sont sujets à des modifications.

† Les objectifs de distribution d'antibiotiques ne reflètent pas les attributions de Zithromax® faites avec l'accord de l'IIT®

**Les totaux n'englobent que les pays disposant de données

Tableau 3. Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (réalisations ayant reçu le concours du Centre Carter)

Résumé des interventions par pays, janvier - décembre 2018

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Intervention chirurgicale						
Personnes opérées pour un TT	600	4 727	825	530	32 474	39 156
Objectif 2018	1 500	10 000	2 100	500	93 126	107 226
Pourcentage	40,0 %	47,3 %	39,3 %	106,0 %	34,9 %	36,5 %
Antibiotiques						
Doses d'azithromycine distribuées	S/O	S/O	479 167	248 577	13 180 791	13 908 535
Objectif 2018	S/O	S/O	845 643	279 073	14 655 865	15 780 581
Pourcentage	S/O	S/O	56,7 %	89,1 %	89,9 %	88,1 %
Éducation au nettoyage du visage et à la santé						
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	142	527	234	835	3 871	5 609
Objectif 2018	250	600	277	1 000	3 871	5 998
Pourcentage de couverture	56,8 %	87,8 %	84,5 %	83,5 %	100,0 %	93,5 %
Amélioration de l'environnement						
Construction de latrines domestiques	3 355	15 168	S/O	0	N/C	18 523
Objectif 2018	5 000	10 000	S/O	20	N/C	15 000
Pourcentage	67,1 %	151,7 %	S/O	0,0 %	N/C	123,5 %

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

Tableau 4. Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter

Interventions cumulées par pays, 1999-2018

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Personnes opérées pour un 'TT'	30 733	78 752	11 737	10 198	692 019	823 439
Doses d'azithromycine distribuées (DMM)	698 083	3 780 384	7 621 585	3 316 989	169 431 428	184 848 469
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	2 622	8 203	2 899	3 574	3 871	21 169
Construction de latrines domestiques	114 083	141 631	S/O	646	3 336 513	3 592 873

S/O = sans objet

Figure 1. Personnes opérées du TT, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme National présentées pour janvier à décembre 2018

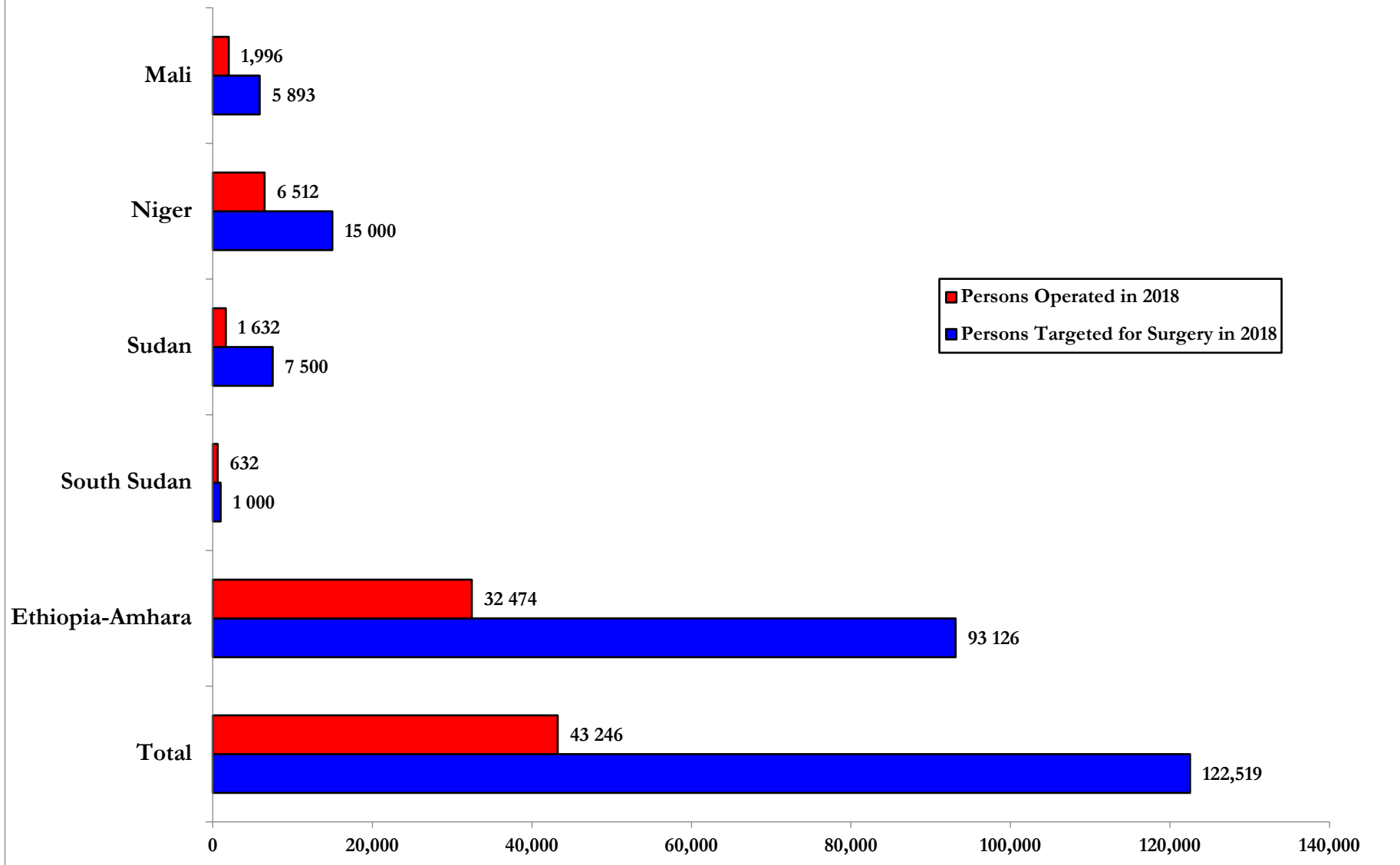


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme National présentées pour janvier à décembre 2018

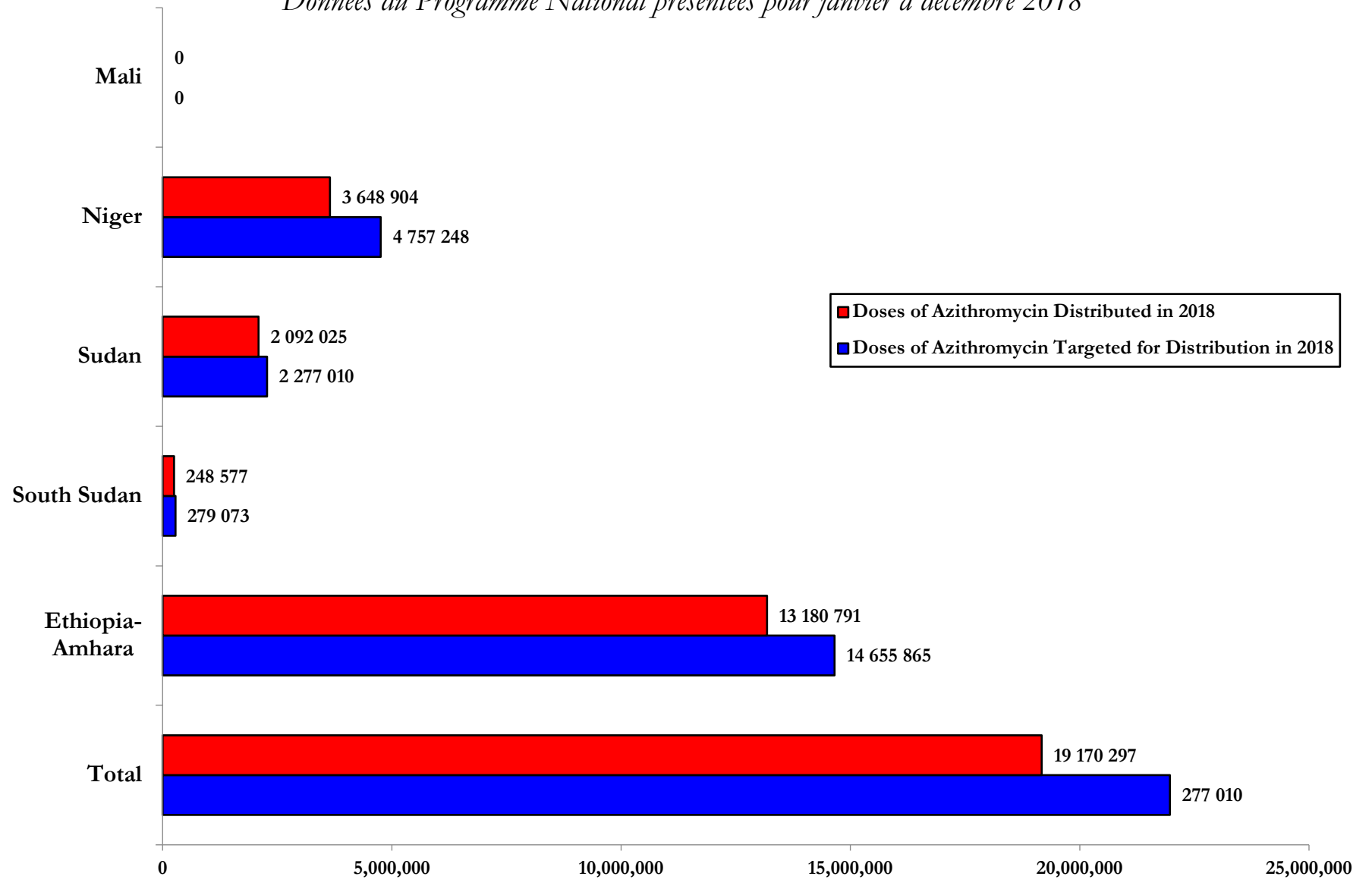


Figure 3. Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme National présentées pour janvier à décembre 2018

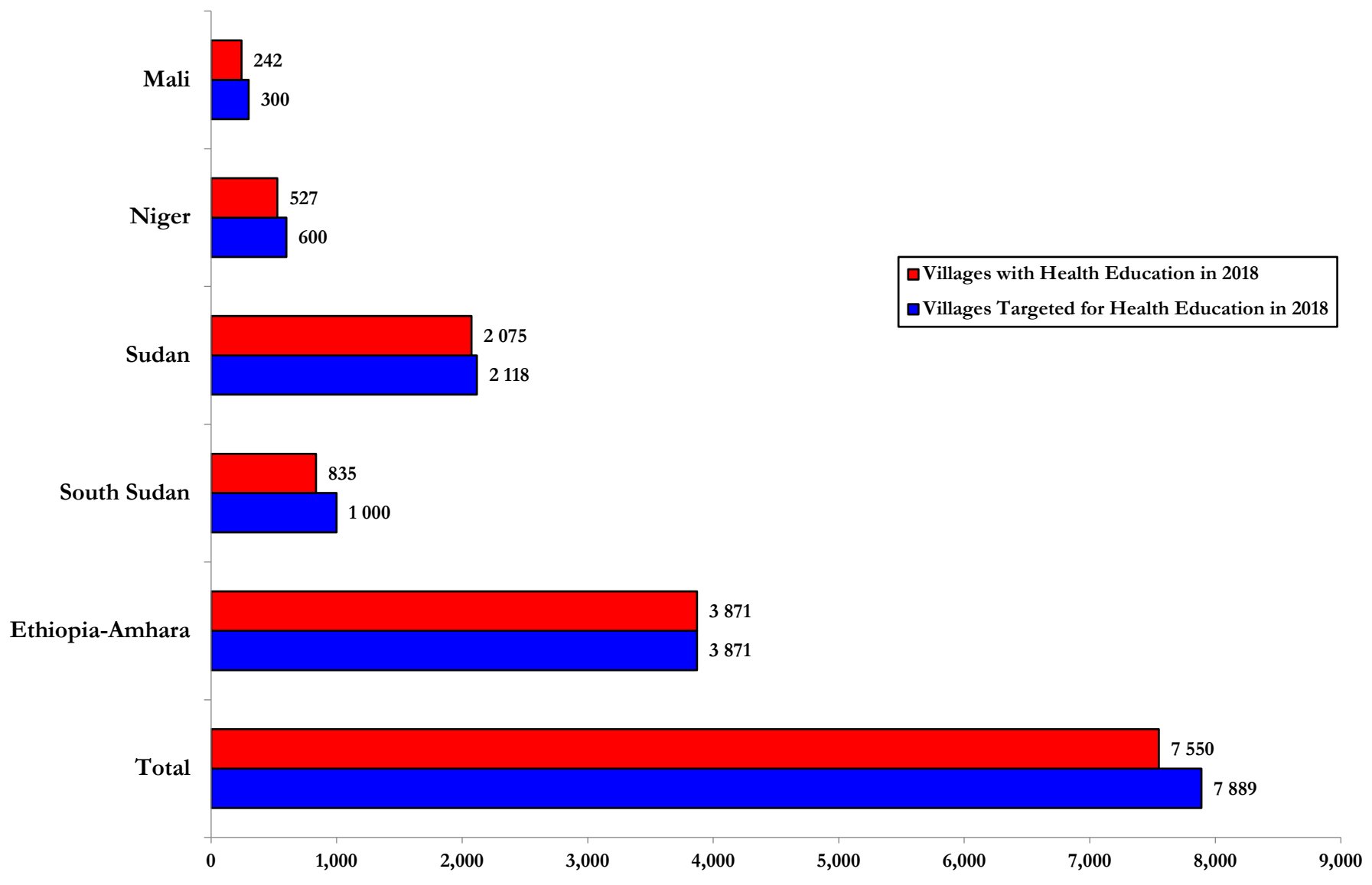
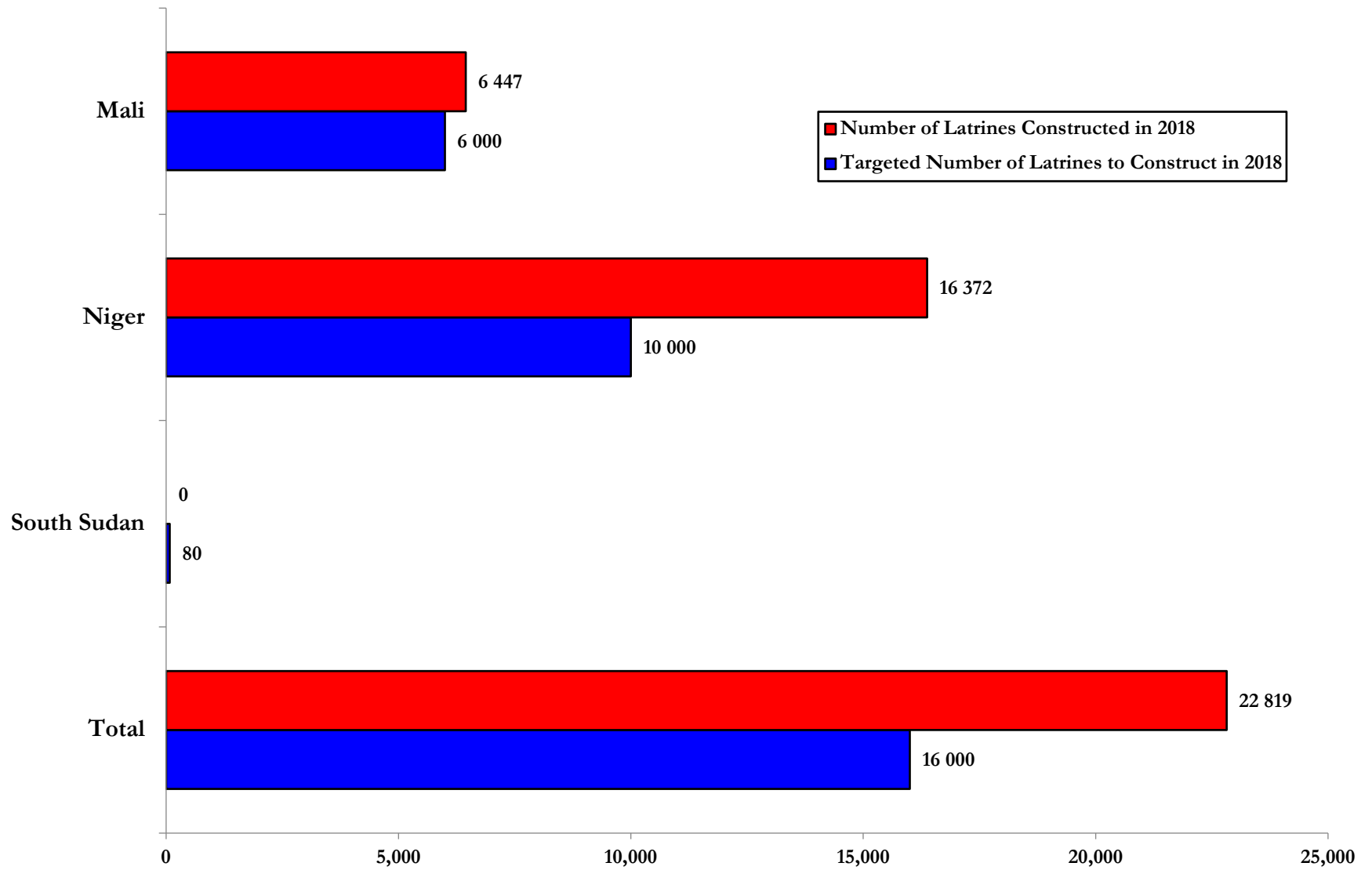


Figure 4. Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme National présentées pour janvier à décembre 2018



Discours liminaire

Dr Julius Schachter, professeur émérite, médecine de laboratoire, université de Californie à San Francisco

L'agent causal du trachome, *Chlamydia trachomatis*, a été visualisé pour la première fois en 1907. Depuis, il y a eu des allers-retours entre les recherches menées par des ophtalmologistes, des vénérologues et des microbiologistes, qui ont créé le socle de connaissances qui a conduit la composante DMM de nos efforts actuels à éliminer le trachome comme problème de santé publique.

La coloration de Giemsa, d'abord utilisée pour démontrer les caractéristiques inclusions chlamydiales intracellulaires était le seul diagnostic de valeur de 1907 à la fin des années cinquante. Mais il n'a fallu que quelques années depuis la première visualisation pour que les inclusions chlamydiales soient mises en évidence dans les cellules conjonctives de nourrissons souffrant d'une forme non gonococcique d'*ophthalmia neonatorum*, dans les cellules cervicales des mères des bébés touchés et dans les cellules urétrales des hommes atteints d'urétrite non gonococcique. Les ophtalmologistes ont eu leur importance dans la définition des infections des voies génitales. Au départ, Lindner a joué un rôle influent, puis les travaux de Thygeson, renommé pour ses études sur le trachome, ont été prépondérants dans notre compréhension du spectre clinique des infections à chlamydiae sexuellement transmises, dans les années trente et quarante. Les travaux de Barrie Jones au début des années soixante ont ouvert la voie à la modernité dans les recherches sur le *Chlamydia* dans les MST.

L'agent du trachome a été isolé pour la première fois par T'ang en 1957, au moyen d'une inoculation d'enveloppe de jaune d'œufs embryonnés de poule. Vers 1970, on a pu disposer de méthodes d'isolation de culture de tissus et de tests de dépistage sérologique qui ont contribué à montrer que *C. trachomatis* était l'agent pathogène le plus couramment transmis sexuellement et qu'il avait un spectre clinique plus large que ce que l'on s'était accordé à dire auparavant. Pendant une étude destinée à mesurer l'incidence de la conjonctivite d'inclusion du nouveau-né, l'un des nourrissons exposés a développé une pneumonie et, par la suite, on a isolé *C. trachomatis* dans les sécrétions pulmonaires, nasopharyngées et rectales prélevées par écouvillons sur des nourrissons.

Ces découvertes intéressaient la lutte contre le trachome. Auparavant, l'infection à *C. trachomatis* était présumée être limitée aux cellules épithéliales colonnaires des conjonctives et des voies génitales. Une application topique de pommade à la tétracycline était considérée comme le traitement à privilégier, mais si l'infection chlamydiale était plus répandue dans l'organisme, le traitement topique risquait d'être insuffisant. Et en effet, des chlamydiae furent isolées du nasopharynx et du rectum d'enfants vivant dans une région où le trachome était endémique. C'est ainsi que fut démontrée la nécessité d'un traitement systémique plutôt que topique. Une suggestion de thérapie de masse fut faite d'après l'utilisation de doxycycline orale mais tandis que des études pilotes avaient démontré son efficacité, celle-ci avait été rejetée parce que les tétracyclines par voie orale étaient contre-indiquées chez les enfants.

