Procédure Abrégée

Seizième réunion de bilan annuelle pour le programme de la lutte contre le trachome

Se pencher sur le passé pour aller de l'avant

THE
CARTER CENTER

Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

2-4 mars 2015

Avec le soutien de :

Pfizer

Conrad N. Hilton
FOUNDATION

نور دبي
NOOR DUBAI

THE QUEEN ELIZABETH
DIAMOND JUBILEE TRUST

Sightsavers

Lions Clubs International
FOUNDATION

THE
CARTER CENTER

Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

“Se pencher sur le passé pour aller de l'avant”

Seizième réunion de bilan annuelle du programme de lutte contre le trachome

Le Centre Carter

Atlanta, Géorgie

Remerciements

Le programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter tient à remercier pour leur soutien les nombreux donateurs qui nous ont permis de réaliser les activités de 2014 présentées dans ce document :

Les laboratoires Abbott

Anonymes (4)

La Fondation de famille Robert and Joan Blackman

La Fondation de la Famille Blum

La Fondation communautaire pour un meilleur Atlanta, Inc.

La Fondation Crabby Beach

M. et Mme Pete Docter

La Fondation William H. Donner

M. Zachary Goldberg

La Fondation Conrad N. Hilton

M. et Mme James W. Hoag

La Fondation Alice et Jaclyn Houseknecht

La Fondation John P. Hussman

L'association caritative Thomas M. Kirbo et Irene B. Kirbo

La Fondation du Lions Clubs International et les Fondation du Lions Club d'Éthiopie, du Mali, du Niger et de l'Ouganda

Dr. honoraire Tebebe Y. Berhan

L'école de Londres pour l'hygiène et la médecine tropicale

La Fondation Manaaki

La Fondation Noor Dubai

Le Dr et Mme Thomas G. O'Riordan

Pfizer Inc et l'Initiative Internationale pour le Trachome

Le Fonds Pitrof de la fondation Chicago Community

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

Association Queen Elizabeth Diamond Jubilee

Sightsavers

Charles Smith-Dewey

La Fondation de la Famille Stanard

Ministère Fédéral de la Santé - gouvernement du Soudan

L'organisation caritative Tansy

Allan Taylor

Agence des États-Unis pour le développement international

M. Eric K. Wepsic et le Dr Patricia Pacelli

Et à toutes les autres personnes non mentionnées, notre sincère gratitude.

Table des matières

Acronymes	1
Définitions des objectifs d'intervention ultime	2
Résumé de Synthèse	3
Sommaires du programme de Lutte contre le Trachome par Pays	
Programme de Lutte contre le Trachome pour l'Ethiopie	5
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Mali	12
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Niger	19
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Nigéria	26
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Soudan du Sud	33
Programme de Lutte contre le Trachome pour le Soudan	39
Programme de Lutte contre le Trachome pour l'Ouganda	47
Sommaire des Tableaux et des Chiffres	
Tableau 1: Sommaire des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays soutenus par le Centre Carter)	56
Tableau 2 : Objectifs annuels 2015 du programme national de lutte contre le trachome (pays soutenus par le Centre Carter)	57
Tableau 3 : Mise en œuvre de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (résultats obtenus avec le soutien du Centre Carter)	58
Tableau 4 : Mise en œuvre de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (1999-2014)	59
Figure 1 : Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter	60
Figure 2 : Distribution d'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter	61
Figure 3 : Éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter	62
Figure 4 : Latrines domestiques construites, pays soutenus par le Centre Carter	63
Sessions Spéciales	
Où existe-il des opportunités de communication pour le changement de comportements ?	64
Progrès du WASH en termes d'élimination du trachome	66
Mises à jour de la coalition internationale pour la lutte contre le trachome	69
Indicateurs N et CE : Montrer les impacts au travers des objectifs	72
Nouvelle recommandations de l'OMS en matière de surveillance	77
Approvisionnement mondiale de Zithromax®	78
Université de Californie, Partenariat avec la Fondation Francis I. Proctor, San Francisco - études actuelles	79
MDA pour la lutte contre le trachome : Se pencher sur le passé pour aller de l'avant	84
L'impact du trichiasis sur la qualité de vie et la pauvreté	87
Supervision et contrôle : Évaluer la qualité de la chirurgie pour améliorer les performances	89
Annexes	
Annexe I: Recommandations de revue pour le programme de 2015	91
Annexe II: Trachome : la Maladie	94
Annexe III: Agenda du programme de revue	95
Annexe IV: Liste des participants	98

Acronymes

API	Principes actifs pharmaceutiques (spécifique à Pfizer Inc)
CCC	Communication pour le changement de comportements
ASC	Agents de Santé Communautaire
DFID	Département pour le développement international
FGD	Discussion de Groupe
MFdE	Ministère Fédéral de l'Éducation
MFdS	Ministère Fédéral de la Santé
GET 2020	Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant à l'horizon 2020
GTMP	Projet de Cartographie Globale du Trachome
ES	Éducation sanitaire
AVS	Agent de Vulgarisation Sanitaire
HH	Foyer (en référence à la construction de latrines)
HKI	Helen Keller International
ICTC	Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
ITI	Initiative Internationale pour le Trachome
CL	Collectivité locales (spécifique au Nigéria)
MDA	Distribution Massive de Médicaments
MdS	Ministère de la Santé
MORDOR	Réduction de la mortalité après la prise d'azithromycine par voie orale
ONGD	Organisation non gouvernementale de développement
NPPB	Programme national pour la prévention de la cécité
MTN	Maladie Tropicale Négligée
PCO	Praticien Clinique Ophtalmique
RCP	Réaction en Chaine de la Polymérase
CTP	Chimiothérapie préventive
PNLC(C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNSO	Programme National de Soins Oculaire (National Eye Health Program)
CHANCE	**CH**irurgie, **A**ntibiothérapie, **N**ettoyage du visage, **C**hangements **E**nvironnementaux
SWIFT	L'assainissement, l'eau et l'enseignement du Face-Washing pour le trachome
TANA	Amélioration du Trachome dans le Nord Amhara
TAP	Plan d'Action pour le Trachome
POT	Pommade Ophtalmique à la Tétracycline
TF	Inflammation Trachomateuse Folliculaire
TF_{1-9}	Inflammation Trachomateuse Folliculaire (chez les enfants entre un et neuf ans)
TI	Inflammation Trachomateuse Intense
TIRET	Recherche Internationale Tripartite pour l'Élimination du Trachome
EIT	Étude d'impact du trachome
TS	Cicatrices Trachomateuses
TT	Trichiasis Trachomateux
UCSF	Université de Californie San Francisco
UIG	Objectif d'intervention ultime
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour les Enfants
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WASH	Eau, Assainissement et Santé
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé

Indices des objectifs d'intervention ultime (UIG)*

Chirurgie	Total des opérations réalisées à ce jour / Total des opérations réalisées à ce jour + celles en attente
Antibiotiques**	Quantité annuelle d'azithromycine et POT distribués / Population totale où la TF chez les enfants âgés de 1 à 9 > 10 %
Nettoyage du visage	Nombre de villages ayant reçu les messages d'éducation sanitaire / Nombre total de villages où la TF chez les enfants âgés de 1 à 9 > 10 % + tout village où la TF chez les enfants âgés de 1 à 9 > 10 % dans les zones non endémiques
Nettoyage	
Changements† Environnementaux	Nombre total de foyer ou des latrines sont construites, à ce jour / Nombre total de foyers sans latrine x 0,5
Amélioration †	

NB : Les progrès par rapport aux UIG ont été calculés pour les progrès obtenus grâce au Centre Carter mais aussi pour les progrès obtenus grâce au programme national.

**Les UIG sont indiqués dans le dénominateur de chaque indicateur.*

***L'objectif pour la distribution d'antibiotiques n'est pas strictement un UIG ; c'est la proportion de traitement annuel objectif atteint.*

† *L'objectif de développement du Millénaire 7c (MDG7c) invite à réduire de moitié la proportion de la population n'ayant pas accès à des latrines en 2015.*

Résumé de Synthèse

Se pencher sur le passé pour aller de l'avant

La seizième réunion de bilan annuelle pour le programme de la lutte contre le trachome s'est tenue du 2 au 4 mars 2015 au Centre Carter d'Atlanta. Le thème de la réunion de cette année, était " regarder en arrière, aller de l'avant ". Les représentants des ministères de la santé et du Centre Carter dans les sept pays où le Centre Carter offre son aide : Éthiopie, Mali, Niger, Nigéria, Sud Soudan, Soudan et Ouganda. Les représentant des différents partenaires de coordination et des donateurs étaient également présents notamment ceux du CBM, des centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (U.S. Centers for Disease Control and Prevention), du département britannique pour le développement international, de la Fondation William H. Donner, du centre d'ophtalmologie Emory, de la Fondation Bill et Melinda Gates, de la Fondation Conrad N. Hilton, du Helen Keller International, de la Fondation Fred Hollows, de l'"Initiative Internationale pour le Trachome, de la Fondation du Lions Clubs International, de l'école de Londres pour l'Hygiène et la Médecine Tropicale, de la Fondation Francis I. Proctor de l'Université de Californie à San Francisco, de l'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee, de l'université d'Emory, de l'école de santé publique de Rollins, de RTI International, de Sightsavers, du groupe de travail pour la santé mondiale (Task Force for Global Health), de WaterAid, et de l'Organisation Mondiale pour la Santé .