Du milieu à la fin des années quatre-vingts, l'azithromycine fit son entrée en scène et l'on observa des résultats prometteurs dans des essais visant à traiter l'infection génitale à chlamydia et les infections respiratoires. Des collaborateurs de Pfizer, voyant que l'azithromycine pourrait rapporter beaucoup, voulurent voir si le médicament pourrait être bénéfique pour les personnes vivant en milieu défavorisé. Ils s'étaient souvenus de mes interventions sur le trachome et de mes efforts pour faire adopter le traitement du trachome par la doxycycline. Je fus invité à donner une conférence sur le trachome, puis à leur faire une proposition de recherche sur l'utilisation de l'azithromycine. Finalement, avec d'autres appuis (le NIH, la Fondation Clark Cares, Abbott), le projet fut intitulé « L'azithromycine dans la lutte contre le trachome » (ALT), qui donna lieu

à l'évaluation du traitement par azithromycine à l'échelle de toute une population dans les régions où le trachome est endémique en Égypte, en Tanzanie et en Gambie. Il ressortit de ces travaux que l'infection était très répandue dans toute la communauté, et pas seulement chez les personnes ayant un trachome cliniquement actif, et que l'azithromycine était très efficace pour résorber l'infection à chlamydiae, en dépit d'une moindre réponse clinique.

La recherche microbiologique avait mis au point le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) extrêmement sensible utilisé dans le projet ALT, et avait également proposé un modèle de laboratoire pour l'infection persistante, qui fournit une base théorique au fait que l'efficacité du traitement à l'azithromycine est inférieure à 100 %, même en l'absence de résistance antimicrobienne. Ce modèle confirme en outre la nécessité de multiplier les tournées de traitement et souligne l'importance de procéder à des changements environnementaux dans le but de réduire la transmission.

Le projet ALT a apporté la preuve qui justifiait la composante A dans l'approche CHANCE à la lutte contre le trachome. Mais il reste des incertitudes quant à la façon de mesurer la réussite du traitement ou la nécessité de retraiter : faut-il s'appuyer sur des critères d'évaluation cliniques (et si oui, lequel, sûrement pas le TF à 10 %, peut-être un seuil de TF, ou de TI supérieur) ou les résultats du TAAN ? À ce stade, les activités de DMM devraient avoir produit suffisamment de résultats pour apporter des données aux études de modélisation afin de guider les futurs programmes.

La mise au point de TAAN quantitatifs qui permettent de mesurer les charges infectieuses ajoute une autre variable. Des charges infectieuses élevées ont été corrélées à une maladie plus grave et aux échecs thérapeutiques dans les infections conjonctivales et génitales à chlamydiae. Le sens des résultats du TAAN quantitatif sur une base communautaire nécessite un approfondissement de la recherche.

Le trichiasis avec et sans cicatrice conjonctivale tarsienne : étude observationnelle multicentrique sur le fardeau, le phénotype et la morbidité

Présenté par le Dr Esmael Habtamu, Coordinateur de l'étude, London School of Hygiene et Tropical Medicine

Auteurs et affiliations : E. Habtamu¹, V. Hu¹, E. Harding-Esch¹, S. McPherson², E. Kelly Callahan³, P. Courtright⁴, D. Macleod¹, et M. Burton¹

¹LSHTM, Londres, Royaume-Uni. ² RTI International, Durham, USA. ³ Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis. ⁴ KCCO, Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud.

Contexte de l'étude

La question de savoir si le diagnostic du TT dans le but de définir des objectifs de prévalence pour l'« élimination en tant que problème de santé publique » doit comprendre la présence de cicatrice conjonctivale tarsienne (CCT) fait débat. Selon cette thèse, les cas de trichiasis qui s'avèrent exempts de cicatrice trachomateuse (CT) sont présumés d'origine non trachomateuse. Dans des enquêtes étayées par des données tropicales, les données de CT sont recueillies sur tous les yeux sur lesquels on a identifié un trichiasis. La plupart des programmes de lutte contre le trachome appuient actuellement des interventions pour tous les trichiasis, qu'il y ait ou non une CT coexistante documentée. On s'accorde de plus en plus aujourd'hui à considérer que les estimations du backlog de la maladie et, par conséquent, les objectifs d'intervention du programme de lutte contre le trachome devraient exclure les personnes atteintes de trichiasis sans CT. Cela devrait avoir des implications significatives pour la planification du programme de lutte l'allocation de ressources.

Cependant, cette pratique a suscité des interrogations à plusieurs titres. Il est possible que la cicatrice conjonctivale ne soit pas « facile à voir », selon la définition de l'OMS, car les cicatrices sont parfois légères ou occultées par une inflammation conjonctivale, ce qui est assez courant chez les personnes atteintes de trichiasis. Et de ce fait, il arrive que l'on n'établisse pas correctement le diagnostic d'une cicatrice plus légère lors de la gradation effectuée dans le cadre d'une enquête. De plus, apprendre aux agents de gradation à reconnaître l'absence ou la présence de CT exige plus de temps. S'il y a un problème systématique pour diagnostiquer avec fiabilité la présence de CT, cela devrait entraîner une sous-estimation dans la prévalence du TT et des moyens nécessaires pour y remédier. Le but de ce projet était d'estimer la proportion de cas de trichiasis identifiés pendant les enquêtes dans les régions où le trachome est endémique et qui ont été répertoriés au départ comme exempts de cicatrice trachomateuse alors qu'en fait ils avaient un degré de cicatrice conjonctivale, lors de la répétition de la gradation par un spécialiste.

Méthodes

Une étude comparative multicentrique intersectionnelle a été menée dans 4 centres d'études ayant un fardeau du trichiasis variable, en Éthiopie, en Ouganda et au Nigeria. Son objectif était d'évaluer la fiabilité des données de CT (renvoie à l'acronyme CCT simplifié de l'OMS) recueillies à partir de cas de trichiasis lors d'une enquête trachome, en procédant à une comparaison avec une gradation indépendante d'experts sur le terrain et une gradation photographique de la CCT des mêmes cas avec un système de gradation détaillé, qui quantifie le nombre de paupières porteuses de cicatrices, ainsi que la sévérité. Lors des enquêtes, des cas de trichiasis non opérés ont été identifiés pour lesquels il existait des données de gradation des CT ; et des individus regroupés d'après la fréquence du trichiasis (en fonction de l'âge, du sexe et du lieu) et d'autres exempts de trichiasis (témoins) ont été sélectionnés aléatoirement dans la même population de l'enquête pour comparaison. Nous faisons état ici des résultats de 2 centres d'étude en Éthiopie : les régions d'Amhara et de

Benishangul-Gumuz, dans lesquelles 400 cas et 100 témoins, et 39 cas et 10 témoins, respectivement, ont été intégrés dans l'étude. Des experts indépendants auxquels le statut de la CT des cas précédemment gradés n'avait pas été révélé ont examiné les yeux des cas sélectionnés et ceux des témoins dans leur village, avec des loupes grossissantes et une torche. Les yeux éligibles ont été utilisés pour l'analyse après avoir exclu ceux qui avaient été opérés ou qui avaient eu un TTP. La mesure du critère principal était la proportion d'yeux qui avaient initialement reçu le grade « exempt de CT » dans les enquêtes mais qui avaient un certain degré de CCT : valeur prédictive négative (VPN).

Résultats

Sur les 874 yeux évalués, il y a eu 593 yeux éligibles ayant des données appariées de CT et de CCT issues de la gradation de l'enquête trachome et de la gradation répétée sur le terrain, parmi lesquels 111 yeux (18,7 %) sur 593 ont été déclarés exempts de CT dans la gradation de l'enquête trachome. Cependant, dans la gradation répétée sur le terrain, 99 yeux (89,2 %) sur 111 présentaient une CCT : VPN 10,8 % (IC 95 %, 5,7 %–18,1 %) ; tandis que la valeur prédictive positive (VPP) était plus élevée, à 96,5 % (IC 95 % 94,4 %–97,9 %). La sensibilité et en la spécificité des agents de gradation dans l'identification des CCT était de 82,4 % (IC 95 %, 79,1 %–85,5) et 41,4 % (IC 95 %, 23,5 %–61,1 %) respectivement. Sur les 111 yeux diagnostiqués exempts de CT par les agents de gradation de l'enquête trachome, 63 (56,7 %) avaient une cicatrice conjonctivale significative. Dans la gradation répétée sur le terrain, on a trouvé 529 yeux atteints de trichiasis, dont seulement 14 (2,6 %) n'avaient pas de CCT. De même, parmi les 219 yeux témoins éligibles, 66 (30,1 %) n'avaient pas de CCT. Près de la moitié des cas de trichiasis avaient une CCT sévère (251/529 [47,4 %]), tandis que les témoins avaient tendance à avoir une CCT plus légère (124/219 [56,7 %]). Environ 93 % des cas sans CCT étaient exempts d'entropion ou n'avaient qu'un entropion léger, tandis que 64 % des cas ayant une CCT avaient un entropion modéré à sévère.

Conclusions

La CCT est courante dans ces 2 centres d'étude en Éthiopie, même chez les individus exempts de trichiasis. Il arrive que la cicatrice conjonctivale ne soit pas « facilement visible », comme le définit le système de gradation simplifié, ce qui rend difficile le diagnostic dans des conditions d'enquête courantes. Cependant, une proportion importante de cas de trichiasis présentant une CCT étendue ont également été notés dans les enquêtes trachome avec la mention « exempt de CT ». Dans ce dispositif expérimental, inclure la CT dans la définition risque d'entraîner une sous-estimation du TT.

Déclaration des intérêts financiers : Cette étude multicentrique est financée par Sightsavers International, Royaume-Uni. EH bénéficie du concours du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.

Étude exploratoire sur la conscience qu'ont les chirurgiens de leurs compétences pendant une formation HEADSTART au Niger

Présentée par Mme Stephanie Palmer, conseillère technique sur le trachome, l'initiative Act to End, de l'USAID (Agir pour mettre fin aux MTN), du FHI360

Auteurs : Stephanie Palmer, Emily Gover, Amir Bedri Kello, Kadri Boubacar, Mahamane Abdou, Chano Hamiden, Hadiara Adamou, Abdou Amza

Contexte de l'étude

La qualité chirurgicale est indispensable à la réussite des programmes chirurgicaux sur le trichiasis et pour garantir que l'objectif d'élimination soit atteint. HEADSTART a démontré sa capacité à améliorer les compétences des nouveaux chirurgiens stagiaires et des chirurgiens TT expérimentés. Mais il n'existe que peu d'informations concernant la conscience que les chirurgiens TT ont personnellement de leur niveau de compétences chirurgicales. Notre but a été de chercher à savoir si HEADSTART pouvait contribuer à aider les chirurgiens expérimentés à mieux situer leur niveau de compétences.

Méthodes

L'étude a été menée dans la région de Maradi au Niger en janvier-février 2016, dans le cadre d'une étude plus vaste examinant les effets de la formation avec HEADSTART sur des chirurgiens TT expérimentés. Trente-trois chirurgiens TT expérimentés ont participé à une formation HEADSTART. La formation a été menée par 2 formateurs HEADSTART nationaux avec l'aide d'un maître formateur. Avant le stage sur HEADSTART, chaque chirurgien avait opéré 1 à 2 patients dans la pratique chirurgicale réelle afin d'établir un niveau de compétence de référence. Ensuite, les participants ont participé à une formation HEADSTART complète, avant d'opérer à nouveau deux cas dans la réalité. Toutes les étapes ont été observées par l'un des formateurs nationaux. Les participants ont été notés sur 8 compétences (positionnement des sutures de traction ; positionnement de la plaque de Trabut ; incision ; profondeur, espacement et alignement des points de suture ; utilisation correcte ou non des instruments ; et suivi correct ou non de l'ordre des étapes de la chirurgie du TT). Des notes de 1 à 5 (1 = médiocre ; 5 = excellent) ont été attribuées à chaque compétence.

On a remis aux participants un formulaire d'auto-évaluation à remplir une fois le stage HEADSTART terminé. Ce formulaire comprenait les mêmes compétences et le même système de notation que celui rempli par les formateurs nationaux. On a demandé aux stagiaires de donner les mêmes notes avant et après la formation HEADSTART. Les notes que se sont attribués les participants ont été comparées à celles données par les formateurs nationaux avant et après la formation HEADSTART. Les notes composites (la somme de toutes les compétences cumulées) et les notes moyennes pour chaque compétence ont été comparées.

Résultats

Nous disposons de résultats pour 21 chirurgiens : un participant n'a pas été au bout de la formation HEADSTART et un deuxième n'a pas rempli le formulaire d'autoévaluation. Nous ne disposons des notes de positionnement de la plaque de Trabut que pour 17 participants car, au départ, cette compétence ne faisait pas partie du formulaire d'évaluation rempli par les formateurs nationaux ou dans le formulaire d'autoévaluation des participants.

Avant la formation HEADSTART, 13 stagiaires sur 21 s'étaient attribués des notes plus élevées que les formateurs et 3 s'étaient donné la même note composite. Après la formation, seulement 7 participants

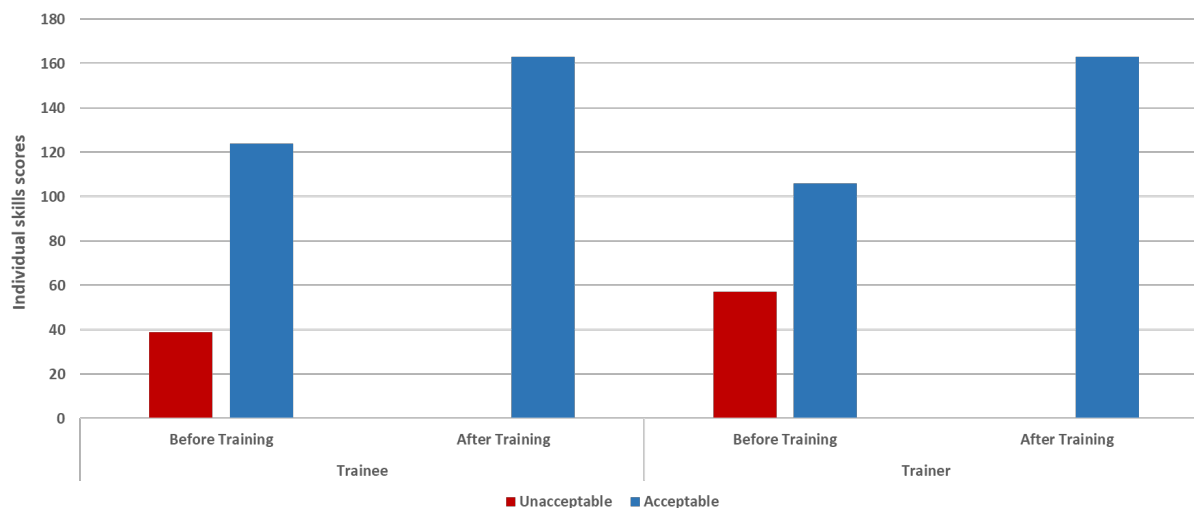
s'étaient attribués des notes plus élevées que les notes données par les formateurs nationaux et 6 notes composites étaient les mêmes. Les notes moyennes données par les participants et les formateurs avaient augmenté après la formation et l'écart entre les notes des formateurs et de l'autoévaluation s'était réduit. Cette constatation s'est également vérifiée pour chacune des compétences (Tableau 1).

Tableau 1. Notes moyennes données par les participants et par les formateurs, avant et après le stage

	Before HEAD START		After HEAD START	
	Participant	Trainer	Participant	Trainer
Composite skills (N=21)	24.0	20.5	31.7	30.8
Individual skills				
Traction Sutures (N=20)	3.5	2.7	4.2	4.2
Trabut Plate (N=17)	3.4	2.9	4.4	4.3
Correct manipulation of instruments (N=20)	2.9	2.8	4.1	4.2
Incision (N=21)	2.9	2.2	4.2	4.2
Bites (N=21)	3.0	2.4	3.9	4.1
Suture spacing (N=21)	3.0	2.2	3.9	4.0
Suture alignment (N=21)	3.1	2.9	4.0	4.2
Follow logical order (N=21)	3.1	3.1	4.2	4.2

Nous avons aussi analysé les données à l'aide d'un système de notation binaire (notes de 1 à 2 = inacceptable ; notes de 3 à 5 = acceptable). Après le stage, toutes les notes convergeaient (Figure 1).

Figure 1. Notes binaires des participants et du formateur, avant et après le stage HEADSTART



Conclusions/significativité

La formation HEADSTART est l'occasion pour des chirurgiens expérimentés de réfléchir à leurs compétences et de les évaluer. Les participants semblent capables de reconnaître les domaines où ils doivent se perfectionner après la formation, aspect mis en évidence par le fait de s'attribuer les notes du niveau « inacceptable ». Comme il s'agit d'une étude exploratoire, il est nécessaire d'approfondir la recherche sur

l'intégration de l'autoévaluation dans les formations de chirurgie du TT s'appuyant sur HEADSTART ou au moyen d'une supervision de formation/d'accompagnement en dehors du contexte de HEADSTART. Cette démarche a des implications potentielles en termes de qualité des interventions, car les chirurgiens peuvent repérer les compétences où ils ont besoin de plus d'accompagnement et de formation de « remise à niveau », et où une supervision de soutien peut être adaptée à ces compétences. De plus, dans un contexte post-endémique, les moyens seront limités et les Programmes Nationaux devront déterminer s'il faut investir dans l'entretien ou le perfectionnement des compétences, et à quel endroit.

Issue clinique à long terme des deux procédures chirurgicales les plus couramment utilisées pour traiter le trichiasis trachomateux (TT) : la RLPT comparée à la RBLT

Présenté par M. Tariku Wondie, coordinateur de recherche, Le Centre Carter en Éthiopie

Investigateurs et affiliations : Esmael Habtamu^{1,2}, Tariku Wondie², Zerihun Tadesse², Bizuayehu Gashaw³, E. Kelly Callahan⁴, David Macleod¹, et Matthew J. Burton¹

¹London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni. ²Le Centre Carter, Addis Ababa, Éthiopie. ³Bureau régional de la Santé d'Amhara, Bahirdar, Éthiopie. ⁴Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis.

Rappel du contexte de l'étude

Les deux interventions chirurgicales les plus couramment utilisés pour traiter le TT, la RBLT et la rotation lamellaire postérieure du tarse (RLPT) ont été comparées il y a 4 ans dans un essai clinique. La conclusion a été que la RLPT donnait de meilleurs résultats à un an que la RBLT. Cependant, il n'existe pas de données sur les résultats de long terme de ces deux procédures chirurgicales dans une comparaison critère à critère. Nous avons suivi et réexaminé les participants de l'essai 4 ans après leur entrée dans l'étude pour savoir si ces procédures donnaient des résultats différents de ce qui avait été constaté à 1 an et pour mesurer les conséquences de suites opératoires non satisfaisantes sur la santé mentale.

Objectifs

Objectif principal :

Déterminer si les procédures chirurgicales par RLPT et par RBLT diffèrent 4 ans après l'opération et si elle donnent des résultats différents de ce qui a été constaté à 1 an.

Objectifs secondaires :

1. Déterminer si l'anomalie du contour de la paupière (ACP) se résorbe ou régresse avec le temps ;
2. Déterminer les facteurs qui influent sur les résultats à long terme dans la chirurgie par RLPT et RBLT ;
3. Évaluer les changements dans la vision et l'opacité cornéenne 4 ans après l'opération du trichiasis ;
4. Évaluer les conséquences des suites opératoires non satisfaisantes sur la dépression.

Méthodes

À la référence, 1 000 participants atteints de TT ont été recrutés, répartis aléatoirement entre les traitements et traités (501 dans le groupe RBLT et 499 dans le groupe RLPT) entre février et mai 2014. Un suivi à 4 ans pour les participants de l'essai a eu lieu entre février et mai 2018. Un évaluateur indépendant, à qui la répartition a été cachée, a examiné les yeux des participants de l'essai en utilisant le même système détaillé de gradation du trachome de l'OMS et les mêmes procédures que pour la référence. L'état de santé mentale des cas de trichiasis et des témoins qui leur étaient appariés a été évalué au moyen du questionnaire de santé auprès des patients - 9. Le critère principal était la proportion d'individus qui avaient développé un TTP LORS DE LA 4^e année ou qui avaient dû se faire réopérer entre le suivi à 1 an et le suivi à 4 ans. L'effet de l'intervention a été estimé par régression logistique, avec contrôle du chirurgien comme effet fixe dans le modèle. Les critères secondaires comprenaient la proportion cumulée de personnes qui avaient développé un TTP ou avaient dû se faire réopérer pendant la période de 4 ans, les facteurs influant sur les résultats de long terme de l'intervention chirurgicale du TT, la proportion de l'ACP, l'opacité cornéenne et les changements de la vision,

ainsi que les répercussions de suites opératoires insatisfaisantes (TTP et ACP) sur la dépression.

Résultats

Critère principal

À la 4^{ème} année, 943 (94,3 %) des participants ont été réexaminés (471, RLPT ; 472, RBLT). Le TTP s'était développé dans 168 des yeux étudiés sur 943 (17,88 %). Le TTP était nettement plus fréquent à 4 ans dans le bras RBLT (105/472 [22,2 %]) que le bras RLPT (63/471 [13,4 %]), après ajustement pour tenir compte de l'effet chirurgical : OR 1,85 [IC 95 %, 1,31-2,61] ; $p = 0,0004$, avec 8,9 % (IC 95 % 4,0-13,7) de différence de risque.

Critères secondaires

À L'ISSUE des 4 ans, le nombre cumulé de PTT qui s'était développé atteignait 238 yeux étudiés sur 996 (23,9 %) et était nettement plus fréquent dans le bras RBLT (148/499 [29,7 %]) que dans le bras RLPT (90/497 [18,1 %]), OR ajusté par chirurgical 1,91 (IC 95 %, 1,42-2,57) ($p < 0,0001$). La présence d'un trichiasis majeur (OR 2,03 [IC 95 %, 1,14-3,61] ; $p = 0,015$), la sévérité de la cicatrice conjonctivale (OR 1,90 [IC 95 %, 1,06-3,39] ; $p = 0,030$) et une sous-correction à n'importe quel endroit à la référence prédisaient indépendamment un TTP 4 ans après la chirurgie par RLPT ; tandis qu'une augmentation du nombre de dissections périphériques aux ciseaux dans la chirurgie par RLPT a eu un effet protecteur durable sur le TTP (OR 3,71 [IC 95 %, 1,63-8,44] ; $p = 0,0040$), (OR 0,69 [IC 95 %, 0,53-0,89] ; $p = 0,0045$). La présence d'un TT majeur (OR 2,30 [IC 95 %, 1,40-3,76] ; $p = 0,0009$), d'un mélange de sites de cils trichiasiques (OR 3,36 [IC 95 %, 1,86-6,08] ; $p = 0,0001$) et une sous-correction centrale (OR 8,73 [IC 95 %, 2,02-37,7] ; $p = 0,0037$) à la référence étaient un facteur prédictif de TTP 4 ans après la chirurgie par RBLT.

Parmi les ACP cliniquement significatives diagnostiquées à 12 mois, 44,2 % dans le groupe RLPT et 51,5 % dans le groupe RBLT étaient revenues à une ACP normale ou bénigne (test du signe $p < 0,0001$). Cette régression n'était pas significativement différente entre les groupes RLPT et RBLT.

Chez tous les participants de l'essai, un surcroît d'opacité cornéenne s'est développé entre la référence et le suivi à 4 ans (OR 4,25 [IC 95 %, 3,44-5,25] ; $p < 0,0001$). La progression de l'opacité cornéenne a été corrélée à la présence de TTP (OR 2,06 [IC 95 %, 1,24-3,42] ; $p = 0,0052$) à 4 ans, l'âge avancé (OR 1,04 [IC 95 %, 1,02-1,05] ; $p < 0,0001$), la baisse d'acuité visuelle entre la référence et le suivi à 4 ans (OR 2,00 [IC 95 %, 1,30-3,07] ; $p = 0,0016$), et la baisse d'acuité visuelle LogMar à 4 ans (OR 4,40 [IC 95 %, 2,57-7,54] ; $p < 0,0001$). Il y a eu une nette amélioration de l'acuité visuelle à 4 ans par rapport à la référence chez la totalité des participants à l'étude (amélioration moyenne 0,6 [IC 95 %, 0,9-0,3] ; $p < 0,0001$) quels que soient l'âge, la présence d'autres affections cécitantes et une progression de la cicatrice cornéenne. Dans l'analyse ajustée pour tenir compte d'autres affections cécitantes, la présence du TTP était un facteur prédictif de la baisse de l'acuité visuelle entre la référence et à 4 ans (OR 0,84 [IC 95 %, 0,71-0,97] ; $p = 0,011$).

La prévalence de la dépression était nettement plus importante chez les cas de TT dont les résultats de l'intervention étaient insatisfaisants à 4 ans que chez personnes ayant eu de bons résultats (13,7 % contre 6,1 % ; OR 2,15 [IC 95 %, 1,33-3,47] ; $p = 0,0018$).

Conclusions

La procédure chirurgicale par RLPT a donné des résultats supérieurs à celle par RBLT, avec un risque de TTP nettement moindre, l'une et l'autre à 4 ans et à 4 ans date butoir après l'opération. Résultats du TTP dans l'opacité cornéenne et la baisse d'acuité visuelle. L'ACP régresse il reste encore 50 % de cas d'ACP dans les deux procédures qui sont restés inchangés, indiquant la nécessité de les traiter par chirurgie. Les besoins en soins de santé mentale des cas atteints de TT ayant des résultats chirurgicaux insatisfaisants doivent être évalués et traités.

Déclaration des intérêts financiers : Cette étude a bénéficié d'une participation financière de la Coalition pour la Recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-MTN) au Groupe de travail pour la Santé dans le Monde. EH bénéficie du concours du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.

Étude de cohorte des cils après épilation chez des cas de trichiasis non opérés et postopératoires en Éthiopie : fardeau et phénotype des cils, et acceptation de l'intervention

Présenté par le Dr Esmael Habtamu, Coordinateur de l'étude, London School of Hygiene et Tropical Medicine

Auteurs et affiliations : Esmael Habtamu^{1, 2}, Tariku Wondie², Zeribun Tadesse², Bizuayehu Gashaw³, E. Kelly Callahan⁴, David Macleod¹, et Matthew J. Burton¹

¹London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni. ²Centre Carter, Addis Ababa, Éthiopie. ³Bureau régional de la Santé d'Amhara, Bahirdar, Éthiopie. ⁴Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis.

Contexte de l'étude

Le stade cécitant du trachome, ou TT, a des phénotypes variables qui vont d'un seul cil aberrant sans entropion (la rotation du bord palpébral vers l'intérieur) touchant l'œil à un entropion complet où tous les cils sont tournés vers l'intérieur et éraflent la cornée. L'OMS recommande une chirurgie corrective des paupières quelle que soit la sévérité du TT pour réduire le risque de cécité. Cependant, la dispense de services chirurgicaux pose des problèmes considérables, notamment une faible acceptation de l'intervention, et des suites chirurgicales médiocres telles qu'un TTP (la récurrence du trichiasis après l'opération), ainsi que des anomalies du contour de la paupière. De nombreuses personnes atteintes de TT, surtout celles qui ont une maladie modérée, refusent l'opération, même quand celle-ci leur est proposée gratuitement et près de leur domicile. Il existe des preuves suffisantes pour démontrer que les cas de TTP n'ont pas d'entropion (> 80 %) et sont bénins (> 88 % et 68 % dans les essais menés en Éthiopie et en Tanzanie respectivement), ce qui indique que la plupart des cas de TTP n'ont en principe pas besoin de prise en charge chirurgicale et sont susceptibles de la refuser quand on la leur offre, et qu'une autre stratégie de prise en charge est nécessaire. Des données récentes de suivi à long terme issues d'un essai clinique ont montré que des cas mineurs (< 6 cils touchant l'œil) non opérés de TT pouvaient obtenir de bons résultats avec une épilation et que l'épilation permet de réussir à endiguer le trichiasis et à limiter sa progression vers un TT majeur (≥ 6 cils touchant l'œil). De sorte que l'OMS a appuyé le recours à l'épilation, l'arrachage répété des cils, comme alternative thérapeutique de deuxième ligne plutôt que la chirurgie pour la prise en charge du trichiasis trachomateux non opéré (TTNO) et du TTP mineur.

Cependant, certains programmes trachome ont hésité à mettre l'épilation en œuvre, essentiellement à cause de suppositions selon lesquelles l'épilation pour le TT mineur risquait de favoriser la repousse de cils plus nombreux, plus raides et plus épais que les cils trichiasiques d'origine, et que le fait de proposer une épilation empêcherait l'acceptation de l'intervention chirurgicale. Mais il n'existe que des preuves limitées, que ce soit pour valider ces hypothèses ou les invalider. Le but de cette étude est de mener l'enquête sur le fardeau et les phénotypes des cils après épilation, et sur l'acceptation de la chirurgie du TT chez les cas de TTNO et les cas de TTP 6 mois après une épilation fréquente.

Méthodes

Des cas de TTNO mineurs (< 6 cils touchant l'œil) (170) et de TTP (169) ayant refusé la prise en charge chirurgicale mais qui étaient disposés à se faire épiler, ont été recrutés au moyen d'un dépistage communautaire dans la région d'Amhara en Éthiopie. Ils ont été intégrés dans l'étude et suivis chaque mois pendant six mois. Les patients ont reçu des conseils et on leur a montré comment s'épiler, et ceux qui avaient demandé de l'aide ont été assistés par l'examineur à chacune de ces étapes. Le nombre de cils trichiasiques et leurs caractéristiques (emplacement, épaisseur, force/rigidité et longueur) ont été notées à l'entrée dans

l'étude et à chaque date de suivi par un évaluateur unique. L'opacité cornéenne, l'acuité visuelle LogMar et la qualité de vie liée à la vision (VRQoL) ont été mesurées à l'entrée dans l'étude, à 1 mois et à 6 mois. Des données sur la fréquence d'épilation, le nombre de cils épilés et l'acceptation de la chirurgie ont été recueillies à chacune de ces étapes. Les mesures du critère principal étaient (a) le changement en termes de fardeau des cils trichiasiques, mesuré à l'aide d'une régression de Poisson afin d'estimer le rapport incidence-taux (RIT), (b) le changement en termes de phénotype des cils, mesuré au moyen d'un modèle de régression logistique et, (c) l'acceptation de la chirurgie du TT à 6 mois.

Résultats

Critères principaux :

Il y a eu une réduction significative du nombre de cils trichiasiques chez les cas de TTNO (RIT = 0,50 [IC 95 %, 0,42–0,62] ; $p < 0,0001$), et TTP (RIT = 0,34 [IC 95 %, 0,26–0,45] ; $p < 0,0001$) cas 6 mois après une épilation fréquente. À 6 mois, 44,2 % et 1,22 % (2 personnes) dans le groupe TTNO, et 58,9 % et 0,6 % (1 personne) dans le groupe TTP, respectivement, n'avaient pas de cil et ont évolué vers un TT majeur. Les cils après épilation à 6 mois avaient plus de chances d'être grêles (40,2 % contre 55,8 %, OR = 1,88 [IC 95 %, 1,21–2,93] ; $p = 0,0048$), sans vigueur (39,6 % contre 70,8 %, OR = 3,68 [IC 95 %, 2,30–5,88] ; $p < ,0001$), et moitié moins longs (30,9 % contre 43,3 %, OR = 1,71 [1,09–2,68] ; $p = 0,020$) que les cils avant épilation chez les cas de TTNO. La plupart des cils TTP à l'entrée dans l'étude étaient sans vigueur (66,3 %), grêles (63,4 %), et courts (51,7 %), et à 6 mois, il y avait malgré tout une augmentation importante de la proportion de cils sans vigueur, de 79,7 %, (OR=1,99 [IC 95 %, [1,04–3,83] ; $p = 0,039$.) À tous les rendez-vous de suivi, 120/164 (73,2 %) des cas de TTNO et 134/163 (82,3 %) des cas de TTP ($P = 0,05$) ont indiqué qu'ils accepteraient la chirurgie si leur TT progressait.

Critères secondaires :

Il n'y a pas eu de changement dans l'opacité cornéenne ($p = 0,39$) et la vision ($p = 0,12$) chez les cas de TTP, alors que les cas de TTNO présentaient une progression de leur opacité cornéenne périphérique (OR = 1,80 [IC 95 %, 1,22–2,65] ; $p = 0,0030$) et une amélioration de la vision ($p < ,0001$) à l'entrée dans l'étude plutôt qu'à 6 mois. Cependant, la plus grande part de la progression de l'opacité cornéenne dans le groupe TTNO s'est manifestée à la périphérie (12,2 %), alors que seulement 9,1 % des cas ont évolué vers une opacité cornéenne centrale. Une augmentation de la durée du suivi (OR = 1,21 [IC 95 %, 1,13–1,29] ; $p < ,0001$), un âge plus avancé (OR = 1,05 [IC 95 %, 1,0–1,10] ; $p = 0,025$), et une augmentation du fardeau des cils cornéens (OR = 1,18 [IC 95 %, 1,02–1,37] ; $p = 0,021$) ont été associés, indépendamment les uns des autres, à une progression de l'opacité cornéenne, tandis que l'auto-épilation à la référence (OR = 0,16 [IC 95 %, 0,03–0,83] ; $p = 0,021$) a eu un effet protecteur.

Les scores de VRQoL des cas de TTNO comme celui des cas de TTP avaient augmenté à 1 mois et à 6 mois après une épilation fréquente dans toutes les sous-échelles ($p < ,0001$).

Une proportion comparable des personnes du groupe TTNO (60,0 %) et du groupe TTP (61,0 %) projetait de s'épiler pendant plus longtemps, mais en majorité, elles ont répondu qu'elles continueraient à s'épiler tant qu'il le faudrait. Environ la moitié des cas de TTNO (50,0 %) et des cas de TTP (53,2 %) étaient d'avis que l'épilation « est un traitement suffisant » pour leur TT.

Conclusions

Les cils après épilation étaient moins vigoureux, plus grêles et plus courts que les cils après épilation chez des cas de TTNO et de TTP, ce qui semble indiquer que le risque de lésion cornéenne et le handicap visuel qu'entraînent ces cils sont moindres. L'étude montre qu'une mise en œuvre programmée de l'épilation ne s'opposerait pas à l'acceptation de la chirurgie. L'épilation doit être une option thérapeutique de seconde intention pour les cas non opérés présentant des cils cornéens, et l'épilation ne doit être proposée que dans les cas qui refusent l'intervention chirurgicale. Cependant, l'épilation doit être proposée comme option de prise en charge de seconde intention en parallèle avec la chirurgie pour les cas de TTP et les cas de TTNO mineurs présentant un TT périphérique, pour que les patients aient le choix entre les deux stratégies de prise en charge.

Déclaration des intérêts financiers : Cette étude a bénéficié du concours financier de la Coalition pour la Recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-MTN) au Groupe de travail pour la Santé dans le Monde. EH bénéficie du concours du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.

La photo 3D comme outil de gradation sur le terrain pour le trichiasis trachomateux : étude d'évaluation en Éthiopie

Présenté par le Dr Esmael Habtamu, Coordinateur de l'étude, London School of Hygiene et Tropical Medicine

Auteurs et affiliations : Jeremy Hoffman¹, Esmael Habtamu¹, Hillary Rono¹, Zeribun Tadesse², Tariku Wondie², Temesgen Minas², Bizuayehu Gasham³, E. Kelly Callahan⁴, David Macleod¹, et Matthew J. Burton¹

¹London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni. ²Le Centre Carter, Addis Ababa, Éthiopie. ³Bureau régional de la Santé d'Amhara, Bahirdar, Éthiopie. ⁴Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis.

Contexte de l'étude

Le TT continuera à se développer une fois que le trachome actif sera sous contrôle. La détection et le traitement des personnes touchées restera nécessaire pendant des années ; une longue « queue » de cas incidents est à prévoir. Au fur et à mesure que la prévalence du TT baisse, il y aura moins de cas pour former des agents de gradation (AG), ce qui nécessitera une alternative méthodologique. Un essai récent, comparant deux procédures alternatives de chirurgie du trichiasis, a eu recours à des clichés cliniques en deux dimensions (2D) pour évaluer la présence de trichiasis après l'opération chirurgicale. Dans cette étude, le résultat photographique de la gradation concordait fortement avec la gradation sur le terrain. Cependant, le TT était légèrement « surreprésenté » sur ces clichés, par rapport à la gradation sur le terrain ; on a pensé que cela pouvait être dû à la nature bidimensionnelle des photos, qui peut donner l'impression que les cils sur le globe oculaire le touchent alors qu'en fait il existe un petit espace.

Les clichés en trois dimensions (3D) pourraient peut-être surmonter en partie cette limitation des images en 2D en offrant une perspective supplémentaire et en montrant si les cils qui sont proches de l'œil sont en contact avec lui. Il n'a pas été fait état auparavant d'une utilisation de la photo en 3D pour évaluer le TT. Dans cette étude, nous avons enquêté pour savoir si celle-ci pourrait être un outil intéressant dans la formation et l'évaluation des agents de gradation dans le cadre d'un Programme de lutte contre le trachome, surtout pendant la longue « queue » de TT incidents à prévoir une fois que la maladie active aura été endiguée.

Méthodes

En février 2018, 26 professionnels de santé, désignés ci-après par l'abréviation AGT (agents de gradation du trachome), qui n'avaient ni formation ni l'expérience de l'identification des cas de TT, ont été recrutés dans 17 districts de la zone de Gojam ouest, dans la région d'Amhara, et ont été admis dans un programme de formation de 4 jours sur l'identification des cas de TT à l'aide d'images 3D. La formation s'appuyait sur le manuel de formation des ISOI de la région d'Amhara, sauf pour la formation d'identification des cas de TT sur des sujets vivants. Cette formation portait sur les techniques d'examen de la paupière à l'aide de loupes et de l'identification du TT à l'aide d'une série d'images 3D. On a montré aux stagiaires comment visualiser des images 3D imprimées sur papier à l'aide de lunettes 3D Loreo Pixi Viewer. Ils ont appris à déterminer le degré de présence du TT (présent ou absent) et à dénombrer les cils en contact avec l'œil si le TT était présent. Le dernier jour de formation, tous les stagiaires ont passé une évaluation intergrade (EIG) au moyen d'une série d'images imprimées couleur 3D de 50 yeux atteints de TT et non atteints de TT. À l'issue de la formation sur les images 3D et de l'EIG, les agents de gradation du TT ont été amenés sur le terrain pour évaluer 50 patients (1 œil par patient) atteints de TT et non atteints de TT au moyen de loupes à grossissement x 2,5 et d'une torche. Immédiatement après avoir passé l'épreuve, un groupe de stagiaires distinct composé de 27 ISOI expérimentés ont examiné un groupe de 50 patients, qu'ils ont évalués au moyen de la même procédure de gradation. Il s'agissait de comparer la qualité de la gradation obtenue par des agents

de gradation du TT utilisant des images 3D à celle obtenue par des ISOI expérimentés, dont la plupart avaient déjà participé à des évaluations d'impact du trachome. À la fin de l'exercice, un expert de gradation a fait repasser l'évaluation à tous les sujets.

Résultats

L'ensemble des concordances agrégées pour l'EIG réalisée par les stagiaires à l'aide d'images en 3D comparée à celle des experts sur le terrain était de 71,4 % (ET 9,2 %, intervalle 52-88 %). La sensibilité et la spécificité agrégées étaient respectivement de 87,7 % (IC 82,4-91,6) et 62,8 % (IC 52,1-72,4). Le score kappa moyen était de 0,46 (IC 0,39-0,52).

Dans l'épreuve d'évaluation clinique in vivo passée par les stagiaires, l'ensemble des concordances agrégées était de 86,8 % (ET 5,3 %, intervalle 74-94 %), comparée aux résultats obtenus par un AGT expert. Leur sensibilité agrégée était de 86,7 % (IC 95 % CI : 83,4-89,4) et leur spécificité agrégée de 89,0 % (84,9-92,1). Le score kappa moyen était de 0,75 (IC 0,71-0,79).

Dans l'épreuve d'évaluation clinique in vivo passée par les ISOI expérimentés, l'ensemble des concordances agrégées était de 86,4 % (ET 5,9 %, intervalle 72-96 %), comparée aux résultats obtenus par un AGT expert. Leur sensibilité agrégée était de 91,9 % (IC 95 % : 89,3-93,9) et leur spécificité agrégée de 83,2 % (78,3-87,1). Leur score kappa agrégé moyen était de 0,75 (IC 0,70-0,79). L'étude n'a pas mis en évidence une différence entre les stagiaires et les ISOI expérimentés par rapport à la probabilité qu'il diagnostiquent correctement la présence ou l'absence de TT (OR = 0,96, IC 95 % 0,74-1,24, p = 0,76).