Comme lors des précédentes réunions de bilan du programme, la réunion de bilan du programme de 2015 a été l'occasion d'évaluer où en était chaque programme national et de discuter des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs en matière d'élimination de la maladie. Cette année, la réunion de bilan du programme a mis particulièrement l'accent sur les leçons apprises au cours des 15 années passées et les sources d'enseignements que la communauté engagée dans la lutte contre le trachome peut en tirer afin de traiter l'élimination du trachome cécitant comme un problème de santé publique d'ici 2020.

En 2014, les progrès se sont poursuivis vers l'élimination de la maladie dans tous les pays. Les données recueillies lors des enquêtes d'impact du trachome (EIT) de 2014 ont montré que dans les deux états du Nigéria où le Centre Carter a soutenu la stratégie CHANCE les indicateurs proxy de l'organisation de la santé (OMS) en matière d'élimination de la maladie ont été atteints. Les activités dans le sud du Soudan ont repris en octobre 2014, après avoir été suspendues en décembre 2013 en raison de problèmes de sécurité. En seulement trois mois de l'année civile, le Soudan du Sud a fait de grands progrès en matière d'activités chirurgicales. Au Niger, le programme national a dépassé tous les objectifs fixés pour 2014, à l'exception de la construction de latrines, et a fait de grands progrès dans sa tentative de rattraper les retards pris en chirurgie. La région d'Amhara en Éthiopie continue d'être le leader mondial en matière de chirurgie du trichiasis trachomateux (TT) et de l'administration en masse de médicaments (MDA) contre le trachome cécitant.

Nos partenaires ont présenté des mises à jour de plusieurs études auxquelles le Centre Carter a collaboré et auxquelles elle apportera son assistance dans les années à venir. La Fondation Francis I. Proctor est à présent dans la phase finale de l'étude Recherche Internationale Tripartite pour l'Élimination du Trachome (TIRET). Les résultats préliminaires des tests de réaction en chaine par polymérase (RCP), qui sont actuellement en cours d'exploitation au laboratoire régional de Bahir Dar dans la région d'Amhara en Éthiopie, ont été présentés. Le représentant de la Fondation Proctor a également présenté le travail initial qui se fait actuellement au Niger pour faire démarrer l'étude sur la réduction de la mortalité après la prise d'azithromycine par voie orale (MORDOR) et fourni des informations sur la nouvelle étude L'assainissement, l'eau et l'enseignement du Face-Washing pour le trachome (SWIFT), qui est encore en phase initiale en Amhara en Éthiopie. Le personnel du Centre Carter en Éthiopie a présenté un bref aperçu d'une nouvelle étude également en cours dans la région

d'Amhara, qui vise à comprendre les facteurs de comportement qui favorisent de bonnes pratiques d'hygiène, telles que l'utilisation de latrines et le nettoyage du visage, dans l'ensemble de la région d'Amhara afin de développer de nouveaux messages et outils en matière d'éducation sanitaire dans le cadre de la lutte contre le trachome. Comprendre les obstacles au nettoyage du visage et aux changements environnementaux est essentiel pour que l'Éthiopie puisse atteindre ses objectifs d'intervention ultime (UIG) dans le cadre de l'élimination du trachome cécitant.

Angelia Sanders, directrice associée du programme de la lutte contre le trachome du Centre Carter, a proposé plusieurs nouveaux indicateurs lors de son exposé, " Indicateurs pour le nettoyage du visage et des changements environnementaux : montrer les impacts au travers des objectifs ". Mme Sanders a contesté les indicateurs actuels, en expliquant que, bien qu'ils disent, à la communauté engagée dans la lutte contre le trachome, que l'éducation sanitaire est faite et que les latrines sont construites, les indicateurs ne fournissent aucune information sur le niveau de compréhension de ses messages et le degré d'utilisation des latrines. Certains des indicateurs proposés comprennent 100 % des enfants de un à neuf ans ayant le visage propre et 100 % d'utilisation des latrines.

Aisha Stewart et le Dr Scott Nash, directeur associé et épidémiologiste du programme de lutte contre le trachome du Centre Carter, et Violeta Jimenez, une consultante de l'université d'Émory, ont demandé aux participants de la réunion de bilan de cette année de chercher de nouvelles stratégies concernant l'utilisation et la distribution du Zithromax® afin de faire promptement des progrès concernant les objectifs en matière d'élimination de la maladie. Mme Stewart, le Dr. Nash, et Mme Jimenez ont abordé la question de l'utilisation rationnelle du Zithromax ® en se penchant sur les données et les preuves de ces 15 dernières années afin de pouvoir faire des progrès en matière d'utilisation des médicaments et de prévention de l'infection. Plusieurs questions ont été posées : À quel point avons-nous assez de preuves pour prendre des mesures, et qui décide ? Ce qui est possible de mettre en œuvre à grande échelle ? Combien de temps peut être maintenue une approche ?

Dans l'ensemble la réunion de bilan de cette année a atteint ses objectifs " se pencher sur le passé pour aller de l'avant " (looking back in order to move forward). Il a été demandé aux participants à la réunion de bilan de continuer de se concentrer sur l'impact, en se penchant à la fois sur le bilan des 15 dernière années et sur la planification pour les cinq années à venir.

CHANCE en Éthiopie

Présenté par M. Oumer Shafi, Chef de l'équipe MTN, Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie

Historique

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 une vision réduite et que 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 TT. Les résultats de l'enquête ont montré que 30 % des cas de trachome de l'Afrique sub-saharienne se trouvent en Éthiopie.

En Éthiopie, le problème des maladies tropicales négligées (MTN) prend de l'ampleur. En 2013 un plan directeur national pour les MTN a été lancé, avec les états régionaux préparant leur propre plan directeur. Une équipe dédiée aux MTN a été formée au sein du ministère fédéral de la Santé (MFdS) et des indicateurs MTN ont été intégrés au système d'information de gestion de la santé. Des registres de traitement nationaux et des guides de poche pour les agents de vulgarisation sanitaire (AVS) sont en préparation. Il a été également prévu d'intégrer les MTN dans le système de santé existant. Afin de mieux comprendre le poids des MTN en Éthiopie, une cartographie des maladies pouvant être traitées au moyen de chimiothérapie préventive (CTP), telles que la filariose lymphatique, la bilharziose et l'helminthiase transmise par le sol, a été dressée. Les résultats du projet de cartographie globale du trachome (GTMP) aideront le travail de l'équipe chargée des MTN dans ses efforts pour l'élimination du trachome.

Calendrier des événements

2001: Mise en place d'une directive nationale pour les soins oculaires primaires[1]
2006: Mise en place d'une directive nationale pour la distribution d'antibiotiques de masse ; établissement d'un groupe de travail 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)[2]
2012: Préparation du plan d'action national pour le trachome (TAP)
2010-2014: Le GTMP et l'étude d'impact du trachome ont été menés dans la région d'Amhara
2013: La lutte contre le trachome fait partie du programme national pour les MTN sous la direction du contrôle et de la prévention des maladies
2020: Date cible pour l'élimination

[1] Un document de cinq ans, actuellement en 3 ème cycle.
[2] La semaine de MalTra (Malaria et Trachome) était une campagne semestrielle d'une semaine lors de laquelle de l'azithromycine était distribuée massivement afin de traiter le trachome. Cette distribution s'accompagnait d'une éducation sanitaire et de tests pour le traitement de la malaria avec Coartem®.