On a demandé aux stagiaires de donner leur avis sur l'utilisation des images 3D pour leur formation d'AGT. Environ 80 % ont répondu que l'utilisation des lunettes 3D était d'emploi facile et 84 % trouvaient que les images 3D à l'aide de la visionneuse 3D étaient réalistes. Tous les formés trouvaient que les images 3D étaient plus utiles que les images 2D pour la formation et ils ont indiqué qu'à leur avis, celles-ci devraient faire partie des prochaines formations. À l'inverse, les avis défavorables à l'égard des images 3D tournaient autour du fait qu'il faut du temps pour les visionner (62,1 %), et les personnes ont suggéré qu'il faudrait consacrer davantage de temps à la formation.

Conclusions

L'examen de patients vivants après une formation avec des images 3D donne des résultats comparables à ceux obtenus par des agents de gradation expérimentés formés sur les patients vivants. Le recours à des images 3D du TT standardisées peut être un outil intéressant pour apprendre à des AG à identifier le TT dans les milieux où l'on ne dispose pas d'un nombre suffisant de cas de TT pour la formation.

Déclaration des intérêts financiers : Ces travaux ont bénéficié d'une participation financière de la Coalition pour la Recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-MTN) au Groupe de travail pour la Santé dans le Monde. La recherche a en outre reçu un soutien du Wellcome Trust (bourse de recherche pour des chercheurs confirmés au MJB 098481/Z/12/Z) et COR-MTN. JH bénéficie de l'aide de l'Institut national de recherche sur la santé/NIHR (3071). EH bénéficie du concours du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.

L'ESPEN et le statut du trachome dans la Région Afrique

Présenté par le Dr Amir B Kello, responsable médical, trachome ; ESPEN, Organisation mondiale de la Santé

L'Expanded Special Project for the Elimination of Neglected Tropical Diseases (ESPEN, Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées) a été créé en 2016. Partenariat public-privé entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS /AFRO), les États membres et les partenaires MTN, il représente un effort pour mobiliser des moyens politiques, techniques et financier pour s'attaquer aux 5 maladies tropicales négligées ayant la plus forte prévalence dans la Région Afrique et qui se prêtent à une chimiothérapie préventive. Les 5 MTN susceptibles d'être traitées par chimiothérapie préventive (MTN-CP) sont le trachome, l'onchocercose, l'helminthiase transmise par le sol, la filariose lymphatique et la schistosomiase (bilharziose).

L'ESPEN bénéficie d'un cadre institutionnel léger et souple et fait partie du cluster sur les maladies transmissibles de l'OMS / AFRO basé à Brazzaville, en République du Congo. Les objectifs auxquels l'ESPEN a accordé une priorité absolue sont les suivants :

1. Intensifier les traitements pour les 5 MTN-CP afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % et assurer l'intégration de la DMM pour ces maladies afin d'améliorer l'efficacité économique.
2. Diminuer, puis arrêter les traitements pour les 5 MTN-CP une fois le seuil d'élimination sera atteint ou que la transmission aura cessé.
3. Renforcer les systèmes d'information servant à la prise de décision sur la base de données d'étude.
4. Rendre les dons de médicaments plus efficaces grâce à une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Le projet comporte d'autres objectifs :

- A. Assurer le bon fonctionnement de la coordination et des partenariats
- B. Mener des actions de plaidoyer et mobiliser les moyens

Le portail de l'ESPEN (<http://espen.who.afro.int>) a été lancé en 2017 avec 240 cartes d'endémicité au niveau des unités de mise en œuvre. La phase II du portail a été mise à la disposition du public en mars 2018 après avoir été remaniée et rendue plus facile à utiliser par les utilisateurs. Le portail compte 4 403 cartes et des ensembles de données sous-jacents pour toutes les MTN-CP, dont le trachome, et ses informations sont disponibles aussi bien au niveau des unités d'intervention pour connaître le statut de l'endémicité et la couverture des traitements qu'au niveau des données sur site pour les cartographies et les études d'impact. De plus, une partie répertoriant les ressources a été ajoutée. Elle permet de télécharger des plans directeurs par pays touché par des MTN, une matrice de partenaires, les rapports des groupes élaborant les bilans des programmes régionaux, les rapports annuels de l'ESPEN ainsi que les dossiers d'élimination de la maladie par pays.

Au nombre de ses principales réalisations de 2018, l'ESPEN a aidé 21 pays à intensifier la DMM pour les MTN-CP, qui a touché 70 millions de personnes grâce à la promotion de l'intégration des activités liées aux DMM pour les 5 MTN-CP dans la mesure du possible. Avec l'aide de l'ESPEN, l'Angola, la République centrafricaine (RCA) et le Soudan du Sud ont terminé leur cartographie de la schistosomiase, des helminthes transmis par le sol et de la filariose lymphatique. L'ESPEN a également aidé la RCA, la République démocratique du Congo, le Soudan et le Zimbabwe à combler leurs lacunes et à cartographier les districts où le trachome est soupçonné endémique.

Grâce à l'aide apportée dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des pays endémiques et en étudiant des dossiers de demande groupée, l'ESPEN a réussi à aider des pays à récupérer 285 280 139 comprimés d'une valeur de plus de 69 740 537 dollars US. En outre, 44 pays endémiques de la Région Afrique ont bénéficié d'un appui pour élaborer leurs plans maîtres de deuxième génération sur les MTN pour la période 2016-2020.

L'OMS /AFRO a reçu le prix du partenariat innovant de la Universal Health Coverage (UHC, couverture maladie universelle) décerné par The Access Challenge [le défi de l'accès] à la conférence de la l'UHC organisée pendant l'assemblée générale des Nations Unies à New York en 2018, pour les réalisations de l'ESPEN, qui est reconnu comme un partenariat public-privé révolutionnaire qui contribue à faire décoller les progrès pour atteindre les objectifs d'élimination des MTN dans la Région Afrique.

Situation du trachome dans la Région Afrique

Sur les 43 pays où le trachome est endémique dans le monde, 27 (63 %) sont situés dans la Région Afrique. En 2018, le nombre de personnes vivant dans des districts endémiques a été estimé à 139 M dans la Région Afrique, ce qui représente 88 % du fardeau mondial du trachome. La région supporte également un énorme fardeau, disproportionné en comparaison, de cas de TT : 1,7 M (61 %) du total estimé, de 2,8 M.

Sur les 47 pays de la Région, le trachome est endémique dans 27 d'entre eux où il est notoire qu'ils ont besoin d'interventions, tandis que dans 15 pays le trachome est réputé non endémique. La situation quant à l'endémicité du trachome en Angola, au Botswana et en Namibie est incertaine. La Gambie déclare avoir éliminé le trachome. Le Ghana est le seul pays de la Région à avoir été validé en juin 2018 comme ayant éliminé le trachome en tant que problème de santé publique.

Dans la Région Afrique, c'est en Éthiopie, où le nombre de personnes vivant dans des districts où le trachome est endémique s'élève à 70M, que le fardeau du trachome est le plus lourd. La population à risque en Éthiopie représente 44 % du fardeau mondial et 50 % du fardeau dans la Région. Par ailleurs, l'Éthiopie a le fardeau national de cas de TT le plus élevé au monde. Sur les 1,7 M de cas de TT dénombrés par estimation dans la Région Afrique en 2016, 693 037 (41 %) ont été répertoriés en Éthiopie.

Sur les 27 pays endémiques de la Région Afrique, il en restait encore 9 qui n'avaient pas achevé leur cartographie du trachome en juin 2018 pour la totalité des districts suspectés endémiques. Ceux-ci étaient la RCA, le Tchad, la RDC, la Guinée, la Mauritanie, le Nigeria, le Soudan du Sud, la Zambie et le Zimbabwe. Le nombre total de districts qui ont encore besoin d'être cartographiés dans des pays endémiques déjà confirmés dans la Région Afrique en juin 2018 s'élevait à 137.

En 2017, sur les 27 pays où le trachome est endémique, 24 avaient 1 129 districts où le TF₁₋₉ est ≥ 5 %, ce qui justifie le traitement avec A, N et E. Sur ces 24 pays qui avaient besoin de DMM, seuls 7 (29 %) sont parvenus à une couverture géographique de 100 % de la DMM. Ces pays étaient le Bénin, l'Erythrée, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Malawi, la République unie de Tanzanie et l'Ouganda. Les 17 autres pays (71 %) ont eu des lacunes pour parvenir à une couverture géographique complète, situation qui concerne au total 461 districts connus pour être endémiques. Cela signifie que seulement 59 % du total, soit 1 129 districts déjà identifiés comme endémiques et nécessitant un traitement ont bénéficié d'interventions de A, N et E en 2017.

D'importants progrès ont été accomplis par les pays où le trachome est endémique, avec l'aide des parties prenantes dans la mise en œuvre des composantes C et A de la stratégie CHANCE. Malgré cela, il reste d'énormes difficultés pour assurer la mise en œuvre des composantes N et E dans la plupart des pays endémiques. Les autres problèmes sont, entre autres, l'insécurité dans les pays où le trachome est endémique

et ceux où sa présence est soupçonnée, ainsi que le déplacement des populations à l'intérieur et à l'extérieur des pays endémiques.

Il existe des raisons d'espérer car sur 1 129 districts endémiques dans la région en 2017, 267 (24 %) avaient atteint le seuil d'élimination en 2018 et n'avaient plus besoin de DMM. De plus en plus de pays se rapprochent du critère d'élimination du trachome comme problème de santé publique et sont en train de constituer leur dossier d'élimination du trachome, qu'ils s'appêtent à déposer.

Les effets non cibles de la distribution massive d'azithromycine pour le trachome

Présenté par le Dr Catherine Oldenburg, professeur assistante, et Mlle Kieran O'Brien, coordinatrice de l'étude, Francis I. Fondation Proctor, université de Californie à San Francisco

L'azithromycine pour la mortalité infantile

Malgré les progrès substantiels réalisés dans la réduction de la mortalité infantile au cours des 20 dernières années, les taux de mortalité en dessous de l'âge de 5 ans restent élevés dans de nombreux milieux de la région subsaharienne. L'azithromycine a de l'efficacité contre les agents pathogènes responsables de plusieurs maladies infantiles infectieuses qui contribuent au fardeau de la mortalité, notamment la pneumonie, la diarrhée et la malaria. En effet, des études sur le trachome évaluant les effets non cibles de la distribution massive d'azithromycine ont constaté des réductions dans le fardeau des infections aiguës des voies respiratoires et de la parasitémie du paludisme.

Plusieurs études ont également constaté des effets bénéfiques sur la mortalité après une distribution massive d'azithromycine. Dans un essai randomisé par grappes comparant les fréquences de distribution d'azithromycine en Éthiopie, le taux de mortalité chez les enfants de 1 à 9 ans était inférieur de 50 % chez les communautés recevant un traitement quelconque comparé à celles ne recevant aucun traitement sur 1 an. De même, une étude de cohorte dans la même population a conclu que cette relation se maintenait lorsque l'on compare les enfants traités et non traités au sein d'un foyer. Dans un autre essai randomisé par grappes sur le trachome au Niger, les communautés qui ont bénéficié de distributions biannuelles d'azithromycine pour les enfants de plus de 3 ans ont vu le taux de mortalité chez les enfants de 6 mois à 5 ans chuter de 19 % par rapport à celles ayant reçu des distributions annuelles pour tout le monde. Ces études apportent des preuves préliminaires convaincantes que les distributions massives d'azithromycine peuvent réduire la mortalité infantile, mais elles souffrent de limitations et présentent un risque de biais, ce qui nous interdit d'en tirer des conclusions décisives.

L'essai MORDOR était destiné à remédier aux limitations des études précédentes et à évaluer directement l'efficacité de l'azithromycine pour réduire la mortalité infantile. MORDOR a procédé à la sélection aléatoire de communautés au Malawi, au Niger et en Tanzanie pour donner de l'azithromycine deux fois par an ou le placebo à des enfants de 1 à 59 mois sur 2 ans et a suivi la mortalité au moyen d'un recueil de données de recensement biannuel. Dans l'ensemble, MORDOR a fait ressortir une réduction de 13,5 % de la mortalité chez les communautés traitées avec l'azithromycine, par rapport aux communautés traitées avec le placebo. L'effet de l'azithromycine sur la mortalité a été le plus fort au Niger, qui a vu baisser la mortalité de 18,1 %, et chez les enfants de 1 à 5 mois, la baisse a été de 24,9 %.

Futures orientations pour la recherche

Les études en cours procèdent actuellement à l'évaluation des effets à long terme de l'azithromycine en ce qui concerne la mortalité infantile et la résistance aux antibiotiques, l'utilisation de l'azithromycine chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, l'efficacité de l'intégration de l'azithromycine dans des plateformes autres que la DMM, ainsi que la science de la mise en œuvre dans le déploiement de l'azithromycine au niveau des pays. Les résultats de ces études et des autres sont attendus dans les 5 années qui viennent.

Innocuité de l'azithromycine chez les nourrissons de 1 à 5 mois

Actuellement, les programmes trachome traitent les enfants à partir de six mois et plus avec de l'azithromycine par voie orale dans les communautés où le trachome est endémique. Il y a une rareté des données d'innocuité sur l'utilisation de l'azithromycine chez les enfants de moins de 6 mois, et certaines études observationnelles ont fait le lien entre l'utilisation des macrolides chez les jeunes nourrissons (en général de moins de 6 semaines) et un risque accru de sténose hypertrophique infantile du pylore (SHIP). Bien que rare, la SHIP est une maladie grave qui nécessite une correction par chirurgie. Cependant, il n'y a pas d'essais randomisés contrôlés évaluant l'innocuité de l'utilisation des macrolides pour les jeunes nourrissons.

Un sous-groupe aléatoire de 30 communautés dans l'étude MORDOR a été choisi à titre de communautés dites « de morbidité », dans lesquelles on a procédé à un suivi plus intensif que ce qui était faisable du point de vue logistique dans les communautés dites « de mortalité » (celles qui se consacrent au critère principal en temps par personne). Dans le cadre du suivi, les personnes affectées aux soins des nourrissons de 1 à 5 mois ont été interrogées sur leurs comportements en matière de demande de soins médicaux et sur les symptômes spécifiques après le traitement, le but étant d'interroger chaque soignant après deux semaines de traitement.

Les personnes affectées aux soins de 1 712 nourrissons ont été interrogées. La durée médiane des interviews était de 34 jours (écart interquartile 21 à 61 jours). Les soignants de 70 % de des nourrissons ont indiqué que leur enfant avait reçu le traitement à l'étude. Parmi ceux-ci, il n'y avait pas de différence entre les personnes affectées aux soins indiquant qu'ils avaient un problème de santé (34,1 % sous azithromycine, 40,3 % sous placebo, $P = 0,24$) ou celles qui fréquentaient un centre de soins (12,8 % sous azithromycine, 16,8 % sous placebo, $P = 0,27$). La répartition des événements indésirables était la même entre les bras ($P = 0,43$). Les événements indésirables les plus courants étaient la diarrhée, les vomissements et les éruptions cutanées. Il n'y a pas eu de différence pour les vomissements (15,9 % azithromycine, 21,0 % placebo, $P=0,07$), le signe clinique le plus fréquent de SHIP, et il n'y a pas non plus eu de signalements de cas de SHIP.

Il semble que l'azithromycine est sans risque lorsqu'elle est administrée sous forme de dose unique de 20 mg/kg à des nourrissons de 1 à 5 mois dans le cadre d'un programme de distribution massive, sans preuves d'une différence d'événements indésirables entre les groupes. Le traitement d'enfants ne dépassant pas 1 mois dans les programmes pourrait être envisagé, surtout avec une évaluation continue des événements indésirables dans ce groupe.

Résistance antimicrobienne

Une étude systématique a été menée pour compiler les données disponibles à la sélection par rapport à la résistance aux macrolides après la distribution massive d'azithromycine pour le trachome dans n'importe quel organisme. Au total, 19 études ont été identifiées, qui font état de 12 cas de résistance à *Streptococcus pneumoniae*, 3 à *Chlamydia trachomatis*, 3 à *Escherichia coli*, 2 à *Staphylococcus aureus*, et 1 à *Plasmodium falciparum*. La diversité des plans expérimentaux, des fréquences de distribution et des intervalles fixés pour le suivi parmi les études incluses empêchait une méta-analyse formelle, et une synthèse qualitative des données d'études a été menée par organisme. Dans l'ensemble, des cas de résistance ont été signalés pour 3 organismes sur les 5 pour lesquels on disposait de données (*S pneumoniae*, *E coli*, et *S aureus*). Plusieurs signalements sur chacun de ces organismes laissent penser que la résistance augmente immédiatement après une distribution massive d'azithromycine, pour décliner ensuite une fois que l'on cesse les distributions, la prévalence revenant au niveau qu'elle avait à la référence ou autour de celle-ci. Il n'a pas été fait état de résistance chez *C. trachomatis*.

ou chez *P. falciparum*. L'absence de résistance observée chez *C. trachomatis*, ainsi que l'augmentation de résistance apparemment temporaire constatée chez les autres organismes sont prometteuses pour une distribution continue par les programmes trachome, à la fois en termes d'efficacité continue sur l'organisme cible et la possibilité d'un effet minime sur les autres. Mais les études sur ce sujet manquent cruellement dans plusieurs domaines importants, notamment sur des distributions plus fréquentes et plus longues et sur des intervalles de suivi de plus de 6 mois. Au fur et à mesure que la distribution massive d'azithromycine pour le trachome se poursuit et est envisagée pour des indications plus larges telles que la mortalité infantile, la poursuite de la surveillance à court et long terme de la résistance antimicrobienne est nécessaire.

Sérologie : un usage sous surveillance

Présenté par le Dr Diana Martin, microbiologiste-chercheur, Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention

Une surveillance après validation sera indispensable pour s'assurer qu'une fois que l'on aura cessé les interventions de la stratégie CHANCE, en raison du fait que l'objectif est l'élimination d'un problème de santé publique et non l'absence totale de nouvelles infections. Les programmes exigeront des garanties que l'élimination est pérenne sur la durée, et l'OMS a demandé des plans de surveillance après la validation dans le dossier d'élimination, mais il n'y a pas d'instructions sur la façon de procéder à la surveillance de la transmission du *Chlamydia trachomatis* oculaire. Comme il est probable qu'il n'y aura que peu de financements pour la surveillance post-validation, un outil idéal de surveillance serait à la fois peu cher et facile à intégrer dans les systèmes existants de veille sanitaire.

De récents travaux ont évalué la possibilité de recourir à des tests à base d'anticorps pour la surveillance post-validation. Pour que ce genre de sérosurveillance ait un intérêt, il faudrait que nous observions de façon répétée, au minimum, la présence de signes d'anticorps anti- *C. trachomatis* dans les zones où la transmission est active, et l'absence de signes d'anticorps anti- *C. trachomatis* dans les zones où la transmission est faible ou absente. Les données provenant de toutes sortes de situations de transmission et programmatiques serviront à valider l'exploitation des réponses aux anticorps pour la surveillance et, si elle est concluante, à informer des méthodologies pour déterminer le seuil programmatique des réponses aux anticorps. Cela pourrait se faire sous la forme d'un simple seuil de séropositivité, ou bien de modèles plus complexes pour estimer les taux de séroconversion comme indicateur de transmission pourraient être utilisés.

En même temps, nous réunissons des données pour déterminer si une surveillance basée sur les anticorps se justifierait pour le trachome, et nous mettons également au point les tests à utiliser. Actuellement, la détection d'anticorps à la protéine Gp3 peut se faire à l'aide de l'un des trois dosages différents. Le premier qui a été mis au point est le plus pointu : c'est le test à billes multiplex. Ce test est parfaitement reproductible, il est quantitatif, de sorte que les données nous disent quelque chose sur la quantité des anticorps dans l'échantillon et il peut être multiplexé pour détecter des anticorps contre jusqu'à 100 autres antigènes provenant d'autres agents pathogènes dans le même puits. Et il est idéal pour une surveillance intégrée. L'inconvénient du test à billes multiplex est que l'instrumentation est plus coûteuse, plus difficile à se procurer et nécessite un haut niveau de compétence technique ainsi qu'une maintenance constante de l'instrument. Le test ELISA Pgp3 fait ressortir des données quantitatives mais ne peut détecter qu'une seule chose à la fois. Cependant, n'importe quel laboratoire de santé publique aura les moyens de procéder à des tests ELISA. Enfin, le test de détection à flux latéral est simple à utiliser et nécessite une formation minimale (moins d'une demi-journée), comparé aux deux autres, mais il ne fait ressortir que les résultats positifs ou négatifs. Dans l'idéal, ces tests donneront les mêmes informations, ce qui laissera la possibilité aux programmes nationaux de choisir le test qui est le plus concluant pour eux.

Les données ont été présentées à partir d'enquêtes d'impact menées dans l'ouest d'Amhara en 2017. Du sang a été prélevé avec des pipettes capillaires sur des enfants de 1 à 9 ans dans 4 UE, choisies exprès pour en inclure 2 qui devaient en principe se maintenir au-dessus de 5 % de TF à l'étude d'impact, et 2 dont on s'attendait qu'elles se situent en dessous de ce chiffre. Les UE Andabet et Dera avaient environ 30 % de TF lors des toutes dernières études (2011 et 2014, respectivement) et, comme prévu, toutes deux avaient un TF > 5 % lors de l'étude d'impact de 2018. Andabet avait 37 % de TF, et Dera 14,7 %. Ces deux UE avaient également le taux le plus élevé de résultats positifs aux anticorps contre la Pgp3 de l'antigène de *C. trachomatis* : Andabet à 35,6 % et Dera à 11,2 %. La prévalence des anticorps anti-Pgp3 était inférieure à 5 % dans

chacune des deux UE, avec un TF en dessous de 5 %. Des données sérologiques laissent penser que la transmission n'a pas cessé à Andabet et reflètent une faible transmission à Woreta Town et Alefa. Les modèles laissent penser que le taux de prévalence des anticorps, à 7,5 %, correspond à un TF < 5 %, et qu'Andabet comme Dera étaient au-dessus de ce niveau. Toutefois, d'après des études antérieures, nous nous attendons à ce que la prévalence des anticorps soit supérieure à la prévalence du TF dans les zones où la transmission se poursuit. Actuellement, nous ne connaissons pas l'impact des tournées multiples de DMM sur la dynamique de la réponse aux anticorps et la prévalence des anticorps. Il est possible que la DMM, et plus particulièrement les tournées multiples de DMM influent sur le taux auquel on devient positif aux anticorps, ce qui pourrait faire baisser ce taux, ou le taux auquel on devient négatif aux anticorps, ce qui pourrait faire augmenter ce taux. Cette possibilité doit être remise à l'étude en recueillant d'autres données sur le terrain et en affinant la modélisation.

Actualités de la CILCT et planification de la transition

Présenté par Mlle Aparna Barua Adams, responsable de projet et M. Scott McPherson, vice président, Coalition internationale pour la lutte contre le trachome

À propos de la CILCT (présenté par Aparna Barua Adams)

L'année 2019 marque 15 ans depuis que la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome (CILCT) a été fondée. Depuis, la coalition s'est étoffée et compte aujourd'hui 49 membres : des organisations non gouvernementales, des donateurs, des organismes du secteur privé et des organisations universitaires, qui collaborent fièrement pour apporter leur concours à l'Alliance de l'OMS pour l'élimination du trachome à l'échelle mondiale d'ici à 2020 (Alliance GET2020).

Chaque membre participe à la CILCT par l'intermédiaire d'un chef désigné membre de son organisation, qui joue un rôle décisif dans le travail avec d'autres membres de la CILCT et le secrétariat de la CILCT dans la diffusion de son plan stratégique 2015-2020, dont le but est d'apporter une assistance au programme mondial sur le trachome en :

1. Augmentant la volonté politique
2. Augmentant l'investissement
3. Renforçant les moyens humains et matériels
4. Coordinant la dispense d'assistance technique
5. Veillant à l'efficacité du modèle de coalition

En avril 2019, la composition du groupe exécutif de la CILCT va changer :

- Serge Resnikoff (l'actuel président de la CILCT deviendra le président sortant immédiat (2019 – 2021)
- Scott McPherson (vice-président actuel) reprendra la présidence (2019 – 2021)
- Virginia Sarah (vice-présidente actuelle immédiate) aura terminé son mandat de 6 ans au groupe exécutif (passant des fonctions de vice-présidente à celles de présidente, puis de présidente sortante immédiate), mais restera membre actif et engagé de la communauté de la CILCT
- En septembre 2018, après que des membres aient été invités à proposer des nominations au poste de vice-présidente (2019 – 2021), Angelia Sander du Centre Carter a été choisie pour intégrer le groupe exécutif et prendra ses fonctions officielles de vice-présidente de la CILCT le mois prochain.

La CILCT détient actuellement deux initiatives de partenariat financées par des subventions (2014 – 2019), dont Sightsavers est le gestionnaire de subvention désigné par les membres pour chacune d'entre elles :

- l'Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust
- le Programme CHANCE du Département pour le Développement International (DFID)
- un montant combiné de £80 millions sur 5 ans
- travaillant sur 10 pays en Afrique et 5 pays dans le Pacifique

Depuis 2014, les initiatives de partenariat de la CILCT ont contribué :

- à la prise en charge de plus de 215 000 cas de trichiasis
- à la dispense de plus de 74 millions de traitements

à des interventions pour favoriser les changements de comportement dans 147 districts endémiques **Bilan de l'année dernière**

- Le lancement de l'état des lieux épidémiologique annuel de la base de données de GET2020 et d'infographies indiquant les progrès du programme trachome mondial (pour avoir une liste de tous les documents relatifs à la base de données du GET2020, de l'aperçu épidémiologique et des infographies, consultez la bibliothèque de ressources de la CILCT).
- Issue du sommet de la Rencontre des chefs de gouvernement du Commonwealth (avril 2018)
 - La CILCT a été l'un des 6 membres noyaux de l'initiative de plaidoyer Vision for the Commonwealth, aux côtés de Sightsavers, la fondation Fred Hollows, Peek, Clearly et dirigée par le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.
 - Vision for the Commonwealth est parvenue à mettre les deux engagements majeurs que sont la vision et l'élimination du trachome à l'ordre du jour du sommet de la Rencontre des chefs de gouvernement du Commonwealth en 2018, qui était organisée par le gouvernement britannique et 52 autres chefs d'État participants.
 - Un financement de 20 millions de GBP du Commonwealth a été lancé par le DFID pour aider les pays du Commonwealth à atteindre l'élimination du trachome comme problème de santé publique
- Aide aux coalitions sur les MTN afin de contribuer à l'émergence de personnalités politiques défenseurs de la cause :
 - En qualité d'observateurs à la Coalition britannique contre les MTN, la CILCT et ses membres au Royaume-Uni se sont montrés favorables à un rapport parlementaire annuel présentant l'impact de l'investissement du DFID pour les MTN, trachome compris
 - Participation à des réunions conjointes entre les parlementaires britanniques et allemands grâce à la Coalition britannique contre les MTN et le Réseau allemand sur les MTN.
- Contribution à l'Union pour la lutte contre les MTN/le processus de bilan chiffré du NNN.
 - Un tableau de bord de l'impact et un cadre d'action seront lancés en 2019 ; des outils de plaidoyer et de planification pour aider les 10 communautés touchées figurant sur la Déclaration de Londres sur les MTN.
- Feuille de route de l'OMS pour les MTN : consultation avec les membres et observateurs de la CILCT, lancement prévu en 2020 ;
- Publication de nouvelles ressources documentaires de la CILCT :
 - *ICTC Preferred Practice: Zithromax® MDA Trainers Guide* (pratique préférée de la CILTC : guide des formateurs en DMM de Zithromax®)
 - Boîte à outils de la CILCT pour la Planification de la transition
- L'exercice d'évaluation de l'apprentissage du DFID/Trust (fin du projet) portera sur l'Afrique ; les conclusions seront communiquées en principe à la réunion du GET2020 au Mozambique. L'évaluation de la formation seront retenus à partir de trois domaines :
 1. L'efficacité de la diffusion du programme : qualité, couverture et équité sur l'ensemble de la stratégie CHANCE
 2. La construction de systèmes de santé pour assurer la pérennité de l'élimination
 3. Les enseignements tirés du modèle de partenariat

Coup de projecteur : Les progrès dans les pays du Commonwealth

- La base de données du GET2020 répertorie :
 - 42 millions de personnes exposées
 - 21 pays du Commonwealth sur 53 dont le statut est considéré incertain ou qui ont besoin d'interventions pour le trachome
- Les progrès dans les pays du Commonwealth
 - Le Ghana, premier pays du Commonwealth à avoir reçu la validation de l'OMS pour l'élimination du trachome comme problème de santé publique
 - En 2017, le Pakistan a mené la première DMM de son histoire, qui l'a conduit à dispenser des traitements à plus de 1 millions de personnes dans des pays où la maladie est endémique
 - **10 pays** du Commonwealth sont en voie d'atteindre les seuils d'élimination d'ici à 2020 (l'Australie, le Kenya, le Malawi, les îles Fidji, Kiribati, le Mozambique, les îles Salomon, l'Ouganda, la Zambie et Vanuatu)
 - **15 pays** du Commonwealth disposent de programmes pour s'attaquer au trachome, qui en sont à différents stades de mise en œuvre (les pays cités ci-dessus, plus le Cameroun, l'Inde, le Nigeria, le Pakistan et la Tanzanie)
 - **6 pays** doivent commencer d'urgence des programmes trachome

Activités à prévoir pour la suite

- Publication de données (base de données du GET2020) et d'infographies révisées annuelles - outils de communications et de plaidoyer pour communiquer les progrès du programme trachome mondial et souligner les domaines où le travail reste à poursuivre
- Lancement de nouvelles équipes dévolues à des tâches à la CILCT : les populations difficiles à atteindre et le renforcement des systèmes de santé ; ces deux groupes joueront un rôle décisif dans le recueil et le partage d'expériences, de pratiques reconnues favorisant les efforts d'élimination au niveau mondial, mais ils contribueront également à l'élargissement de la stratégie et de la programmation pour les MTN
- Soutenir les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) sur la santé oculaire et les MTN (2020)
- Feuille de route de l'OMS sur les MTN : la CILCT va continuer à favoriser les apports d'information sur le trachome émanant des communautés au moyen de consultations
- La CILCT, qui attend un nouveau financement devant arriver en 2019 pour la région AFRO OMS, va consacrer en priorité ses efforts sur la mobilisation de moyens pour les plans régionaux de l'est de la Méditerranée et l'Organisation panaméricaine de la santé

La boîte à outils de la CILCT pour la transition (présenté par Scott McPherson)

- La CILCT définit des pratiques préférées depuis 2012 pour y faire figurer les grands enseignements tirés et promouvoir des données d'études destinées à améliorer la programmation
- Les pratiques préférées de la CILCT fournissent des données sur les meilleures pratiques pour aider ceux qui participent à la mise en œuvre et les partenaires à élargir la stratégie CHANCE et le programme trachome mondial

- Les pratiques préférées sont élaborées par des membres de la CILCT en collaboration, par l'intermédiaire de groupes de travail et avec l'aide de responsables techniques des deux initiatives de partenariat subventionnées de la CILCT (le programme CHANCE du DFID et l'Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust).
- Les moyens techniques sont examinés par le comité consultatif du programme de la CILCT afin de communiquer des conseils d'assurance qualité sur le plan technique et le plan programmatique
- Actuellement, toutes les pratiques préférées existent en anglais, beaucoup en français et quelques-unes en portugais et en espagnol. Le financement des pratiques préférées est assuré par des membres de la CILCT afin de rendre les ressources et les données d'études plus accessibles.
 - a. Au cours des 12 derniers mois, la CILCT a entrepris une consultation avec des membres et des observateurs pour mettre au point une série d'outils afin de permettre aux programmes nationaux de prendre en compte la planification de la transition. La nécessité d'élaborer des outils pour appuyer les activités de la transition pour les programmes pays a été pointée par le gestionnaire de subventions des initiatives de partenariat de la CILCT (Sightsavers).
 - b. La CILCT/Sightsavers ont constitué une équipe chargée des tâches de transition pour regrouper les enseignements du MdS et amener les partenaires de mise en œuvre à répertorier les besoins, dans une optique de nécessité et de pérennité, pour l'élimination du trachome et le passage à des programmes de santé publique classiques.
 - c. En avril 2018, un atelier organisé à Londres a réuni plus de 20 membres et observateurs de la CILCT, invités à apporter d'autres réflexions et points de vue sur ces pratiques. Tous les membres de la CILCT ont été invités en septembre 2018 à en prendre connaissance et de nouveaux avis sur la rédaction ont été communiqués par l'OMS.

Dans le cadre du programme trachome mondial, la planification de la transition renvoie à ce qu'ont entrepris les districts pour travailler et parvenir à leur seuil d'élimination fixé par l'OMS, pour veiller à ce que les victoires ne soient pas sans lendemain, que les services soient intégrés aux soins médicaux courants, aux soins oculaires ou aux services d'adduction d'eau et d'assainissement, et que le système de santé soit renforcé.

Trois séries d'outils ont été mises au point par la CILCT, intitulés :

1. Planification de la transition pour les services de prise en charge du trichiasis
2. Planification de la transition pour la distribution massive de Zithromax®
3. Planification de la transition : nettoyage du visage et amélioration de l'environnement

Ces outils peuvent être utilisés de toutes sortes de façons :

1. Comme guide de planification par étapes
2. Comme liste de vérification pour s'assurer que la planification est en bonne voie
3. Comme document de référence sur les principales composantes de la planification
4. Pour faire participer des partenaires non axés sur le trachome à la planification et à la mise en place d'activités de transition

Ces outils tiennent compte des discussions nécessaires au niveau des districts et au niveau national et suggèrent des agendas et des étapes pour mettre sur pied et renforcer les partenariats intersectoriels au niveau des pays, nécessaires pour permettre la planification de la transition. Ils vont être disponible en anglais, en français, et en portugais.

Points clés pour la prise en charge du TT dans la planification de la transition :

- Lorsqu'une enquête indique que la prévalence du TT dans un district est en dessous du seuil d'élimination, il faut que la recherche de cas et la sensibilisation se traduise désormais en services médicaux d'ophtalmologie courants, proposés au niveau des districts
- Inclure des responsabilités de chirurgie du TT dans le système de santé national contribuera directement à atteindre les objectifs mondiaux de chirurgie pour 2030 et à réaliser la couverture santé universelle grâce à la qualité, la disponibilité des interventions, et la disposition à se faire opérer.

Principaux objectifs pour la DMM dans la planification de la transition :

- Les stocks restants de Zithromax® sont correctement gérés conformément aux instructions de l'IIIT et de Pfizer
- Penser à élaborer un système de surveillance destiné à repérer une recrudescence du trachome actif
- Les autorités de santé à chaque niveau ainsi que les communautés concernées ont conscience de la cessation de la DMM et de ce qui la justifie, ainsi que de la nécessité de maintenir des activités WASH

Points clés pour le N et E dans la planification de la transition :

- À la différence des composantes chirurgie et antibiotiques de la stratégie CHANCE, la composante N et E nécessite un partenariat en chaîne avec les agences de l'eau et de l'assainissement pour améliorer l'accès à l'infrastructure, ainsi qu'un allongement des délais, afin de permettre aux comportements et aux pratiques de changer durablement
- Accorder la priorité à l'intégration d'activité WASH et de promotion de la santé concernant le trachome dans la dispense de services classique, c'est-à-dire en assurant un approvisionnement fiable en eau, un accès aux services d'assainissement, l'absence de défécation dans la nature, la poursuite de la promotion de l'hygiène

Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'assainissement et la santé

Présenté par Mme Yael Velleman, directrice des partenariats, Initiative de lutte contre la schistosomiase, Imperial College de Londres au nom de l'OMS

1. Rappel du contexte

Pour la première fois de son histoire, l'OMS a publié des directives sur l'assainissement et la santé ⁴, en août 2018. Bien qu'il existe déjà des instructions sur les différents aspects de l'assainissement, de nouvelles directives ont été jugées nécessaires, car les évaluations des interventions sanitaires montrent que les effets sur la santé ont été moins importants que prévus, ce qui a suscité des interrogations quant à la qualité de mise en œuvre des interventions et des programmes en matière d'assainissement. Ces nouvelles directives globales envisagent toute la chaîne du service d'assainissement et ses implications pour la santé humaine, ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs sanitaires pour obtenir des bénéfices sur la santé grâce à l'assainissement. Elles récapitulent les preuves sur les liens qui existent entre l'assainissement et la santé, proposent des recommandations basées sur des données d'étude et offrent des conseils pour inciter à des politiques et des actions internationales, nationales et locales qui protègent la santé publique.

Ces directives s'adressent principalement aux autorités nationales et locales responsables de la sécurité des systèmes et services d'assainissement, en particulier les décideurs politiques, les chargés de planification, de mise en œuvre et ceux à qui reviennent le développement, l'application et le contrôle des normes et des réglementations. Cela englobe les autorités sanitaires et d'autres agences ayant des responsabilités d'assainissement.

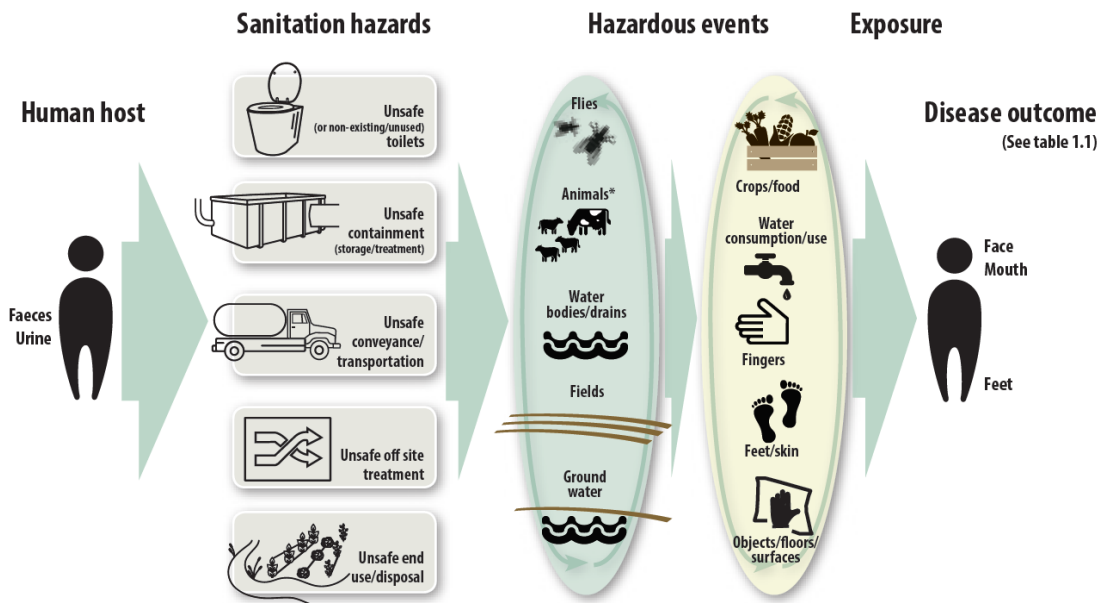
Ces directives ont été rédigées conformément aux procédures détaillées dans le manuel de l'OMS pour la rédaction de directives. Le groupe de rédaction, qui a supervisé le processus, comprenait Kelly Callahan, directrice du Programme de lutte contre le Trachome du Centre Carter ainsi que deux représentants du département de l'OMS de la lutte contre les MTN, le Dr Anthony Salomon et le Dr Antonio Montresor.

2. Contenu des directives

Ces textes contiennent une introduction sur le rôle de l'assainissement dans la santé humaine et sur la nécessité et la portée des directives, suivie par des recommandations et des actions dictées par les bonnes pratiques. Celles-ci sont complétées par des chapitres de conseils sur la mise en œuvre (*La sécurité des systèmes d'assainissement*, *Comment assurer des services d'assainissement sans risque pour la santé* et *Les changements de comportement en matière d'assainissement*), des chapitres de ressources techniques (*Les pathogènes liés aux excréta*, *Méthodes*, *Preuves de l'efficacité des interventions d'assainissement et mise en œuvre* et *Besoins en matière de recherche*), ainsi qu'une Annexe 1 (*Données factuelles sur les systèmes d'assainissement*).