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	**693 037**	**150 000**	**65 658 (44 %)**	**61 537**	**40 450 (66 %)**
Nbre de femmes opérées		**Objectifs non définis pour 2014**	**N/R**	**Objectifs non définis pour 2014**	**25 509**
Nbre de chirurgiens formés		**N/R**	**N/R**	**41**	**0 (0%)**
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation		**N/R**	**N/R**	**Objectifs non définis pour 2014**	**N/R**
Nbre de chirurgiens certifiés		**N/R**	**N/R**	**Objectifs non définis pour 2014**	**N/R**
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	**44 723 508**	**44 723 508**	**27 653 520 (57,3%)**	**16 361 469**	**16 516 059 (100,9%)**
Doses de tétracycline distribuées pendant MDA	**894 470**	**894 470**	**N/R**	**498 610**	**359 400 (72 %)**
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	**10 850**	**10 850**	**10 850 (100%)**	**3 459**	**3 459 (100%)**
Nbre de latrines domestiques construites	**17 000 000**	**2 000 000**	**1 732 049 (86%)**	**284 405**	**104 777 (36,8%)**

Chirurgie (CH)

Le nombre d'interventions chirurgicales est beaucoup plus élevé en 2014 qu'en 2013. Ceci peut être dû a un rapport plus rigoureux des données. Le programme national a permis de réalisé 65 658 opérations en 2014. 40 450 interventions ont bénéficié du soutien du Centre Carter dans la région d'Amhara, ce qui représente 66% des objectifs pour 2014. 25 509 opérations soit 63% de la totalité des interventions ont été effectuées sur des femmes.

Antibiothérapie (A)

30 % des cas de trachome de l'Afrique sub-saharienne se trouvent en Éthiopie. La prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) est supérieure à 10% dans 542 zones sur 604 (soit 90%), tandis que 82% de la prévalence de trachome se trouve dans les quatre régions suivantes : Tigray, Amhara, Oromia, et SNNPR. Dans les zones les plus endémiques, avec plus de 10 % de prévalence de TF (Tigray, Amhara, Oromia, et SNNPR) 167 zones sur 167, 106 zones sur 235, 76 zones sur 156 et 9 zones sur 37 sont respectivement couvertes par une MDA. En 2014, l'Éthiopie a atteint 57,3% de ses objectifs en matière de traitement, dont la moitié a été réalisée dans des zones bénéficiant de l'assistance du Centre Carter. Les AVS et l'armée pour le développement de la santé sont mobilisés pour la réalisation de MDA en Éthiopie, sous la supervision d'agents de la santé publique locaux formés à cet effet. Avant la fin de la prochaine année civile éthiopienne

(correspondant à septembre 2015), le MFdS étendra la couverture des CTP aux MTN dans le système de gestion de la santé.

Nettoyage du visage (N)

Les AVS travaillent actuellement dans toutes les zones d'endémie de trachome. En supposant que les AVS se chargent de l'éducation sanitaire, toutes les zones endémiques bénéficient d'une couverture d'éducation sanitaire. Ce qui signifie que le programme a permis de mener l'éducation sanitaire dans 10 850 villages, atteignant ainsi 100% de ses objectifs. Le Centre Carter a soutenu l'éducation sanitaire dans 3 459 villages en 2014.

Changement Environnementaux (CE)

Des latrines améliorées (latrines équipées d'un dispositif de lavage des mains, d'un sol en ciment et d'une bouche d'aération) sont présentes dans 6,76% des foyers dans la région d'Oromiya. Au total, 42,4% des foyers de la région d'Amhara sont équipés de latrines selon l'EIT menée de 2010 à 20140. Depuis 2009, 79% des constructions des latrines domestiques de l'UIG ont été achevées. En 2014, avec la construction de 1 732 049 latrines, l'Éthiopie a atteint 86% de ses objectifs annuels en matière de construction de latrines qui étaient de deux millions. Selon une mini enquête démographique et sanitaire réalisée en 2014 en Éthiopie, 57 % des foyers situés en milieu rural, sont équipés de toilettes rudimentaires, et seulement 55% des foyers ont accès à une source d'eau potable améliorée.

En 2014, le ministère de la Santé (MdS) éthiopien a revu son TAP en se basant sur le GTMP. Le nouveau TAP décrit un plan intégrant les éléments N et CE de la stratégie CHANCE dans les plans de vulgarisation sanitaire du système national de santé. Pour identifier la couverture en matière de N et CE, le MFdS, grâce au TAP, à identifier la localisation de partenaires du eau, assainissement et hygiène (WASH) et présume donc que les activités N et CE étaient prises en charge dans ces zones. Cependant, l'étendue des activités des partenaires du WASH ou dans quelle mesure ces activités s'appliquent à l'élimination du trachome restent floue.

En 2014, le gouvernement éthiopien a également mis en place une collaboration nationale, multisectorielle entre les secteurs du gouvernement (ministère de l'éducation, MFdS, ministère des finances et du développement économique) et les donneurs appelée " One WaSH ". En plus de préconiser pour un rapport consolidé de WASH, l'initiative décrit la promotion de l'assainissement et de l'hygiène en milieu rural, en milieu urbain et dans les divisions institutionnelles en fonction de critères spécifiques. Le Gouvernement éthiopien fournit environ 10% du financement de ce programme coutant 4,84 milliards de dollars. Déterminer les points de collaboration et d'alignement entre les objectifs en matière d'élimination du trachome et le programme One WaSH sera la priorité du programme de 2015.

Obstacles au développement du programme:

Plus de 250 zones endémiques restent non couvertes par des MDA dans les régions de l'Oromia, du RNPNS, du Tigray et de la Somali d'Éthiopie.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014:

Recommandation 1 : Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

Une enquête post-MDA sur la couverture de la population a été uniquement réalisée pour la région d'Amhara.

Recommandation 2: Chaque fois que cela est possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les taux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer le taux de TF.

La gestion des données de l'Éthiopie s'est améliorée grâce à l'utilisation d'un outil intégré permettant la planification et l'établissement des coûts et des bases de données intégrées de l'OMS en matière de MTN.

Recommandation 3: L'Éthiopie devrait créer des groupes de travail régionaux pour le trachome.

Non traité.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- 58 672 patients souffrant de trichiasis ont bénéficiés d'une opération grâce à l'assistance apportée par le Centre Carter dans la région d'Amhara
- 1 117 chirurgiens ont été formés pour intervenir sur des patients souffrant de TT dans la région d'Amhara, dont 159 grâce à l'assistance du Centre Carter
- 826 hôpitaux fixes et mobiles dédiés au TT ont été mis en place et équipés
- 50 équipes mobiles de chirurgie spécialisées en TT ont été organisées et équipées

En avril 2014, le ministre fédéral honoraire de la santé de l'Éthiopie, H.E. Dr Kesetebirhan Admasu, a annoncé un projet visant à rattraper en 18 mois le retard pris en chirurgie et a opérer 693 037 patients éthiopiens atteints de TT et qui étaient en attente d'une d'intervention. L'estimation du coût total du projet est de 23 798 845 $. Le MFdS a promis une subvention de 10 millions de birr (environ 480 000 $), pour former un nombre suffisant de chirurgiens spécialisés en TT. Le projet comprend une stratégie établie par le groupe national de travail dédié au trachome, qui combine des unités de chirurgie fixes, des campagnes de sensibilisation, et des équipes mobiles pour rattraper le retard. Pour aider l'Éthiopie à maintenir son engagement à mobiliser et à équiper les équipes nécessaires pour rattraper le retard, elle demande aux donneurs et aux partenaires de fournir des kits de chirurgie TT et de couvrir les coûts de fonctionnement du projet. La première phase de mise en œuvre du projet devrait être achevée en juillet 2015, dans les quatre régions présentant le nombre de cas de TT le plus élevé. Les efforts seront ensuite redoublés pour s'occuper des autres retards accumulés. Afin de s'assurer de la qualité des interventions chirurgicales et de la formation, des ophtalmologues qualifiés et expérimentés utiliseront les directives de l'OMS en matière de formation en chirurgie du trichiasis, et des formats de registres et de rapports seront utilisés pour le suivi et l'évaluation.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 50 000 000 de doses d'azithromycine, dont 18 826 517 grâce à l'assistance du Centre Carter, dans la région d'Amhara
- Distribution de 384 215 doses de tétracycline dans la région d'Amhara, grâce au soutien du Centre Carter

Le programme continuera d'encourager le gouvernement d'être responsable des MDA, surtout dans les bureaux sanitaires régionaux.

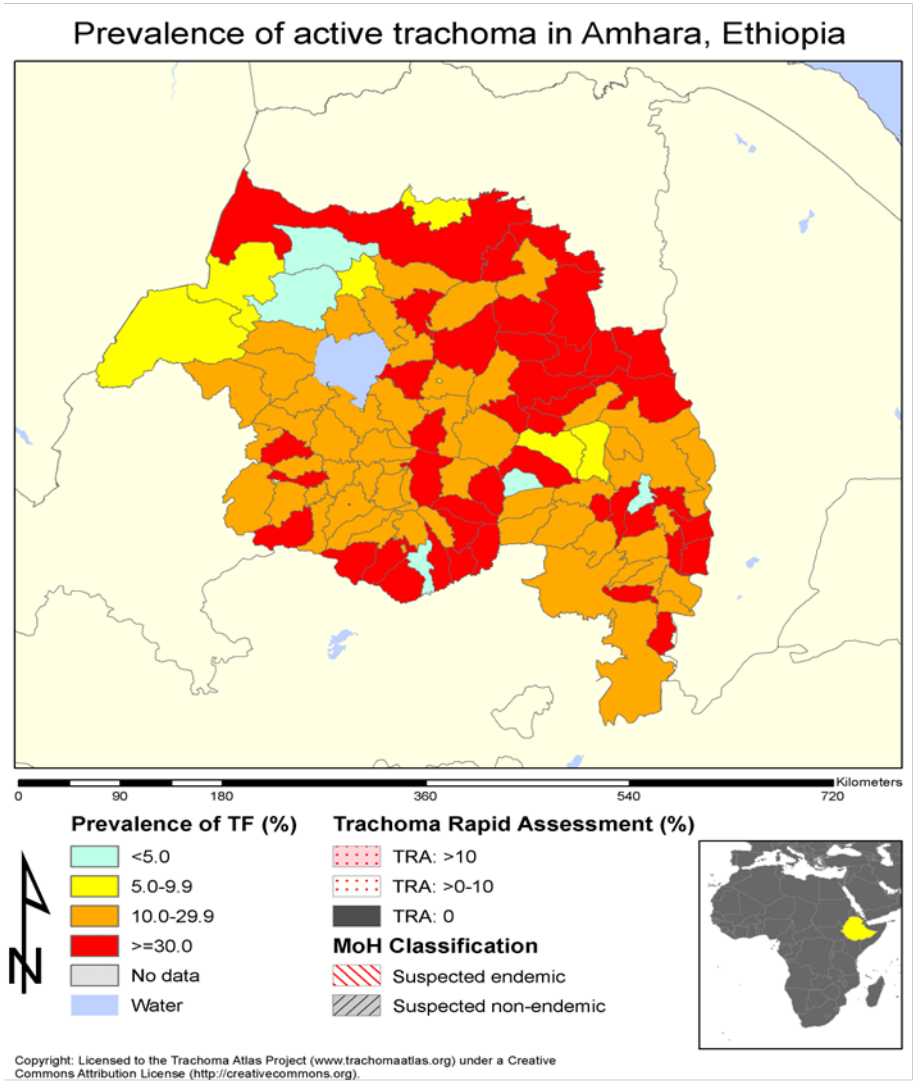
Nettoyage du visage (N)

- Offrir une éducation sanitaire à 10 850 villages, dont 3 459 avec le soutien du Centre Carter, dans la région d'Amhara
- S'aligner et se coordonner avec le programme national One WaSH

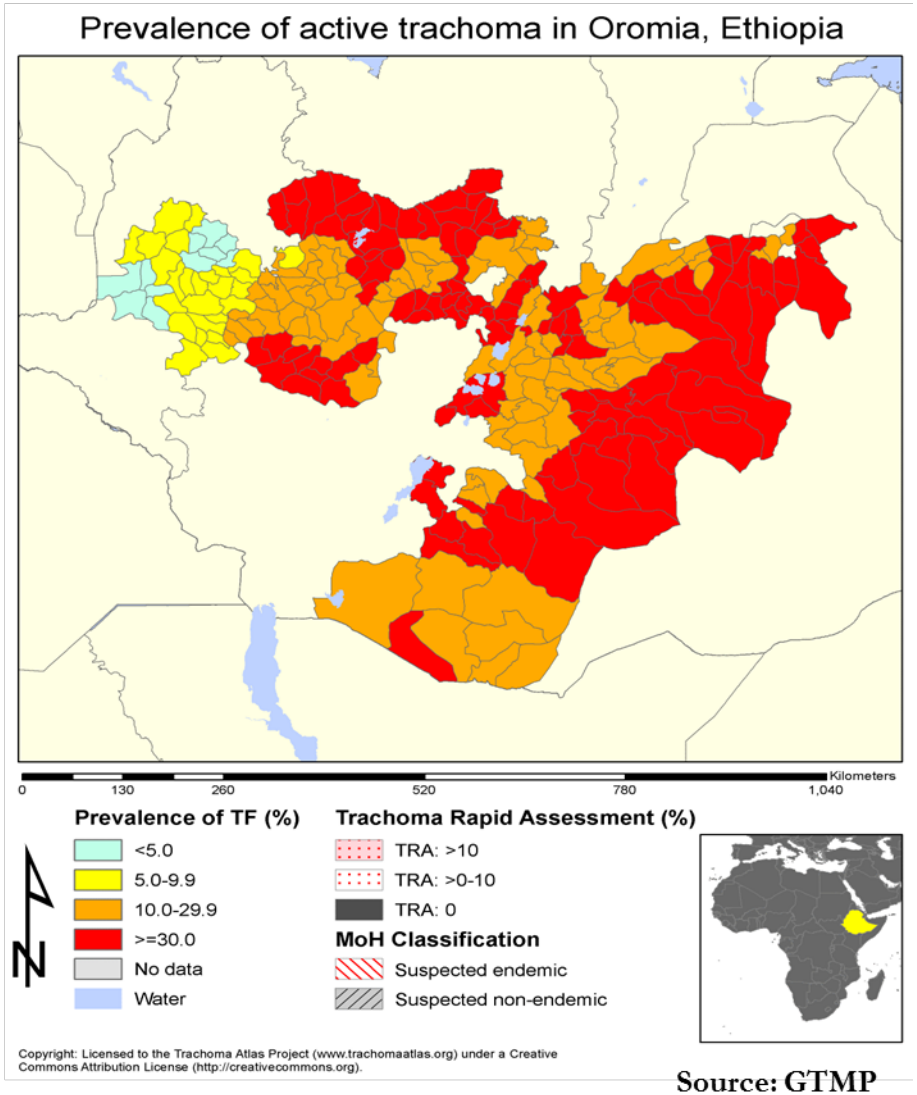
Changement Environnementaux (CE)

- La construction de 2 000 000 de latrines, dont 350 000 avec le soutien du Centre Carter, dans la région d'Amhara
- S'aligner et se coordonner avec le programme national One WaSH