⁴ https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/guidelines-on-sanitation-and-health/en/

Figure 1.1 The health impact of unsafe sanitation



3. Recommandations contenues dans les directives et actions guidées par les bonnes pratiques

1 : Assurer l'accès et l'usage universels à des toilettes qui renferment les excréta sans risque pour la santé.

- L'accès universel à des toilettes qui renferment les excréta sans risque pour la santé et l'élimination de la défécation dans la nature devraient être la priorité des gouvernements, de façon à ce que les progrès soient équitables et conformes aux principes du droit humain d'avoir accès à l'eau et à l'assainissement.
- La demande et la fourniture de services et équipements sanitaires devaient être prise en compte en parallèle afin d'assurer l'adoption des toilettes et leur utilisation pérenne et permettre leur élargissement.
- Les interventions d'assainissement doivent garantir la couverture de communautés entières par des toilettes sans risque pour la santé qui, au minimum, où les excréta sont confinés de façon saine et remédiant aux obstacles technologiques et comportementaux à leur utilisation.
- Il est possible de faire la promotion auprès des foyers de toilettes publiques partagées et publiques où les excréta sont confinés sans risque pour la santé comme une étape transitoire quand des installations au niveau des foyers ne sont pas réalisables.
- Que ce soit dans les établissements scolaires, les établissements de soins, les lieux de travail et les lieux publics, tout le monde devrait avoir accès à des toilettes sûres qui, au minimum, renferment les excréta sans risque pour la santé.

2: Assurer l'accès universel à des systèmes sans risque pour la santé dans toute la chaîne du service d'assainissement

- Le choix de systèmes d'assainissement sans risque pour la santé doit tenir compte du contexte et répondre aux conditions physiques, sociales et institutionnelles locales.
- Les améliorations progressives vers des systèmes d'assainissement sans risque pour la santé doivent se baser sur des approches d'évaluation et de gestion des risques.

- c. Les ouvriers d'assainissement doivent être protégés d'une exposition dans le cadre professionnel au moyen de mesures de santé et sécurité adéquates.

3: L'assainissement doit être pris en compte dans le cadre de services fournis localement et du développement à plus vaste échelle de programmes et politiques

- a. L'assainissement doit être fourni et sa gestion doit s'inscrire dans une offre globale de services fournis localement, pour qu'ils soient plus économiques et aient plus d'impact sur la santé.
- b. Les interventions d'assainissement doivent être coordonnées avec des mesures pour l'eau et l'hygiène, ainsi que l'évacuation sans risque pour la santé des fèces des enfants et la gestion des animaux domestiques et de leurs excréta afin de maximiser les effets bénéfiques de l'assainissement pour la santé.

4: Le secteur de la santé doit remplir des fonctions de base pour assurer un assainissement sûr qui préserve la santé publique

- a. Les autorités sanitaires doivent contribuer à la coordination globale de plusieurs secteurs au développement d'approches et de programmes d'assainissement, et à l'investissement en assainissement.
- b. Les autorités sanitaires doivent contribuer à l'élaboration de normes et de standards d'assainissement.
- c. L'assainissement doit faire partie de toutes les politiques sanitaires où il est nécessaire à la prévention primaire, afin de permettre sa coordination et son intégration aux programmes de santé.
- d. L'assainissement doit être inclus dans les systèmes de surveillance sanitaires afin de faire en sorte qu'il cible des situations où le fardeau de la maladie est élevé et de participer aux efforts de prévention des épidémies.
- e. La promotion et le suivi de l'assainissement doivent être inclus dans les services médicaux afin de maximiser et de pérenniser l'impact sur la santé.
- f. Les autorités sanitaires doivent assumer leur responsabilité pour permettre aux patients, au personnel et aux soignants l'accès à un assainissement sûr dans les établissements de soins, et pour protéger les communautés voisines d'une exposition à des eaux usées non traitées et des boues fécales.

Actions fondées sur les bonnes pratiques pour assurer un service d'assainissement sans risque pour la santé

Les recommandations sont complétées par un ensemble d'actions basées sur les bonnes pratiques pour aider toutes les parties prenantes à mettre les recommandations en application :

1. Définir des politiques d'assainissement, des processus de planification et une coordination multisectoriels sous la direction des pouvoirs publics.
2. Veiller à ce que la gestion du risque soit dûment reflétée dans la législation, les réglementations et les normes d'assainissement.
3. Pérenniser l'engagement du secteur de la santé dans l'assainissement en mettant en place des personnels et des ressources affectés à cet emploi et au moyen d'une action sur l'assainissement au sein des services médicaux.
4. Entreprendre une évaluation des risques locale basée sur la santé afin d'accorder la priorité aux améliorations et gérer la performance du système.
5. Permettre la commercialisation des services d'assainissement et développer des services d'assainissement et des modèles économiques.

4. Intérêt pour les programmes trachome

Les directives encouragent l'implication active des parties prenantes dans l'obtention de progrès sur l'assainissement. Le tableau suivant définit le rôle que peuvent jouer les parties prenantes du trachome aux termes de la Recommandation n° 4, dans le cadre d'agences sanitaires d'État ou d'agences auxiliaires :

Recommandation	Rôle que peuvent jouer les parties prenantes du trachome
4. a) Les autorités sanitaires doivent contribuer à la coordination globale de plusieurs secteurs sur l'élaboration d'approches et de programmes d'assainissement, ainsi qu'à des investissements dans l'assainissement.	Participer à des plateformes de coordination multisectorielle et partager des informations afin de mieux diriger les investissements dans l'assainissement vers les districts endémiques
4. b) Les autorités sanitaires doivent contribuer à l'élaboration de normes et standards d'assainissement.	Participer à la formulation de normes et standards pour garantir la qualité et la pérennité de services apportant une amélioration suffisante de l'environnement dans la lutte contre le trachome et son élimination
4. c) L'assainissement doit figurer dans toutes les politiques de santé où il est nécessaire à la prévention primaire, afin de permettre la coordination et l'intégration à des programmes de santé.	Inclure l'importance de l'assainissement et de l'hygiène, ainsi que l'engagement du secteur WASH pour que la prévention et la lutte soient reflétées dans les politiques et les plans trachome
4. d) L'assainissement doit être inscrit dans les systèmes de veille sanitaire, afin de viser les situations où le fardeau de la maladie est le plus élevé, et soutenir les efforts de prévention des épidémies.	Prévoir une surveillance avant et après l'élimination pour éviter la recrudescence (informations sur la situation d'assainissement; mécanisme en place pour obtenir des informations ayant trait à l'assainissement sur la couverture et les activités de surveillance)
4. e) La promotion et le contrôle de l'assainissement doivent faire partie des services de santé afin de maximiser et de pérenniser l'impact sur la santé.	Faire figurer la promotion de l'assainissement dans la mise en œuvre des programmes sur le trachome
4.f) Les autorités sanitaires doivent assumer leur responsabilité pour permettre aux patients, au personnel et aux soignants d'avoir accès à un assainissement sûr dans les établissements de soins, et pour protéger les communautés voisines d'une exposition à des eaux usées non traitées et des boues fécales.	Garantir des conditions hygiéniques dans les cadres d'exercice chirurgicaux pour le TT et contribuer à plaider pour une amélioration de l'assainissement dans les lieux de dispense de soins médicaux

En outre, les directives offrent une abondance de conseils techniques qui peuvent être précieux pour la mise en œuvre des composantes F et E des programmes trachome et pour ceux qui cherchent à renforcer leur compréhension d'aspects liés à l'assainissement, et en particulier :

- **Chapitre 3 : La sécurité des systèmes d'assainissement**

Ce chapitre répertorie les principaux aspects en matière de techniques et de gestion pour minimiser l'exposition aux excréta à chaque étape de la chaîne du service d'assainissement, depuis les toilettes jusqu'à l'utilisation finale/l'élimination, en passant par le confinement, le transport et le traitement. Il donne des conseils spécifiques sur les systèmes sûrs comparés à ceux qui ne le sont pas, l'efficacité de diverses technologies dans la réduction du risque et l'applicabilité de différents systèmes d'assainissement à des contextes physiques et institutionnels différents. Aspect important, ce chapitre expose également

des mesures par étapes pour réaliser un assainissement sans risque pour la santé, ce qui a un intérêt particulier dans le contexte de communautés à faibles revenus

- **Chapitre 5 : Changements de comportement**

Ce chapitre expose les comportements souhaitables en matière d'assainissement pour protéger la santé humaine, ainsi que ce qui sous-tend ces comportements et les méthodes pour les améliorer, au moyen d'interventions pour favoriser les changements de comportement. Il offre en outre un résumé utile des approches d'assainissement (par exemple l'ATDC et la commercialisation de l'assainissement), ainsi que des facteurs à prendre en compte dans leur mise en œuvre pour garantir leur réussite.

- **Chapitre 6 : Les agents pathogènes liés aux excréta**

Ce chapitre apporte des informations détaillées sur diverses catégories de pathogènes liés aux excréta, et passe également en revue 39 agents pathogènes spécifiques, leur transmission environnementale (y compris le trachome dans le cadre de sa reproduction par vecteur lié aux excréta) et les stratégies de traitement et de contrôle pour les déchets fécaux.

- **Chapitre 8 : Résultats d'études**

Ce chapitre rassemble les résultats d'examen systématiques nouveaux et existants sur l'assainissement, soit mandaté exprès soit analysé dans le cadre de la mise au point des orientations, pour pouvoir informer les recommandations. La dernière version de l'étude systématique de Freeman et al. (2017)⁵ sur l'impact des interventions d'assainissement sur les maladies conclut qu'un meilleur accès à l'assainissement a une association protectrice contre le trachome actif.

⁵https://researchonline.lshtm.ac.uk/3962437/1/The%20impact%20of%20sanitation%20on%20infectious%20disease_GOLD%20VoR.pdf

Mener ensemble des actions WASH et des actions sanitaires : guide sur la méthode pour diriger des programmes MTN⁶

Présenté par Mme Angelia Sanders, directrice adjointe, Programme de Lutte contre le Trachome, Le Centre Carter, et Mme Yael Velleman, Initiative de lutte contre la schistosomiase, Imperial College de Londres

1. Rappel du contexte

Les interventions WASH sont l'une des 5 stratégies du contrôle et d'élimination des MTN exposées dans la feuille de route 2012 de l'OMS sur les MTN. En 2015, l'OMS a publié une stratégie globale et un plan d'action sur WASH et les MTN encourageant de nouveaux modes de partenariat et d'investissement sur les programmes afin d'atteindre les objectifs de la feuille de route 2012 de l'OMS sur les MTN. La stratégie englobait un pan d'action détaillé en faveur des 4 objectifs stratégiques, qui comprenait un engagement de l'OMS d'« élaborer des consignes opérationnelles et normatives sur la mise en œuvre intégrée de WASH et des MTN » (p 23). Ces consignes normatives sont jugées nécessaires afin de s'assurer de l'application dans la pratique du discours sur la collaboration intersectorielle dans les pays endémiques. Conformément à cet engagement, et étant donné le succès du texte de la CILCT, « *All you need for F&E* »⁷ (Tout ce dont vous avez besoin pour le N et E), le Groupe de travail WASH du NNN et l'OMS ont élaboré en collaboration une boîte à outils complète sur WASH et les MTN.

Cette boîte à outils s'adresse essentiellement aux gestionnaires du programme au niveau des pays, afin :

- De construire des partenariats multisectoriels avec les parties prenantes clés : des ministères, des agences WASH nationales et locales, des grandes entreprises, des groupes locaux chargés de la santé, des experts des changements de comportements et de la communication, etc.
- De structurer intelligemment les programmes autour de la responsabilité et des objectifs communs
- De bâtir une approche adaptative et flexible de la programmation
- D'assurer la pérennité en développant des moyens locaux à tous les niveaux
- De soutenir et compléter les interventions cliniques et de santé publique pour la lutte contre les MTN.

Les travaux ont commencé en septembre 2016, et la boîte à outils a été publiée en janvier 2019. Elle puise dans les outils et pratiques utilisés dans l'application de programmes coordonnées et intégrés pour la lutte et l'élimination des MTN, et incorpore les enseignements tirés des programmes trachome (notamment l'expérience du Programme Trachome du Centre Carter des actions CHANCE du DFID et du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust).

2. Contenu

La boîte à outils comprend un bref texte explicatif composé d'une partie sur le contexte, dans laquelle les liens entre WASH et le cadre BEST pour la lutte et l'élimination des MTN sont exposés, suivi par un guide en 5 étapes pour la planification et la mise en œuvre collaborative. Le texte explicatif est accompagné de 22 outils et documents.

⁶ https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-toolkit/en/

⁷ http://www.trachomacoalition.org/sites/default/files/content/resources/files/All%20you%20need%20for%20FandE%20-%20a%20toolkit%20for%20planning%20and%20partnering_web_incl_tools_0.pdf

Section	Description	Outils
Planter le décor	Raison d'être de ces outils : la nécessité et le contexte d'une collaboration entre WASH et les MTN	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interventions pour la lutte contre les MTN et l'offre de soins</i> • <i>Comportements liés aux MTN</i> • <i>Guide pour comprendre les comportements et mettre sur pied des interventions pour favoriser les changements de comportement</i>
Étape 1 : définir la vision du programme	Cette partie de la boîte à outils doit vous aider à analyser le contexte de votre programme et commencer à identifier des nouveaux partenaires, afin de pouvoir commencer à planifier.	
Étape 2 : constituer un partenariat	Le partenariat est capital pour atteindre les objectifs de lutte et d'élimination des MTN et pour s'assurer que l'impact des programmes soit durable. Cette partie vous guidera sur la façon de relier les MTN aux objectifs d'autres partenaires et vous aidera à répondre aux difficultés auxquelles vous pouvez être confronté lorsque vous ferez participer des types de partenaires différents à votre programme.	<ul style="list-style-type: none"> • Messages pour susciter l'engagement • Ordre du jour annoté d'une réunion intersectorielle • Modèle de présentation PowerPoint d'une réunion intersectorielle
Étape 3 : analyser la situation	Être informé sur le contexte national et local dans lequel vous travaillez - et y être préparé - peut faire toute la différence pour la réussite finale du programme. Cette partie vous guidera d'une étape à l'autre pour élaborer une analyse de la situation, que vous pouvez utiliser pour déterminer les opportunités et les difficultés pour la planification.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Protocole d'analyse de la situation</i> • <i>Modèle de résumé analytique d'analyse de la situation</i> • <i>Modèle de présentation de l'analyse de la situation</i> • <i>Formulaire de partenaire WASH MTN</i>
Étape 4 : planifier et concevoir le programme	Cette partie vous aidera à déterminer à quel niveau de nouvelles actions sont nécessaires, et également d'évaluer s'il est possible de lier, coordonner ou intégrer des activités programmatiques existantes dans les différents secteurs et agences.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outil de planification</i> • <i>Programme pour un atelier de planification</i> • <i>Approches de l'analyse des problèmes</i> • <i>Planifier l'élimination : faire franchir la ligne d'arrivée aux programmes sur les MTN</i> • <i>Élaborer des budgets pour des programmes WASH et MTN conjoints</i> • <i>Améliorer la coordination dans les situations de faibles ressources</i>
Étape 5 : Mise en œuvre et suivi	Dans cette partie, le lecteur trouvera des étapes utiles pour mettre en place des structures de	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guide et formulaire de supervision courante</i> • <i>Outil d'analyse des problèmes</i> • <i>Modèle de tableau de bord du programme</i>

	mise en œuvre et de contrôle, ainsi que des processus d'évaluation pour obtenir des résultats, autonomiser davantage la prise de responsabilités et contribuer à l'apprentissage et à la planification adaptative.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modèle de graphique de Gantt</i> • <i>Modèle d'analyse de risque du programme</i> • <i>Indicateurs et cadre logique WASH et MTN</i> • <i>Définitions et liste de contrôle pour l'élaboration du cadre logique</i>
--	--	---

3. Importance pour les programmes trachome

La boîte à outils puise beaucoup dans l'expérience acquise dans l'application des composantes N et E de la stratégie CHANCE. À cet égard, elle peut être considérée comme une nouvelle version et un étoffement du document « *All you need for F & E* » (Tout ce dont vous avez besoin pour le N et E). Les outils et documents suivants peuvent être particulièrement utiles pour les programmes trachome :

- **Comprendre les comportements pour mettre sur pied des interventions favorisant des changements de comportement :** Ce document offre des conseils sur l'élaboration d'interventions pour favoriser les comportements, et comprend des enseignements tirés des approches des sciences du comportement.
- **Protocole d'analyse de la situation :** Ce protocole a été étoffé par rapport à sa version précédente, centrée exclusivement sur le trachome, pour englober toutes les MTN et il a été complété par des outils d'accompagnement (mandat pour l'équipe d'analyse, résumé analytique type, modèle de présentation PowerPoint). Les aspects analytiques de l'outil ont été renforcés : il est désormais relié explicitement au processus de planification détaillé dans l'outil de planification (voir ci-dessous).
- **Outil de planification :** Ce guide par étapes de la planification commune est unique, car il traite exclusivement de la façon de répondre aux difficultés de la planification intersectorielle, par exemple en définissant une vision commune du programme et s'accordant sur l'abandon progressif des interventions inefficaces. Des notes très complètes de présentation et des outils d'accompagnement parachèvent cet ouvrage.
- **Planifier l'élimination :** Ce document aborde la question des changements auxquels les programmes risquent d'être confrontés au fur et à mesure qu'ils passent d'une endémicité élevée à l'élimination et à la post-élimination. Il fait référence aux consignes à paraître sur la transition des programmes trachome et propose des actions clés pour la collaboration WASH afin d'assurer la pérennité des programmes en termes d'impact.
- **Améliorer la coordination dans les cadres d'intervention du programme à faibles ressources :** ce document propose des conseils pour les cadres d'intervention du programme où les moyens sont limités, et démontre qu'une collaboration peut être atteinte avec divers scénarios de financement.
- **Indicateurs et cadre logique WASH et MTN :** Ce menu d'indicateurs réunit le résultat de la vaste consultation sur les indicateurs des programmes communs WASH et MTN (qui ont suivi la recommandation de la table ronde sur WASH et les MTN de 2014) dans un format exploitable.

Évaluation de l'assimilation des interventions WASH dans l'essai WUHA

Présenté par le Dr Salomon Aragie, coordinateur de l'étude SWIFT, Le Centre Carter, Éthiopie

L'essai WUHA (WASH Upgrades for Health in Amhara, améliorations sanitaires WASH à Amhara) est un essai randomisé par grappes/groupes sectoriels sur 40 groupes sectoriels de l'État national régional d'Amhara), en Éthiopie. Vingt groupes sectoriels WUHA ont bénéficié d'une formule WASH complète, tandis que par comparaison, 20 autres groupes sectoriels ne recevront cette intervention WASH qu'e plus tard, à la fin de l'essai. Nous avons procédé au suivi annuel des groupes sectoriels de l'étude WUHA pendant trois ans. Notre critère principal est la prévalence du Chlamydia oculaire chez des enfants de 0 à 5 ans à 36 mois.

Notre responsable local de l'hygiène et 12 agents de promotion ont assisté le coordinateur de l'étude à distribuer la formule WASH et à assurer une forte acceptation des interventions WASH dans tous les groupes sectoriels de l'étude. Dix points d'eau ont été construits et des comités locaux de l'eau ont été formés en collaboration avec les Services du Secours catholique.

L'enseignement et la promotion des changements de comportement sont assurés essentiellement par nos Agents de promotion de l'hygiène (APH), qui visitent chaque foyer au moins une fois par mois pendant toute la durée de l'étude. Nous sommes en train de mettre en œuvre une intervention d'hygiène à la fois à l'école et dans les foyers. Dans ces deux cadres, nous insistons sur les habitudes à prendre concernant le nettoyage du visage, le nettoyage des mains et l'utilisation des latrines. Un poste de toilette (un jerrycan muni d'un robinet) et des miroirs ont été distribués à tous les foyers en août-septembre de 2016. Nous avons commencé à distribuer 4 savonnets par foyer en janvier 2017. Un livre illustré de 65 pages, actuellement utilisé par les foyers et les APS, avait été distribué en octobre 2016. De nouveaux supports pédagogiques WASH sont constamment remis aux nouveaux foyers, en plus de l'intervention. Nous avons élaboré un programme d'enseignement scolaire WASH comportant des aides à l'enseignement pour les niveaux 1 à 4 du primaire. Les enseignants ont été formés en juillet 2016 et ont commencé à utiliser le programme pendant l'année scolaire 2016-2017. Un cours de remise à niveau est dispensé chaque année aux enseignants.