2014

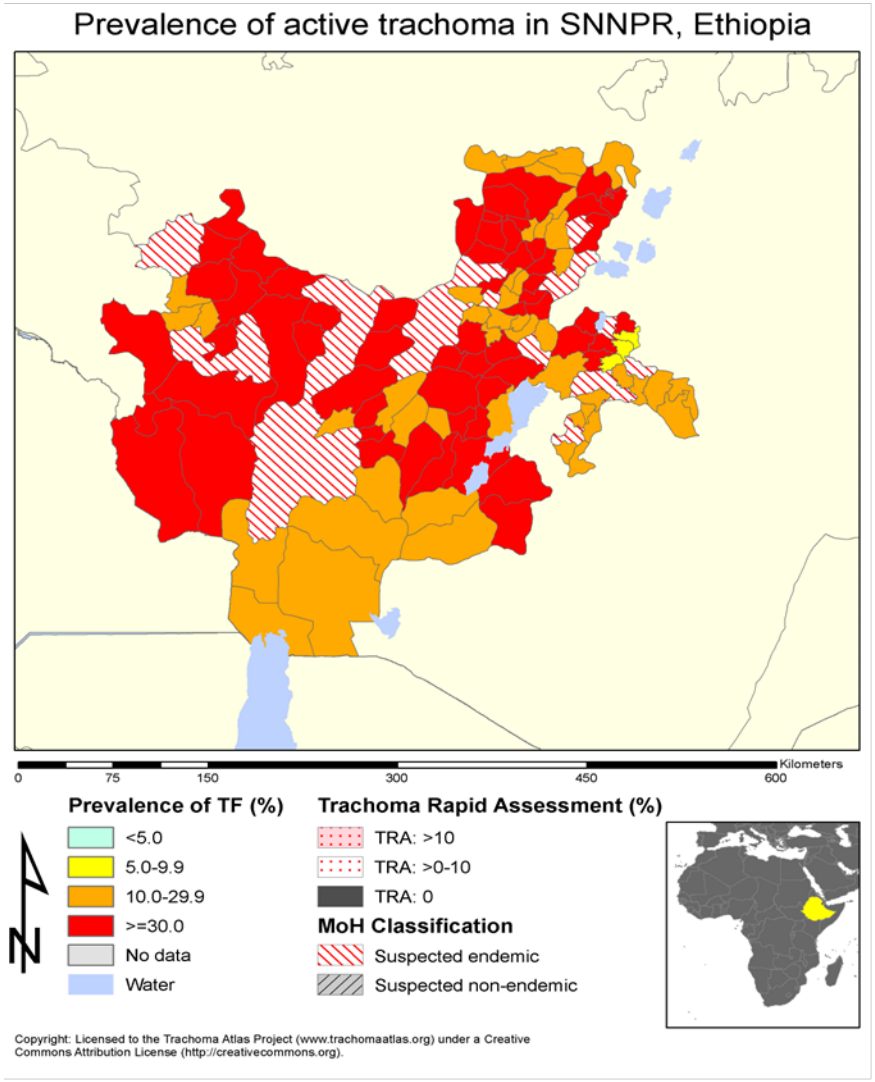


2014

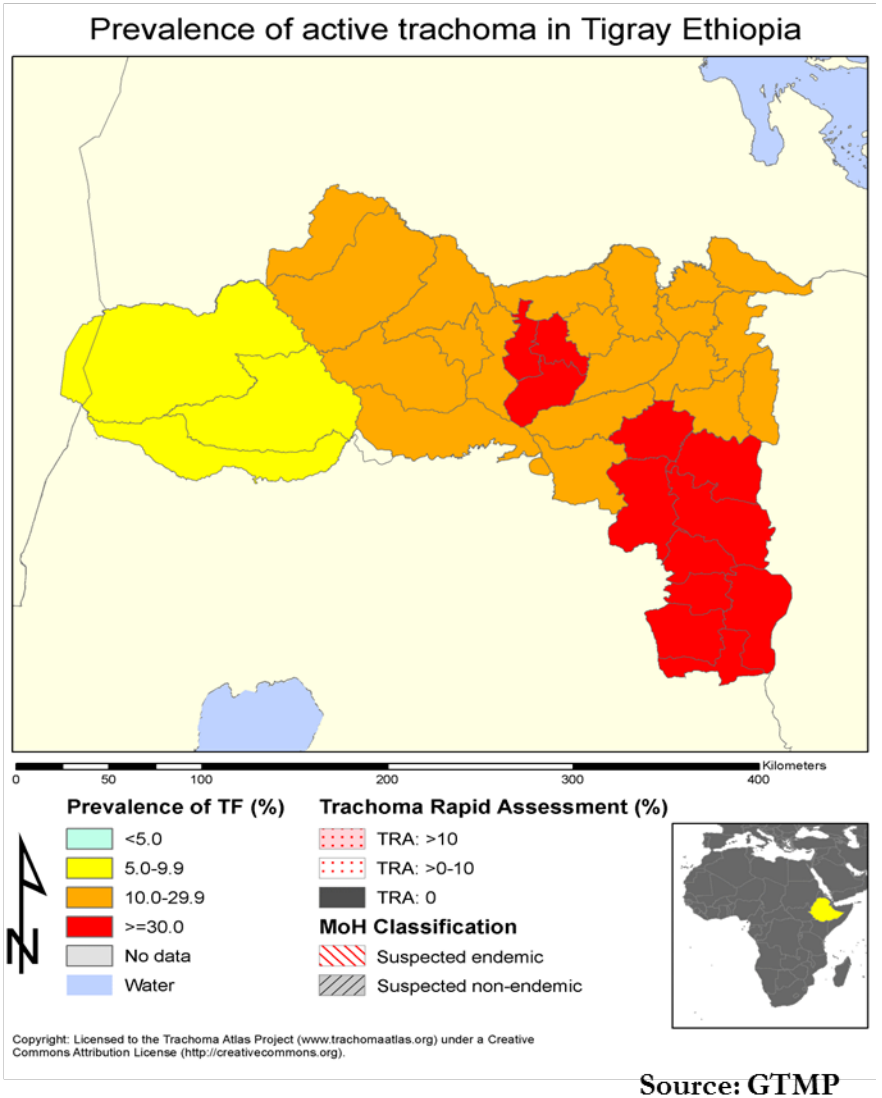


Source: GTMP

2014



2014



Source: GTMP

CHANCE au Mali

Présenté par le Professeur Lamine Traoré, Coordonnateur du PNSO, ministère de la Santé, Mali

Historique

En 1994, création du programme national de prévention de la cécité (PNLC) qui depuis décembre 2014, est connu sous le nom de PNSO (National Eye Health Program). Au vu des résultats des enquêtes de prévalence menées en 1996 et 1997, le trachome a été identifié en tant que problème de santé publique majeur au Mali. Bien que les trois priorités pour le 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 Plan d'Action formel contre le Trachome, le PNSO élabore chaque fin d'année un plan d'action au cours d'une réunion de bilan du programme. Le Centre Carter, conjointement avec d'autres partenaires, soutien actuellement la mise en œuvre de tous les composants de CHANCE. Pour la composante A une autre ONG partenaire prend en charge la distribution de l'azithromycine, de sorte que le rôle du Centre Carter se limite à l'achat de la pommade ophtalmique à la tétracycline (POT).

Calendrier des événements

1994: Lancement du PNLC
1996-1997: Enquête nationale de référence de prévalence
1999: Programme de Lutte contre le Trachome pour le Mali
1999: Début des interventions chirurgicales
2001: Début de la distribution du Zithromax ® donné par Pfizer
2003: Début des activités de nettoyage du Visage et des Changements Environnementaux
2005-2014: EIT menée
2014: PNLC devient PNSO
2015: Objectif de l'élimination du trachome cécitant au Mali[3]

[3] Date donnée par le Mali pour la réalisation des objectifs est en cours d'examen.

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	20 324	15 000	4 493 (30%)	6 000	2 742 (46%)
Nbre de femmes opérées			3 056 (68%)		1 910 (70%)
Nbre de chirurgiens formés		0	15	0	0 (0%)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation		10	10 (100%)	0	0 (0%)
Nbre de chirurgiens certifiés		17	0 (0%)	0	0 (0%)
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	385 934	385 934	0 (0%)	N/A[4]	N/A
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	4 000	4 000	0 (0%)	4 000	0 (0%)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	4 997	2 872	2 843 (99%)	2 872	2 843 (99%)
Nbre de latrines domestiques construites	54 004	15 000	9 054 (60%)	15 000	4 661 (31%)

Chirurgie (CH)

L'étude d'impact du trachome effectuée en 2014 a révélé que deux zones ont atteint le seuil d'élimination du TT, 38 zones ont une prévalence du TT inférieure à 1%, et 13 zones ont une prévalence du TT comprise entre 1% et 4,9%. En 2014 le programme national a permis d'opérer 4 493 personnes ce qui représente 30 % de ses objectifs qui étaient de 15 000. De plus, grâce au programme national, 15 chirurgiens ont été formés, 10 autres ont reçu une formation de perfectionnement, mais aucun chirurgien n'a été certifié. 2 742 interventions chirurgicales ont été réalisées sur des patients souffrant de trichiasis, grâce au soutien du Centre Carter. Ce qui représente 46 % des objectifs nationaux pour 2014 qui étaient de 6 000 opérations, et 61 % de tous les actes chirurgicaux réalisés sur des personnes atteintes de trichiasis.

Les cas de trichiasis restant devant subir une opération sont estimés à 20 324 pour atteindre l'UIG en matière de chirurgie du TT. En 2014, grâce au programme, tous les chirurgiens ont reçu une formation de perfectionnement et deux superviseurs par régions ont été formés pour assister les nouveaux chirurgiens. Afin de localiser les cas de trichiasis et d'encourager la chirurgie, la campagne de sensibilisation du programme a utilisé différents canaux y compris des messages diffusés à la radio, les leaders des communautés, les groupes de femmes et le porte à porte. Les campagnes de sensibilisations faites en voiture ou en motos

[4] Le Centre Carter ne prend pas part aux MDA au Mali.

permettent de réaliser des interventions chirurgicales du TT ainsi que d'assister les opérations ayant lieu dans les centre de santé.

Aucune politique d'épilation n'existe au Mali, et bien que se soit une pratique courante, ce n'est pas pris en compte dans les statistiques nationales en matière de TT. Pour le rapport concernant le rayonnement des unités de chirurgie mobiles, un exemplaire du rapport reste dans la zone tandis qu'un second est envoyé au programme National. Toutes les données sont centralisées au niveau national grâce à un système de gestion des données. Au sein du programme, un système de transmission des données par téléphone portable a été expérimenté en 2014 et cette technologie sera étendue aux régions de Mopti et Kayes en 2015. La supervision des interventions chirurgicales était le point faible du programme Malien. Par conséquent, le programme a mis au point un plan de supervision qui met l'accent sur la supervision de toutes les activités à venir en matière de chirurgie, y compris les campagnes de chirurgie.

Antibiothérapie (A)

En 2014, pour les populations d'enfants âgés de 1 à 9 ans, seulement neuf zones ont une prévalence de TF comprise entre 5 % et 9,9 % et seulement 5 zones ont une prévalence comprise entre 10 % et 29,9 %. Pour des questions de sécurité, l'étude d'impact n'a pas pu être réalisée dans cinq zones du nord. Avec la publication par l'OMS d'une nouvelle procédure opératoire normalisée simplifiée, le programme national a commencé à mener des études d'impact dans toutes les zones afin de déterminer la prévalence de TF au niveau des zones et d'apprécier si les MDA étaient justifiées. Pour cette raison, en 2014 le programme national n'a pas distribué de doses d'azithromycine ou de POT via des MDA. Le Centre Carter, cependant, soutien le programme national en distribuant des POT pour chaque patient ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale.

Nettoyage du visage (N)

En 2014, le programme national a offert une éducation sanitaire à 2 843 villages, grâce à l'assistance du Centre Carter, atteignant ainsi 99 % de ses objectifs. Pour promouvoir le nettoyage du visage, le programme a réalisé des panneaux d'affichage, diffusé des messages radio, et constitué des groupes de femmes. Dans les zones de Douentza et Bankass dans la région de Mopti, des enquêtes de prévalence en 2014 ont révélé que respectivement 20 % et 33 % des enfants âgés de 1 à 9 ans avaient le visage propre.

Changement Environnementaux (CE)

Dans le cadre du programme national 9 054 latrines on été construites en 2014, atteignant ainsi 60 % de ses objectifs. Le MdS et ses partenaires ont mis en place des latrines améliorées et promu l'hygiène. Le programme a également formé des maçons pour la construction des latrines. Dans les villes de Bankass et Douentza, les enquêtes de prévalence en 2014 ont révélé que 67,7 % et 83,7 % des ménages avaient des latrines qui étaient utilisées respectivement à 76,4 % et 99,7 %. En 2014, le département national hydraulique a établi des points d'eau et utilisé un système de téléphone portable pour suivre l'utilisation des points d'eau.

Obstacles au développement du programme:

De nombreux obstacles, principalement liés à l'insécurité dans le nord du pays, rendent difficile la réalisation des objectifs en matière d'élimination de la maladie d'ici l'échéance de 2015. D'autres obstacles concernent la

chirurgie du TT : combler le retard pris en chirurgie (20 324 patients) en un an ; s gérer les cas des patients qui refusent la chirurgie et ceux qui doivent subir plusieurs interventions ; mettre en place une supervision à tous les niveaux ; et assurer la qualité des opérations à tous les niveaux. En outre, il y a un manque de coordination entre les acteurs du secteur du WASH ainsi qu'un manque de financement pour le secteur du WASH au Mali. L'année prochaine, le programme plaidera énergiquement aux près des acteurs pour qu'ils investissent dans le secteur du WASH pour résoudre ce problème.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014

Recommandation 1: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

En cours. Les partenaires du WASH ont participé aux réunions nationales pour la lutte contre le trachome et au bilan du programme.

Recommandation 2: Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

Puisque qu'aucune MDA n'a été menée en 2014, cette recommandation n'était pas applicable.

Recommandation 3: Chaque fois que cela est possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les taux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer le taux de TF.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 4: Dans chaque pays le programme devrait envisager d'élaborer des plans détaillés pour augmenter le nombre des interventions chirurgicales du TT et en améliorer la qualité des interventions. Ces plans seront présentés au cours de la prochaine réunion de bilan du programme.

Achevé.

Recommandation 5: Le programme devrait reprendre ses activités dans le Nord si les conditions de sécurité le permettent.

L'insécurité continue d'empêcher certaines activités dans les régions de Gao et Kidal.

Recommandation 6: Organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres.

Achevé. Les représentants du programme pour la lutte contre le trachome du Niger et du Mali ont chacun participé à la réunion de bilan de l'autre pays. Pendant une semaine, au cours de l'été, les responsables du programme malien et leurs partenaires se sont rendus sur le théâtre des opérations au Niger pour observer les interventions de lutte contre le trachome.

Recommandation 7: Les programmes nationaux devraient envisager de renforcer leur système de mobilisation et de sensibilisation au niveau des communautés.

Achevé.

Recommandation 8: Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.

Les responsable du programme ont mis en œuvre une collecte de données mobiles dans la région de Koulikoro et ont prévu de l'étendre au Mopti et au Kayes en 2015.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- Opérer 6 000 patients atteints de trichiasis, dont 2 625 avec le soutien du Centre Carter
- Offrir une formation de perfectionnement à 35 chirurgiens spécialisés en TT
- Certifier 40 chirurgiens spécialisés en TT

En 2015, le programme permettra de former de nouveaux agents de certification et de certifier au moins 40 chirurgiens spécialisés en TT. Pour mobiliser les patients, le programme mènera également une campagne de sensibilisation en faisant du porte-à-porte, en plus de ses méthodes actuelles. Le programme effectuera une étude pilote dans les zones ayant pris le plus de retard. Les équipes quadrilleront toutes les zones pour rencontrer tous les cas de TT : une méthode recommandée par les partenaires au cours du bilan de l'année dernière. Le programme essaiera également de mettre en place un nouveau système de surveillance.

Antibiothérapie (A)

Le programme établira des objectifs en termes de MDA en attendant les résultats de l'étude d'impact réalisée en 2015 au niveau des zones.

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 521 villages, avec le soutien du Centre Carter

En 2015, le programme national poursuivra l'éducation sanitaire dans les villages. Tout en renforçant la supervision des messages radio, le programme permettra également de former et d'offrir une formation de perfectionnement aux radiodiffuseurs afin d'augmenter l'efficacité des messages en matière de propreté du visage.

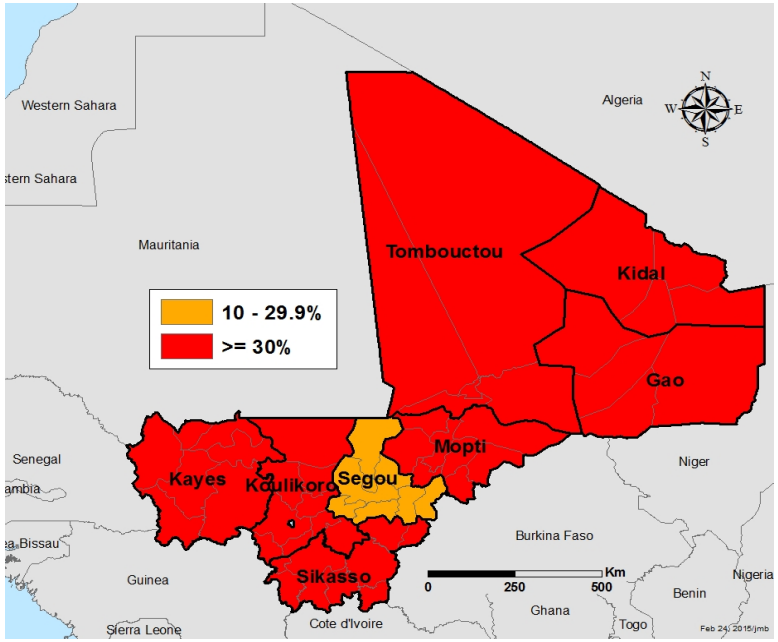
Changement Environnementaux (CE)

- Construction de 12 000 latrines, dont 9 000 avec le soutien du Centre Carter

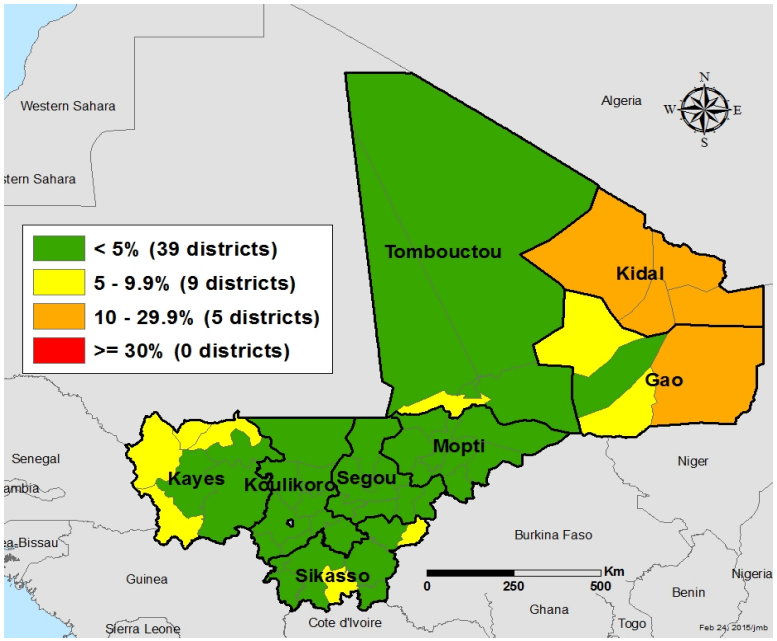
En 2015, le programme interviendra auprès des représentants du gouvernement et des partenaires impliqués dans l'action pour créer des points d'eau dans les zones qui en ont le plus besoin. Aller de l'avant, le programme national devra préconiser aux intervenants d'investir dans le secteur du WASH. Le programme permettra également de doter tous les villages où le TT est endémique, de maçons et d'équipement et de promouvoir la construction de latrines avec un sol en ciment. En outre, le programme permettra de renforcer la collaboration entre les partenaires par le biais de réunions et d'autres événements.