Nous avons recours à plusieurs indicateurs de processus pour déterminer si les interventions WASH ont été mises en œuvre comme prévu. Nous avons évalué des mesures spécifiques de l'acceptation de l'intervention, basées sur des vérifications ponctuelles au hasard. De plus, dans le cadre de l'enquête de recensement des foyers en matière d'hygiène, on procède chaque année à une observation directe des latrines, des postes de toilette et des points d'eau. Nous avons également procédé à des observations structurées dans 5 foyers choisis au hasard dans chacune des 20 interventions et des 20 communautés témoins en septembre 2017, comme vérification de l'exactitude de notre enquête WASH annuelle. Nous effectuons ce suivi en continu et il nous a permis de guider les mesures que nous prenons pour améliorer l'acceptation de WASH et les changements de comportements au besoin.

L'enquête par foyer a permis de mettre en lumière les principales réussites et les défauts de l'intervention. Les résultats des mois 24 et 36 montrent que les communautés randomisées pour l'intervention WASH sont plus susceptibles d'avoir un poste de toilette WASH et une latrine par foyer, et les membres du foyer des communautés WASH sont plus susceptibles de déclarer qu'ils se sont lavé le visage et qu'ils ont utilisé la latrine la veille. Les changements de comportement dans le bras WASH ont été les plus manifestes après les visites du mois 12, ce qui est probablement dû à deux raisons principales. Tout d'abord, c'est bien connu, les comportements en matière d'hygiène sont particulièrement difficiles à changer et on estime qu'il faut beaucoup de temps avant que les interventions sur l'hygiène puissent les influencer. Deuxièmement, notre

intervention WASH a de nombreux composantes et n'a pas été pleinement mise en œuvre avant la visite du 12^{ème} mois ; autrement dit, le temps écoulé après le 12^{ème} mois a des chances d'être un reflet plus fidèle de son impact.

À travers l'enquête dans les foyers, nous avons constaté que l'acceptation de la construction de latrines et leur utilisation, le fait de posséder un poste de toilette fonctionnel (avec de l'eau et du savon) et le nettoyage du visage avec du savon n'était pas aussi élevé que nous l'aurions souhaité. Afin de mieux comprendre les obstacles qui s'opposent aux changements de comportements, nous avons procédé à deux tours de débats en groupes de discussion dans les communautés d'intervention et à des réunions bilans avec les chefs communautaires, des responsables de la santé et des APS pour évaluer l'impact de l'intervention. Le but de ces réunions était de enquêter sur les manques afin qu'ils contribuent dorénavant à guider notre intervention. Des enquêtes qualitatives, il est ressorti que la principale raison pour laquelle la couverture en latrines était faible était d'ordre financier et liée à des contraintes ; et les inondations et invasions de termites causaient souvent des dégâts. La pénurie d'eau et de savon a elle aussi été citée comme obstacle à l'adoption d'une pratique d'hygiène quotidienne. Il semble difficile aux APS d'atteindre les foyers aussi souvent qu'ils le souhaiteraient, surtout dans les groupes sectoriels vastes et éloignés les uns des autres. Nous avons trouvé efficace d'utiliser l'enquête sur les foyers et d'autres indicateurs de processus pour pointer des lacunes dans l'acceptation des interventions WASH puis d'utiliser les groupes de discussion et d'autres méthodes qualitatives pour les affiner sur les principaux obstacles au changement de comportement et à l'acceptation de l'intervention.

Nous prévoyons de reconduire l'étude pendant encore 4 ans. Nous assurerons une DMM pour 40 groupes sectoriels, ce qui nous permettra d'évaluer l'efficacité d'une action conjuguée DMM-WASH, comparé à la DMM seule. Les 20 grappes randomisées pour recevoir l'intervention WASH continueront à recevoir la formule WASH, et les 20 grappes témoins recevront une intervention WASH à la conclusion de l'essai. L'intervention continuera à être contrôlée au moyen des mécanismes actuels (vérifications ponctuelles, enquête auprès des foyers, observations structurées et débats en groupes de discussion) Les visites annuelles de recensement et de contrôle se poursuivront, et les dernières évaluations auront lieu au mois 84 postérieur à la randomisation.

Résultats de l'étude WASH en Ouganda

Présenté par M. Gilbert Baayenda, responsable du Programme Trachome, Ministère de la Santé, Ouganda

Rappel du contexte de l'étude

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust (le « Trust ») a prêté son concours à des activités de N et E dans 17 districts des régions de Busoga et Karamoja. Le programme d'élimination du trachome en Ouganda, sous la direction du MdS, a travaillé avec différents partenaires à fournir des services WASH et des messages sur le trachome dans les 17 districts des régions de Busoga et Karamoja. Ces partenaires étaient : Water Mission Ouganda (la totalité des 10 districts de la région de Busoga), Water Aid (districts de Napak et Nakapiripirit à Karamoja), Concern International (districts d'Amudat, Moroto, Napak et Nakapiripirit à Karamoja), World Vision (districts d'Abim, Kaabong et Kotido à Karamoja) et le centre universitaire Johns Hopkins - Centre pour les Programmes de Communication ont aidé à la création de supports pédagogiques ayant trait au N et E. Water Mission et Concern International ont intégré leurs supports pédagogiques WASH pour y faire figurer des messages sur la prévention du trachome au niveau des foyers. World Vision et Water Aid ont également fusionné leurs supports pédagogiques sur la santé mais ont mis en œuvre des activités à la fois au niveau des foyers et des écoles.

Méthodologie

Elle a consisté en une « pré-post-évaluation » des interventions auprès des communautés des régions de Busoga et Karamoja ; des données ont été recueillies à l'aide d'enquêtes transversales entre les foyers et les établissements scolaires. La taille d'échantillon a été calculée pour procéder à l'évaluation au niveau régional et 15 écoles et 85 communautés ont été sélectionnées, stratifiées par district (figure 1). Dans chaque communauté, 24 foyers ont été sélectionnés et, après remise d'un consentement éclairé, la personne chargée des soins en priorité a été interrogé concernant l'accès du foyer à l'utilisation de l'eau et de l'assainissement, ses connaissances de base sur le trachome et des facteurs liés aux pratiques d'hygiène et d'assainissement. De plus, les installations d'assainissement disponibles ont été dénombrées, et la propreté du visage des enfants a été observée. Les critères d'admission étaient la disponibilité de la personne chargée des soins au foyer pour l'interview et la présence d'enfants de moins de 9 ans dans la maison au moment de l'interview.

Dans les établissements scolaires, avec le consentement éclairé des chefs d'établissement, des observations ont été faites sur les pratiques de nettoyage du visage et des mains des élèves, les installations WASH ont été dénombrées et 42 élèves par établissement ont été choisis et interrogés sur leurs connaissances et leur conscience du trachome. Les élèves ont été sélectionnés dans 2 classes (21 par classe) dans chaque école, 1 classe des niveaux élémentaires du primaire (P1 à P3) et 1 classe des niveaux supérieurs du primaire (P4 à P5) pour représenter des élèves jeunes et moins jeunes. Les villages et les écoles retenus à l'entrée dans l'étude ont été visités une nouvelle fois à la sortie de l'étude ; cependant, l'échantillonnage des foyers et des élèves a été fait aléatoirement dans des villages pour les premiers et dans des écoles pour les seconds.

Répartition des échantillons

Dans l'enquête auprès des communautés, 1 966 foyers ont été touchés lors de l'enquête initiale et 1 986 lors de l'enquête terminale. C'était suffisant pour atteindre les niveaux d'échantillonnage requis. Les répondants étaient principalement des femmes (95 % à la visite initiale et 85 % à la visite terminale) âgées en moyenne de 35 ans dans les deux enquêtes (intervalle 18-83 pour la visite initiale et 18-93 pour la visite terminale). Dans l'enquête auprès des établissements scolaires, 15 écoles ont été contactées et ont accepté de participer. Des

observations ont été faites dans 15 établissements et au total, 195 cas de lavage des mains ont été observés à la visite initiale et 604 à la visite terminale. L'enquête initiale a comporté moins d'observations en raison d'une défaillance de l'outil de recueil des données, à laquelle il a été remédié lors de l'enquête à la visite terminale. Les résultats de l'évaluation initiale basés sur les observations dans les établissements scolaires doivent être interprétés avec prudence. La taille d'échantillon requise pour les enfants interrogés dans les écoles a été atteinte (630 et 604 ; visite initiale et visite terminale).

Résultats

Indicateurs dans chaque foyer : Le pourcentage de foyers qui, suite à l'enquête, disposent d'un poste de toilette pour le nettoyage du visage / des mains était bas, et n'a pas changé entre la visite initiale et la visite terminale (9,3 à 11,5, $p = 0,361$). Le pourcentage de foyers disposant d'installations pour le nettoyage du visage/des mains était bas mais il a nettement augmenté (de 4,2 à 7,4, $p = 0,03$). Le pourcentage de foyers disposant d'installations avec du savon pour le nettoyage du visage/des mains était bas mais il a nettement augmenté (de 1,7 à 4,2, $p = 0,016$). Il n'y a pas eu de changement significatif dans le pourcentage d'enfants de moins de 9 ans ayant le visage propre (62,0 à 58,2, $p = ,11$). Le pourcentage de foyers exempts de fèces humaines a nettement baissé (95 à 91,5, $p = 0,011$). Il y a eu une augmentation modérée de la présence de toilettes à fosse, améliorées et ventilées, tant à Busoga (3,7 à 5,6, $p = ,239$) qu'à Karamoja (0,7 à 2,4, $p = ,119$).

Le pourcentage de répondants qui connaissent plus d'un symptôme du trachome a nettement augmenté (70,9 à 90,7, $p < 0,001$). Le pourcentage de répondants qui connaissent au moins 1 mode de propagation du trachome a nettement augmenté (40,3 à 63,4, $p < 0,001$). Le pourcentage de répondants qui ont vu ou entendu un message sur le trachome était bas mais en nette augmentation (6,6 à 14,5, $p < ,001$). À Karamoja, les personnes chargées en priorité des soins au foyer qui avaient parlé des messages clés sur la prévention et le traitement du trachome à des amis ou des membres de la famille a nettement augmenté (5,3 à 16,5, $p < ,001$), mais ce changement n'a pas été constaté à Busoga. La conviction chez les personnes chargées en priorité des soins au foyer que des pratiques d'hygiène sanitaires (telles que le nettoyage des mains et du visage) réduirait le risque d'attraper le trachome a nettement augmenté à Busoga (49,5 à 77,4, $p < ,001$) et Karamoja (43,3 à 75,0, $p < ,001$).

Indicateurs dans les établissements scolaires : Chez les enfants scolarisés, la connaissance d'au moins 1 mesure pour prévenir le trachome a nettement augmenté entre les enquêtes (49,9 à 76,3, $p = 0,004$). L'accessibilité à l'eau sur l'année entière n'a pas nettement augmenté entre les enquêtes (43,1 à 50, $p = 0,724$). La propreté du visage dans les écoles dépassait 85 % et n'a pas connu de changement entre les enquêtes. Le pourcentage d'établissements disposant d'installations de nettoyage des mains/du visage avec de l'eau et du savon n'a pas connu de changement entre les enquêtes (13,9 à 15,3, $p = 0,916$). La disponibilité d'installations de propreté et d'une fosse pour les ordures était faible et n'a pas connu de changement entre les enquêtes (13,9 à 20,8, $p = 0,657$).

Discussion

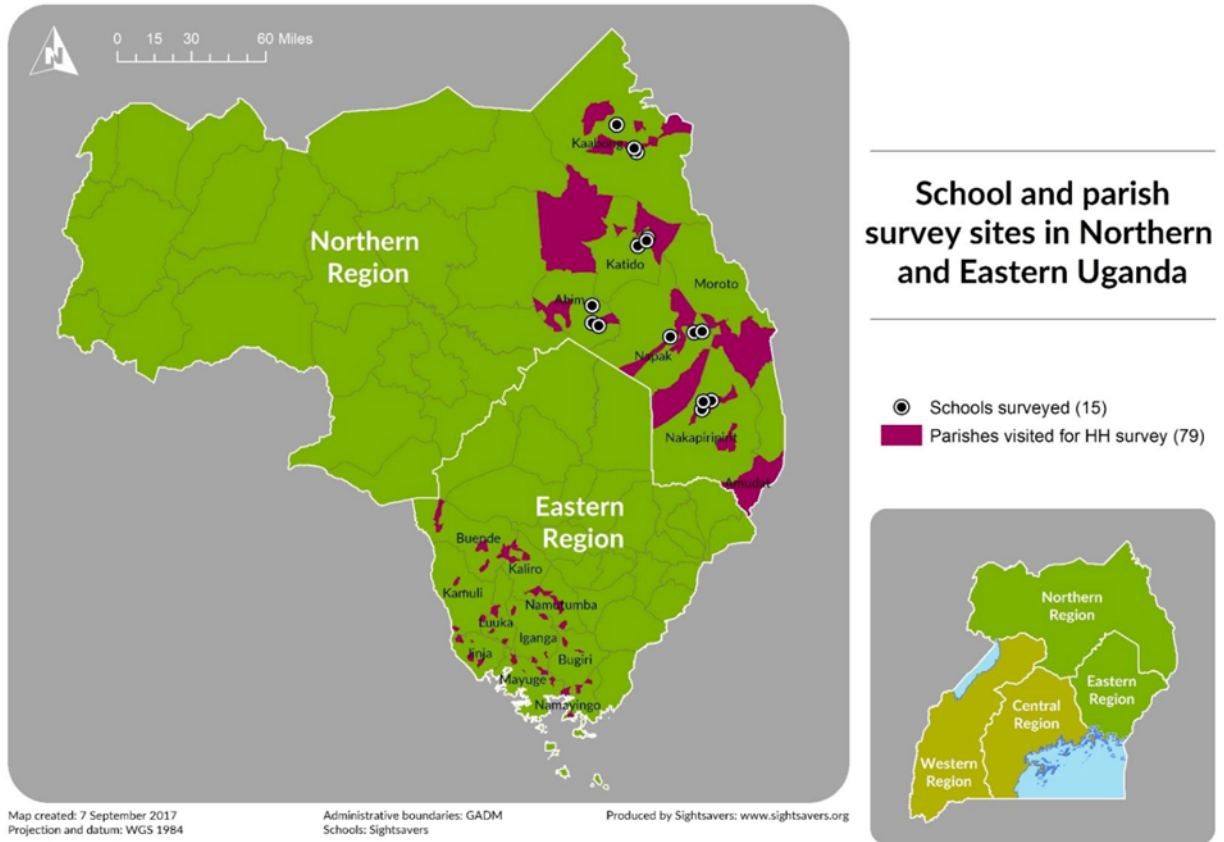
Les observations sur le nettoyage du visage et des mains ont eu lieu pendant 3 heures dans les 15 établissements scolaires de l'enquête. Dans certaines écoles, la présence d'un observateur a modifié le comportement des élèves. Des chefs d'établissement et des mécènes de la santé ont informé les élèves que 2 écoles allaient être mises en observation, et les élèves ont modifié leurs modes de comportement après l'utilisation des latrines sous instruction de leurs maîtres. Dans l'une de ces écoles, il n'y avait pas de postes de

toilette pour le nettoyage du visage et des mains quand les enquêteurs sont arrivés. Après des réunions de présentation avec la direction de l'établissement, les élèves ont été envoyés récupérer les postes de nettoyage du visage et des mains qui avaient été mis de côté, et les ont installés à proximité des latrines, où ils ont été utilisés par la suite. L'outil d'observation a été révisé par rapport à l'évaluation initiale de façon à ce que les cas où un nettoyage du visage ou des mains aurait dû se produire mais n'a pas eu lieu (par exemple le fait d'aller aux toilettes sans se laver les mains) y soient saisis.

Les caractéristiques de l'échantillon de population étaient restées largement inchangées entre la visite initiale et la visite terminale, indiquant la réussite de l'échantillonnage aléatoire. La différence essentielle dans les caractéristiques des échantillons a été une diminution de la taille moyenne des foyers entre la visite initiale et la visite terminale à Karamoja (de 5,2 à 4,2 [personnes]). Les caractéristiques de l'échantillon de la population scolaire différaient surtout par rapport à la répartition des classes, les niveaux 3 et 6 étant nettement suréchantillonnés et les niveaux 2 et 7 étant nettement sous-échantillonnés. Si la présence de postes de toilette pour le nettoyage des mains et du visage dans les foyers était faible et ne montrait aucune amélioration, la présence d'eau et de savon dans ces lieux avait beaucoup augmenté entre la visite initiale et la visite terminale. La connaissance du trachome chez les répondants des foyers s'est elle aussi manifestement beaucoup améliorée. Dans les écoles, il n'y a pas eu d'indicateurs de comportements ou de propreté faisant ressortir un changement entre les enquêtes. Toutefois, les indicateurs de connaissance font ressortir une nette augmentation entre la visite initiale et la visite terminale. Sans être significative du point de vue statistique, il y avait une nette augmentation entre la visite initiale et la visite terminale du nombre d'établissements exempts de fèces humaines dans leur enceinte.

Dans l'ensemble, les résultats des enquêtes menées auprès des foyers et auprès des établissements scolaires ont montré que si la connaissance du trachome a nettement augmenté, les changements de comportements sont restés relativement constants entre la visite initiale et la visite terminale.

Figure 1 : Carte indiquant les sites d'enquête



Recommandations de 2019 du bilan du Programme de Lutte contre le Trachome

Recommandations générales :

1. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent publier des données aussi bien quantitatives que qualitatives faisant état des réussites, des enseignements tirés et des expériences acquises lors de la constitution du dossier de validation.
2. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de recueillir des données sur la propreté du visage au cours d'enquêtes pour faire état des estimations de prévalence et de les utiliser selon les besoins pour une éducation sanitaire ciblée.
3. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager l'épilation comme une option supplémentaire de prise en charge pour les patients atteints de TT de moindre sévérité, les patients PTT et les patients ayant refusé l'opération chirurgicale.
4. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doit être prudents dans l'emploi du mot « échec » lorsqu'ils évoquent des résultats d'enquête pour parler de districts qui n'ont pas atteint le seuil d'élimination du TF lors de l'étude d'impact, ou qui présentent une recrudescence lors des enquêtes de surveillance.
5. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de solliciter l'ITI pour qu'il poursuive la DMM (par l'intermédiaire du Comité d'experts sur le trachome) dans les districts qui ont atteint le seuil d'élimination du TF (< 5 %) mais qui sont entourés de zones où la prévalence est élevée.
6. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager d'agréger et de compiler des sources de données multiples (par exemple des données sur le porte-à-porte, les campagnes, les enquêtes, etc.) pour démontrer efficacement qu'un district a atteint l'objectif d'élimination pour le TT (quand les données d'enquêtes continuent à suggérer une surestimation du TT).
7. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de démontrer les progrès en faisant figurer les informations suivantes dans les présentations du bilan 2020 du programme du Centre Carter :
 - Le nombre de districts endémiques à l'évaluation initiale (d'après la prévalence du TF/TT) comparé au nombre de districts endémiques actuels (d'après la prévalence du TF/TT)
 - Le nombre de districts atteignant les seuils de prévalence du TF/TT
 - Les intervalles de confiance utilisés dans les enquêtes (le cas échéant)
 - Les besoins et les services pour les populations particulières
 - Les investigations destinées à l'estimation du TT (recherches de cas de maison en maison) et les initiatives TT

Recommandations par pays :

Éthiopie

1. Le MFdS doit envisager de former des infirmières, pas seulement des ISOI, qui joueraient le rôle d'agents de gradation pendant les enquêtes d'impact et de surveillance sur le trachome.

2. le MFdS doit songer à conduire une étude multicentrique sur l'utilisation des pinces à épilation comme outil supplémentaire de prise en charge pour les patients auxquels on a diagnostiqué un TT ou un TTP sans gravité, et des refus d'opération.
3. La transformation prévue pour les woreda doit comprendre des messages sur la lutte contre le trachome tels que ceux sur la propreté du visage et l'utilisation des latrines, au moyen de la boîte à outils WASH et MTN.