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

1996

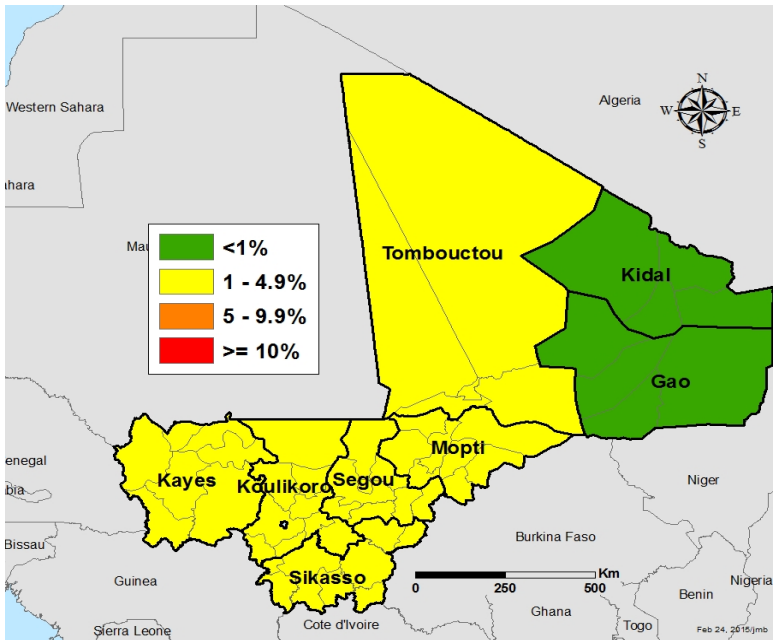


2014

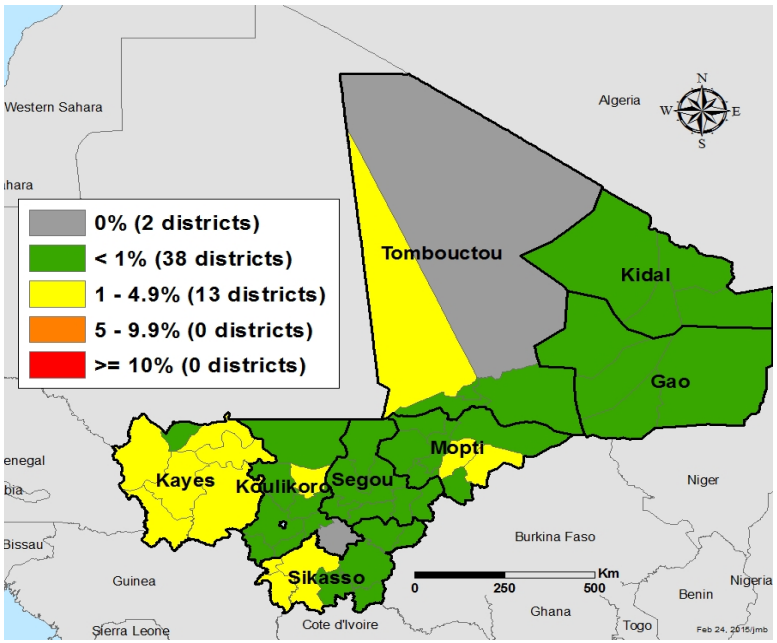


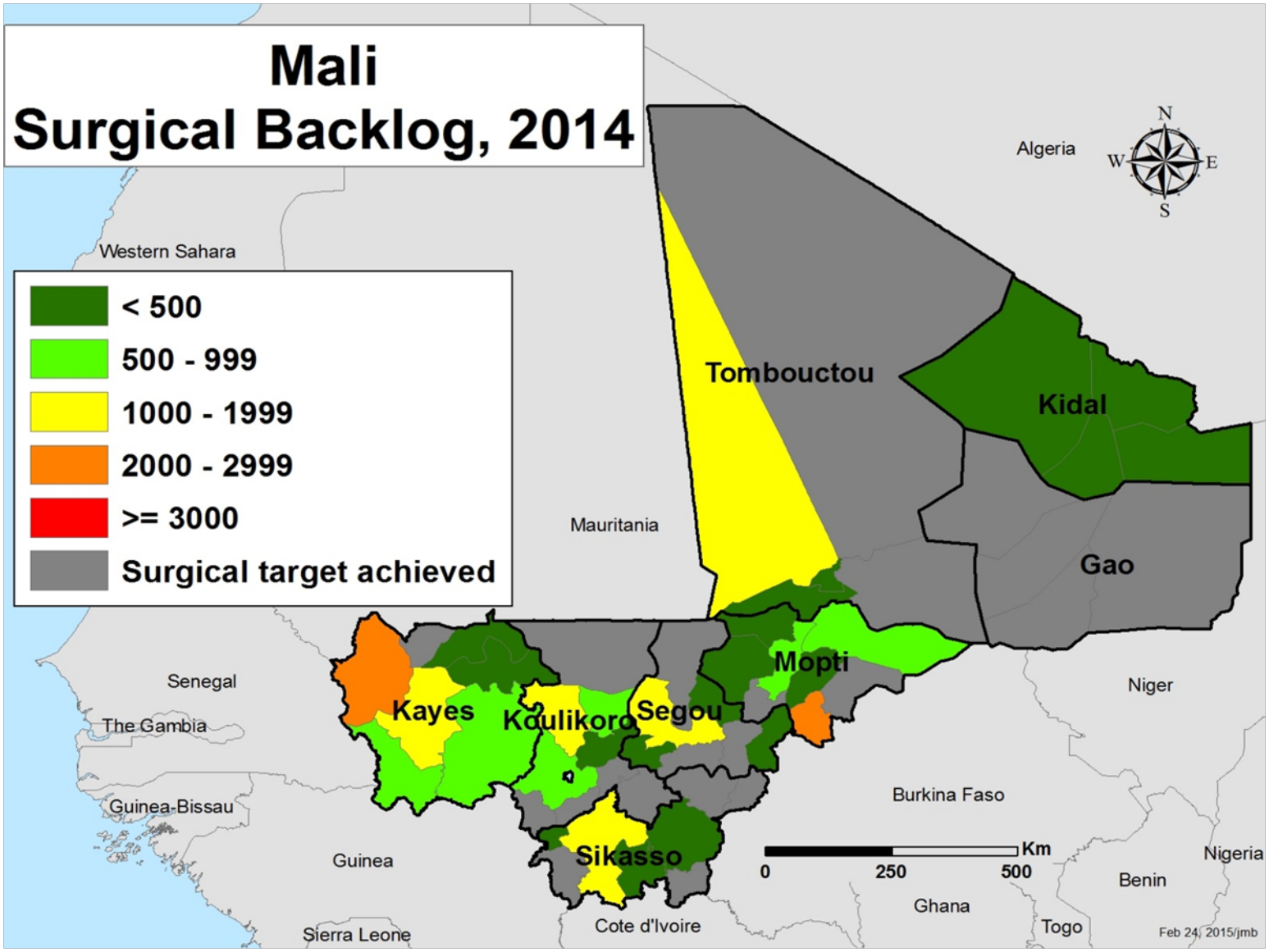
Mali: Prévalence du TT chez les adultes de ≥ 15 ans

1996



2014




Mali
Surgical Backlog, 2014
< 500
500 - 999
1000 - 1999
2000 - 2999
>= 3000
Surgical target achieved
Algeria
Western Sahara
Mauritania
Tombouctou
Kidal
Gao
Mopti
Kayes
Koulikoro
Segou
Sikasso
Senegal
The Gambia
Guinea-Bissau
Guinea
Sierra Leone
Cote d'Ivoire
Ghana
Togo
Benin
Burkina Faso
Niger
Nigeria
N
W
E
S
0
250
500
Km
Feb 24, 2015/jmb

CHANCE au Niger

Présenté par le Dr. Kadri Boubacar, Coordonnateur adjoint du PNSO, Ministère fédéral de la Santé, Niger

Historique

Le PNLC a été établi en 1987 à la suite d'enquêtes nationales faisant état d'une prévalence de cécité de 2,2 % dont un quart dû au trachome. Les enquêtes régionales de référence menées entre 1997 et 1999 ont établi que 44 % des enfants âgés de un à neuf ans présentaient une TF et/ou une inflammation trachomateuse intense (TI) active et que 1,7 % des femmes âgées de plus de 15 ans souffraient d'un trichiasis. En 1999, le PNLC a fondé le groupe de travail national pour le 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 considérée comme 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 revue annuelle au niveau régional. Le programme applique tous les composants de la stratégie CHANCE où cela se justifie.