Amhara, Éthiopie

1. Le Programme de lutte contre le trachome du BRSA doit enquêter sur la surestimation du nombre d'opérations du TT en retard, tout en poursuivant ses efforts pour proposer une prise en charge des cas de TT selon les besoins.
2. Le Programme de lutte contre le trachome du BRSA, dans le cadre des procédures opératoires normalisées du NTTF, doit envisager une action pilote pour le TT et le TTP sans gravité, et les refus d'opération.
3. Le Programme de lutte contre le trachome du BRSA doit envisager d'exploiter les toutes dernières données d'enquêtes pour sélectionner des districts ayant une forte prévalence du TF et une faible couverture en DMM et mener des évaluations qualitatives pour déterminer s'il existe des obstacles à la DMM.
4. Le Programme de lutte contre le trachome du BRSA doit apporter son concours et participer à des études longitudinales pour 1) comprendre la nature et la source de réinfection dans les districts où la prévalence est constamment élevée, et 2) mettre en place une surveillance renforcée de la recrudescence dans les pays où la prévalence du TF était élevée auparavant mais qui sont maintenant en dessous du seuil du TF.

Mali

1. Le Programme de lutte contre le trachome du Mali doit travailler avec des partenaires pour soumettre son dossier OMS pour la validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique d'ici à décembre 2019.
2. Le Programme de lutte contre le trachome du Mali doit vérifier que le ratissage est bien documenté, avec des critères clairs et des données uniformes, pour qu'il puisse être soumis avec le dossier sur l'élimination, comme preuve que le retard a été rattrapé.

Niger

1. Le Programme de lutte contre le trachome du Niger doit envisager toutes les initiatives possibles pour combler son retard dans les opérations chirurgicales du TT : augmenter le nombre de chirurgiens spécialistes du TT, les camps, les campagnes, le ratissage et les détecteurs de cas, surtout et immédiatement à Zinder.

2. Si le ratissage est utilisé, le PNSO doit définir des critères clairs et indiquer les données nécessaires pour documenter correctement la stratégie et veiller à ce qu'elle soit mise en œuvre, avec la certitude que la couverture, tant celle de la population que la couverture géographique, est atteinte.
3. Le Programme de lutte contre le trachome du Niger doit envisager de former des femmes pour mener des recherches de cas et réaliser des opérations chirurgicales du TT, surtout dans les zones où il est difficile de toucher des femmes.
4. Le Programme de lutte contre le trachome du Niger doit s'efforcer d'améliorer la couverture du traitement par la DMM dans les districts qui n'atteignent pas au moins 80 % de la couverture déclarée.
5. Les programmes de lutte contre le trachome du Niger et du Nigeria doivent envisager un échange d'informations transfrontalier en 2019, avec l'aide de partenaires.
6. Le Programme de lutte contre le trachome du Niger doit envisager de mener une recherche opérationnelle avec le concours du Centre Carter pour recueillir des gouttes de sang séché (GSS) afin de procéder à une surveillance de long terme de la recrudescence dans les zones où le trachome était auparavant fortement endémique.

Soudan du Sud

1. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit réunir un groupe d'experts spécialistes des techniques chirurgicales du TT et d'experts du programme afin d'élaborer des bonnes pratiques pour la chirurgie du TT au Soudan du Sud.
2. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit mener un audit des chirurgiens.
3. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit envisager de publier une étude de cas sur l'approche de camps chirurgicaux TT sur deux jours (soulignant l'augmentation du suivi du jour 1).
4. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit mener un DMM dans tous les camps de déplacés internes.
5. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit envisager de maintenir l'objectif d'élimination de 2030 mais avec certaines étapes échelonnées : par exemple combler son retard dans les opérations du TT à Kapoeta d'ici à 2021, réaliser une cartographie de référence d'ici à 2025, etc.
6. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit envisager d'inclure les GSS dans 1 ou 2 enquêtes dans des régions naïves de traitement pour informer les méthodes globales de surveillance.

Soudan

1. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud doit piloter une approche de détection de cas de TT de maison en maison qui comprenne des critères clairs et les données nécessaires pour documenter correctement la stratégie et veiller à sa mise en œuvre, avec la certitude que la population ou la couverture géographique est atteinte.

2. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan doit très résolument commencer des campagnes itinérantes d'interventions chirurgicales au Darfour.
3. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan doit mener des DMM dans tous les camps de populations particulières éligibles (réfugiés et DP).
4. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan doit envisager de désigner un délégué TT au niveau du MFdS pour travailler avec le Programme National à superviser l'augmentation du nombre d'enquêtes TT et veiller à augmenter les résultats obtenus.
5. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan doit former des fonctionnaires médicaux généralistes pour opérer le TT afin d'augmenter considérablement les services chirurgicaux pour le TT.
6. Le Programme de lutte contre le trachome du Soudan doit terminer les enquêtes de référence au Darfour dès que possible.

Le trachome : la maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus de 37 pays. 158 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 3,2 millions sont exposés à un risque immédiat de cécité causée par le TT. Le trachome est provoqué par des infections répétées de la conjonctive (membrane recouvrant l'œil et la paupière) causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et que de simples pratiques d'hygiène peuvent prévenir. La plupart des cas surviennent dans les zones rurales arides des pays en développement, le Sahel, par exemple, où l'accès à l'eau propre est limité.

La première phase de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* et affecte surtout les enfants. Le trachome inflammatoire peut présenter soit la formation de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée, soit une inflammation intense douloureuse ou désagréable associée à un épaissement de la conjonctive. La répétition des cycles d'infection et de résorption entraîne la formation d'un tissu cicatriciel sur la conjonctive. Les femmes sont régulièrement exposées au trachome inflammatoire car ce sont elles qui s'occupent des enfants en premier lieu. Il n'est donc pas surprenant que les femmes développent un trachome chronique deux fois plus que les hommes. Le trachome se transmet par les sécrétions nasales et oculaires des personnes infectées en contact avec les mains, les serviettes et les vêtements ou encore par les mouches attirées par les sécrétions nasales et oculaires. Comme les paupières des patients atteints de trachome sont régulièrement infectées par *Chlamydia trachomatis*, les lésions cicatricielles qui s'ensuivent déforment le bord palpébral, ce qui fait que les cils se tournent vers l'intérieur et frottent la cornée. Cette maladie, que l'on appelle le *trichiasis*, provoque une douleur handicapante et une érosion physique de la cornée, qu'elle égratigne, permettant l'introduction d'autres infections. Le trichiasis est une horrible maladie, mais il peut aussi conduire rapidement à la cécité.

Les récentes évolutions suscitent aujourd'hui l'espoir de pouvoir éliminer efficacement cette maladie comme problème de santé publique. En 1987, des experts en soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé ont élaboré une échelle simplifiée de classement du trachome qui a facilité et uniformisé le diagnostic et l'identification de toutes les phases du trachome. En 1997, l'OMS a établi l'Alliance GET2020 qui réunit les organisations non gouvernementales pour le développement, les donateurs et les chercheurs afin qu'ils travaillent collectivement pour lutter contre le trachome. L'Assemblée de la Santé mondiale a adopté la résolution WHA51.11 en 1998, visant à une élimination planétaire du trachome comme problème de santé publique. Par ailleurs, grâce au soutien de la Fondation Edna McConnell Clark et de l'OMS, la *stratégie CHANCE* a été mise en place pour lutter contre le trachome grâce à des interventions au niveau des communautés. En 2004, le CILCT (une coalition d'ONG, de donateurs, d'institutions universitaires et d'autres partenaires) a été créée pour soutenir GET2020 et plaider en faveur de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Une autre avancée importante a été la découverte de l'antibiotique azithromycine par voie orale, administré une ou deux fois par an, qui est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique six semaines de traitement de tétracycline en pommade oculaire, la thérapie précédemment recommandée. En 2009, Pfizer Inc., fabricant de Zithromax®, s'est de nouveau engagé à soutenir les objectifs du GET2020 de l'OMS en matière d'élimination du trachome cécitant d'ici à l'année 2020. Depuis le début des dons en 1998, environ 770 millions de doses de Zithromax® ont été offertes par Pfizer Inc. et gérées par l'UIT. L'existence du programme de donations a servi à donner des forces aux programmes nationaux de lutte contre le trachome ainsi que le soutien mondial pour l'élimination du trachome cécitant. En 2016, l'OMS a publié le dossier de

validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique En 2017 et 2018, 7 pays avaient rempli les critères pour obtenir la validation de l'OMS et déclarer l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2018, la communauté mondiale du trachome, à l'occasion de son vingtième anniversaire, a fêté trois victoires historiques : Le lancement en 1998 par Le Centre Carter de son travail d'avant-garde, la résolution WHA 51.11, appelant à l'élimination du trachome cécitant ; et la création par Pfizer de l'IIT pour prendre la tête du programme de dons de médicaments.

Assister à la disparition du trachome : magie de la passion, des partenariats et des possibilités

Vingtième bilan annuel du Programme Trachome

Le Centre Carter

18-20 mars 2019

Lundi 18 mars

8:15	~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	Accueil, introductions et remarques d'ouverture	Dr Dean Sienko Vice président, programmes de santé Le Centre Carter
9:10 – 9:30	Présentation du bilan du programme et annonces du président	Mlle Kelly Callahan (présidente) Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
9:30 – 10:15	Discours liminaire	Dr Julius Schachter Professeur émérite, médecine de laboratoire Université de Californie à San Francisco
10:15 – 10:45	<u>Pause café</u>	
10:45 – 11:45	Point sur la stratégie CHANCE au Mali	Professeur Lamine Traoré Coordinateur national, Programme National sur les soins oculaires Ministère de la Santé - Mali
11:45 – 12:15	Caractéristiques et répartition des résultats des enquêtes d'impact sur le trachome (EIT) et des enquêtes de surveillance du trachome (EST)	Dr Jeremiah Ngondi Conseiller technique régional sur le MTN RTI
12:15 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
1:30 – 1:35	<u>Annonces du Président</u>	
1:35 – 2:05	La cicatrisation conjonctive +/- tarsienne du trichiasis : étude observationnelle multicentrique	Dr Esmael Habtamu Coordinatrice de l'étude La London School of Hygiene et Tropical Medicine
2:05 – 3:05	Point sur la stratégie CHANCE au Niger	Dr Kadri Boubacar Coordinateur national, Programme National de Lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Niger
3:05 – 3:35	Étude HEAD START Niger	Mlle Stephanie Palmer Conseiller technique sur le trachome, L'engagement de l'USAID de mettre fin aux MTN FHI360
3:35 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	la RLPT comparée à la RBLT: résultats de long terme	M. Tariku Wondie Coordinateur de recherche Le Centre Carter - Éthiopie
4:30 – 5:15	Étude de cohorte sur les cils après-épilation : fardeau, phénotype, acceptation de la chirurgie / photographie 3D pour former des agents de gradation sur le terrain	Dr Esmael Habtamu Coordinateur de l'étude La London School of Hygiene et Tropical Medicine
5:15 – 5:45	Le projet ESPEN et le statut du trachome dans la Région Afrique	Dr. Amir B. Kello Le point de convergence sur le trachome de l'ESPEN Organisation mondiale de la Santé
5:45	~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~	

Assister à la disparition du trachome : magie de la passion, des partenariats et des possibilités

Vingtième bilan annuel du Programme Trachome

Le Centre Carter

18-20 mars 2019

Mardi 19 mars

8:15	<i>~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	<u>Annonces du Président</u>	
9:10 – 10:10	CHANCE en Éthiopie	M. Nebiyu Negussu Responsable d'équipe MTN Ministère fédéral de la Santé - Éthiopie
10:10 – 10:25	Point présenté par Pfizer	Mlle Julie Jenson Directrice, responsabilité sociale des entreprises Pfizer Inc.
10:25 – 10:40	Point sur l'ITI	Dr Paul Emerson Directeur Initiative internationale contre le trachome
10:40 – 11:00	<u>Pause café</u>	
11:00 – 12:15	Les effets non cibles de la distribution massive d'azithromycine pour le trachome	Dr Catherine Oldenburg et Mlle Kieran O'Brien Professeur assistant et Coordinatrice d'étude La Fondation Francis I. Proctor, université de Californie à San Francisco
12:15 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
1:30 – 1:35	<u>Annonces du Président</u>	
1:35 – 2:35	Amhara CHANCE	Dr Abebaw Gebeyhu Directeur Amhara Regional Health Bureau (Bureau régional de la Santé d'Amhara)
2:35 – 3:05	Sérologie : un usage sous surveillance	Dr Diana Martin Microbiologiste-chercheur Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention
3:05 – 3:30	<u>Pause café</u>	
3:30 – 4:30	Soudan CHANCE	Dr Elkheir Elshafie Coordinateur du Programme National de Lutte contre le trachome Ministère fédéral de la Santé - Soudan
4:30 – 5:30	Point de situation de l'ICTC /boîte à outils de l'ICTC : Planification de la transition	Mlle Aparna Barua Adams et M. Scott McPherson Chef de projet et vice-président Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome (International Coalition for Trachoma Control)
5:30 – 5:45	<u>Photo de groupe</u>	
5:45 – 7:30	<u>Réception</u> (bibliothèque du Centre Carter et entrée du musée)	
7:30	<i>~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~</i>	
6:30	<i>~Départ de la navette de l'Hôtel Sheraton pour l'Edgewood Shopping Center ~ (6:30-9:00)</i>	

Assister à la disparition du trachome : magie de la passion, des partenariats et des possibilités

Vingtième bilan annuel du Programme Trachome

Le Centre Carter

18-20 mars 2019

Mercredi 20 mars

8:15	<i>~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	<u>Annonces du Président</u>	
9:10 – 10:10	CHANCE au Soudan du Sud	M. Makoy Samuel Yibi Logora Directeur pour l'éradication du ver de Guinée et les MTN-CP Ministère de la Santé - Soudan du Sud
10:10 – 10:40	Directives de l'OMS sur assainissement et la santé	Mlle Yael Velleman Directrice des partenariats, Initiative de lutte contre la schistosomiase Imperial College de Londres
10:40 – 11:10	<u>Pause café</u>	
11:10 – 11:40	Mener ensemble des actions WASH et des actions sanitaires : une nouvelle boîte à outils pour les gestionnaires de programme sur les MTN	Mlle Angelia Sanders et Mme Yael Velleman Directrice adjointe, Programme de Lutte contre le Trachome et Directrice des partenariats, Initiative de lutte contre la schistosomiase Le Centre Carter et l'Imperial College de Londres
11:40 – 12:15	Évaluation de l'assimilation des interventions WASH dans l'essai WUHA	Dr Salomon Aragie Coordinateur de l'étude SWIFT Le Centre Carter - Éthiopie
12:15 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
1:30 – 1:35	<u>Annonces du Président</u>	
1:35 – 2:05	Le « N » de CHANCE	Dr Paul Emerson Directeur Initiative internationale contre le trachome
2:05 – 3:05	CHANCE en Ouganda	Dr Francis Mugume Coordinateur du Programme National de Lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Ouganda
3:05 – 3:30	<u>Pause café</u>	
3:30 – 4:00	Étude d'impact sur N et E	M. Gilbert Baayenda Responsable du programme Trachome Ministère de la Santé - Ouganda
4:00 – 5:00	Remarques de conclusion	Mlle Kelly Callahan Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter

5:00* *~Départ du Centre Carter pour le Sheraton Hôtel~***Cet horaire est susceptible d'être modifié. Le bus partira du Centre Carter peu après la conclusion de la réunion.*

Éthiopie

Dr Salomon Aragie (Le Centre Carter)
 Mlle Tigist Astale (Le Centre Carter)
 M. Zebene Ayele (Le Centre Carter)
 Dr Abebaw Gebeyehu (ARHB)
 M. Berhanu Melak (Le Centre Carter)
 M. Nebiyu Negussu (MFdS)
 M. Eshetu Sata (Le Centre Carter)
 Dr Zerihun Tadesse (Le Centre Carter)
 Dr Gizachew Yismaw (APHI)
 M. Tariku Aweke (Le Centre Carter)
 M. Mulat Zerihun (Le Centre Carter)

Mali

Dr Mohamed Berthe (MdS)
 Dr Mamadou Dembélé (MdS)
 M. Yaya Kamissoko (Le Centre Carter)
 M. Sadi Moussa (Le Centre Carter)
 Pr. Lamine Traoré (MdS)

Niger

Pr. Amza Abdou
 Dr Kadri Boubacar (MdS)
 M. MdSamed Salissou Kane (Le Centre Carter)
 M. Barmou Moudi (Le Centre Carter)
 M. Abaché Ranaou (MdS)

Soudan du Sud

Mlle Aja Isaac Kuol (MdS)
 M. Makoy Samuel (MdS)
 M. Jake Wheeler (Le Centre Carter)
 Mlle Sarah Yerian (Le Centre Carter)

Soudan

Mlle Maha Adam (Le Centre Carter)
 Mlle Maymoona Eltayeb (Le Centre Carter)
 Dr Nabil Aziz AwadAlla (Le Centre Carter)
 Dr Balgesa Elkheir Elshafie (MFdS)
 M. Atif Elamin Ahmed Mohammedsalih (Le Centre Carter)

Ouganda

M. Gilbert Baayenda (MdS)
 Dr Francis Mugume (MdS)
 Dr Edridah Muheki Tukahebwa (MdS)

Abbott

M. Al Reid

Université d'Emory

Dr Jacquelyn O'Banion

END Fund

Mlle Molly Anderson

FHI360

Mlle Stephanie Palmer
 M. Bolivar Pou

Fondation Bill & Melinda Gates

M. Jordan Tappero

Helen Keller International

M. Modibo Keita
 M. Steven Reid
 M. Tchouloum Toudja

La Fondation Conrad N. Hilton

Mlle Rachel Huguet

Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome (International Coalition for Trachoma Control)

Mlle Barua Adams et M. Scott McPherson

Initiative internationale contre le trachome

Mlle Birgit Bolton
 Dr Paul Emerson
 Dr Teshome Gebre
 Mlle PJ Hooper
 Mlle Geneviève Lacon
 Mlle Saman Wijesooriya

Ithaca College

Mlle Megan Hill

La Fondation Lions Clubs International

Mlle Gillian Gibbs
 Mlle Karen Kilberg

Le Lions Club de l'Éthiopie

Son Honneur le Dr Tebebe Y. Berhan

La London School of Hygiene et Tropical Medicine

Dr Esmael Habtamu
 Dr Emma Harding-Esch

La Fondation Manaaki

Mlle Sue Crothers-Gee
 Mlle Kendal Gee

La Fondation Noor de Dubaï

Dr Mansur Rabiu

Pfizer Inc.

Mlle Niesha Foster

Mlle Julie Jenson

La Fondation Francis I. Proctor de l'université de Californie à San Francisco

Dr Catherine Oldenburg

Mlle Kieran O'Brien

Rollins School of Public Health, université d'Emory

Dr Deb McFarland

M. Paul Weiss

RTI International

Dr Jeremiah Ngondi

Sightsavers

M. Colin Beckwith

M. Philip Downs

Mlle Sarah Huntbach-Noel

M. Elie Kamate

Mlle Michaela Kelly

M. Tom Millar

M. Antandou Telly

Le Groupe de travail pour la Santé dans le Monde

M. William Nichols

Comité d'experts sur le trachome

Dr David Addiss

Dr Joseph Feczko

Dr M. Babar Qureshi

Agence américaine pour le Développement International

M. Aryc Mosher

Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention

Dr Barbara Marston

Dr Diana Martin

Université de Californie à San Francisco

Dr Julius Schachter

La Fondation Waypoint

Dr Clarice Yentsch

Organisation mondiale de la Santé

Dr Amir Kello

Mlle Yael Velleman

Le Centre Carter

Mlle Laurie Baxley

Mlle Nina Benard

Dr Stephen Blount

Mlle Kelly Callahan

Mlle Becky Carter

Mlle Kenya Casey

Mlle Tara Davis

M. Yohannes Dawd

M. Don Denard

Mlle Mushtaq Dualeh

Mlle Janie French

Mlle Emily Griswold

Mlle Madelle Hatch

Mlle Kim Jensen

Dr Moses Katabarwa

M. Jim Kavanaugh

M. Curtis Kohlhaas

Mlle Nicole Kruse

Mlle Elizabeth Long

Mlle Meagan Martz

Mlle Sarah Menz

Mlle Emily Mooney

Dr Scott Nash

Mlle Anne Nguyen

Dr Greg Noland

Mlle Seseni Nu

M. Andrew Nute

Mme l'Ambassadrice Mary Ann Peters

Mlle Faith Randolph

Dr Frank Richards

Mlle Angelia Sanders

Mlle Alethia Sanon

Mlle Janet Shin

M. Randy Slaven

Mlle Aisha Stewart

Mlle Emily Staub

M. Adam Weiss

Mlle Jenny White

M. Craig Withers