En 2013 le ministre de la Santé a fait une déclaration rendant hommage au travail effectué par les coordinateurs de la lutte contre trachome du MdS, et par les deux partenaires principaux : le Centre Carter et Helen Keller International (HKI). Ces déclarations ont été faites au cours d'une semaine de campagnes de sensibilisation chirurgicale pour le TT en mars 2013. En 2013, le programme a également changé de nom : le PNLC est devenu le PNSO.

Calendrier des événements

1987: Début du PNLC
1997-1999: Enquêtes de référence menées au niveau régional
2000: Début du soutien au programme par le Centre Carter
2001: Début des enquêtes de référence au niveau des districts
2001: Mise en œuvre de la stratégie CHANCE
2006: Étude d'impact du trachome
2007: Lancement du programme MTN
2010 et 2012: EIT terminée
2013: PNLC devient PNSO
2018: Objectifs mis à jour pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	29 887	15 000	17 745 (118%)	11 000	14 790 (134%)
Nbre de femmes opérées			N/R[5]		8 858 (60%)
Nbre de chirurgiens formés		40	44 (110%)	30	30 (100%)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation			0 (0%)		0 (0%)
Nbre de chirurgiens certifiés		40	40 (100%)	20	20 (100%)
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	4 768 480	4 768 480	N/R	N/A[6]	N/A
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	170 000	170 000	N/R	170 000	N/R
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	634	634	647 (102%)	634	647 (102%)
Nbre de latrines domestiques construites	N/R	15 000	8 107 (54%)	15 000	8 107 (54%)

Chirurgie (CH)

Pour atteindre 118,3% de ses objectifs en 2014, le programme a permis d'opéré 17 795 patients, dont 14 790 ont bénéficiés de l'assistance du Centre Carter. Cette résultats impressionnants ont été possibles en partie par la prise de conscience générée par la deuxième semaine nationale de lutte contre le trachome présidée par le ministre de la Santé et axée sur la lutte contre le trichiasis. Le programme a profité de l'occasion pour distinguer et donner des récompenses aux zones, aux opérateurs et autres agents les plus productifs.

Le programme a également permis de former 44 chirurgiens spécialisés en TT et certifié 40 chirurgiens, atteignant ainsi respectivement 110 et 100% de ses objectifs. Le programme a permis de sensibiliser les patients en parlant à la radio des opérations réussies, et à l'avenir effectuera une campagne de sensibilisation en faisant du porte à porte. Les campagnes de chirurgie ont été la méthode la plus efficace pour entrer en contact avec les patients souffrant de TT.

Antibiothérapie (A)

Un total de 22 zones sur 42 présentent une prévalence de TF inférieure à 5% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. Depuis le bilan du programme de l'an dernier, le programme national a mené à terme les enquêtes dans la région du nord de l'Agadez, montrant que la prévalence en TF est inférieure à 10 % chez les enfants âgés de

[5] N/R = Non rapporté par le programme.

[6] N/A = Non applicable ; le Centre Carter ne soutien pas les MDA au Niger.

un à neuf ans. Le programme a présenté ses résultats en matière de MDA pour 2013 révélant qu'il a permis de distribuer 6 778 185 de doses d'azithromycine, atteignant ainsi 80 % de ses objectifs. La MDA de 2014 a été retardée et a commencé en janvier 2015. Les résultats n'ont pas encore été rapportés. La formation pour les MDA dans le cadre de la lutte contre le trachome a été intégrée aux formations de cinq autres MTN. La supervision et la formation en matière de MDA ont été effectuées grâce à une méthode en cascade partant du centre puis se répandant vers les régions, les zones, pour finalement atteindre les communautés. La campagne de sensibilisation radiophonique aux MDA n'a duré qu'un mois, durée estimée comme étant suffisante par le programme. Les zones ont tenu une réunion annuelle pour lancer la campagne de MDA pour promouvoir la sensibilisation. Les agents de santé et les distributeurs implantés au sein des communautés ont mené une campagne de sensibilisation et ont employé des crieurs publics.

Une indemnité journalière est donnée aux superviseurs à chaque niveau pour qu'ils se rendent sur place ; ces indemnisations reflètent rarement la réalité quant au temps passé pour superviser les activités. Le superviseur inspecte la formation, l'administration des médicaments, et les autres activités. Les distributeurs au niveau communautaires ont noté le nombre de doses distribuées sur une feuille de contrôle spécifique à chaque maladie. Ces rapports manquent parfois de précisions dû au faible niveau d'instruction des distributeurs locaux.

Nettoyage du visage (N)

En 2014, 647 villages ont bénéficiés, grâce à l'assistance du Centre Carter, d'une éducation sanitaire, atteignant ainsi 102,1% des objectifs. Les militants en faveur de l'hygiène publique et leurs partenaires ont développé des outils pour promouvoir le nettoyage du visage et l'assainissement par le biais d'affiches, de cassettes audio, d'interview radio, et de panneaux d'affichages. Les agents de santé communautaires, les chefs religieux, les enseignants et les maçons utilisent ces outils pour éduquer la population.

Changement Environnementaux (CE)

Le programme a permis de construire 8 107 latrines grâce à l'assistance du Centre Carter, atteignant ainsi 54 % de ses objectifs. Il est cependant difficile d'en connaître le nombre exact, étant donné que les activités sur le terrain des différents partenaires n'étaient ni coordonnées ni chiffrées. Le nombre de latrines restant à construire pour atteindre l'UIG n'a pas encore été calculé. Le ministère de l'eau et de l'assainissement a mis en place une politique de l'eau, établissant qu'il devrait y avoir un point d'eau pour 250 habitants.

Obstacles au développement du programme:

Les obstacles que doit surmonter le programme proviennent du manque de coordination des informations et d'harmonisation des interventions avec les autres secteurs du WASH, particulièrement en matière d'approvisionnement du matériel pour la construction des latrines. Il en découle des retards, notamment un retard de trois mois dû au calendrier des périodes de financement de l'approvisionnement. Le programme a identifié des besoins plus importants en matière de financement, de logistique, et de matériel pour les activités du programme. Le programme doit aussi faire face à un afflux de réfugiés dû à la crise dans le nord du Nigéria. Cet afflux a presque doublé la population de la région du Diffa, ce qui a un impact sur les retard en termes d'interventions chirurgicale pour le TT, et qui a pour conséquence une prévalence élevée du trachome. En conséquence, le programme va effectuer les interventions réalisables et gérera les cas de TT dans les camps de réfugiés.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014:

Recommandation 1: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

La coordination entre les secteurs et entre les partenaires reste un problème pour le programme. Le programme poursuivra ses efforts pour renforcer cette collaboration.

Recommandation 2: Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 3: Chaque fois que cela est possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les taux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer le taux de TF.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 4: Cartographie d'Agadez avant la saison des pluies si les conditions de sécurité le permettent.

Achevé.

Recommandations 5 et 6: Organisation d'une réunion entre le Mali et le Niger pour discuter de la mise en place une surveillance post-endémique ainsi que des stratégies leur permettant de parvenir à l'élimination en 2015. Organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres.

Achevé. Les représentants du programme pour la lutte contre le trachome du Niger et du Mali ont chacun participé à la réunion de bilan de l'autre pays. Pendant une semaine, au cours de l'été, les représentants du programme pour la lutte contre le trachome au Mali et au Burkina Faso ainsi que leurs partenaires se sont rendus sur le terrain au Niger.

Recommandation 7: Dans chaque pays le programme devrait envisager d'élaborer des plans détaillés pour augmenter le nombre des interventions chirurgicales du TT et en améliorer la qualité des interventions. Ces plans seront présentés au cours de la prochaine réunion de bilan du programme.

Achevé. L'organisation des hôpitaux de campagne et des hôpitaux pendant la saison des pluies a été un succès en 2014.

Recommandation 8: Les programmes nationaux devraient envisager de renforcer leur système de mobilisation et de sensibilisation au niveau des communautés.

Achevé. Les questions d'intérêt public ont été prises en charge par les villages et les hôpitaux de campagne afin d'augmenter la mobilisation pour la chirurgie du TT. Le MdS a demandé de l'aide pour renforcer la mobilisation sociale et détecter les cas.

Recommandation 9: Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 000 patients, dont 12 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former 60 chirurgiens, dont 40 avec le soutien du Centre Carter
- Former 70 chirurgiens, dont 50 avec le soutien du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 3 349 749 doses d'azithromycine
- Distribution de 150 000 doses de tétracycline avec le soutien du Centre Carter

En 2015, le programme national procédera à MDA en Novembre et Décembre.

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 634 villages, avec le soutien du Centre Carter

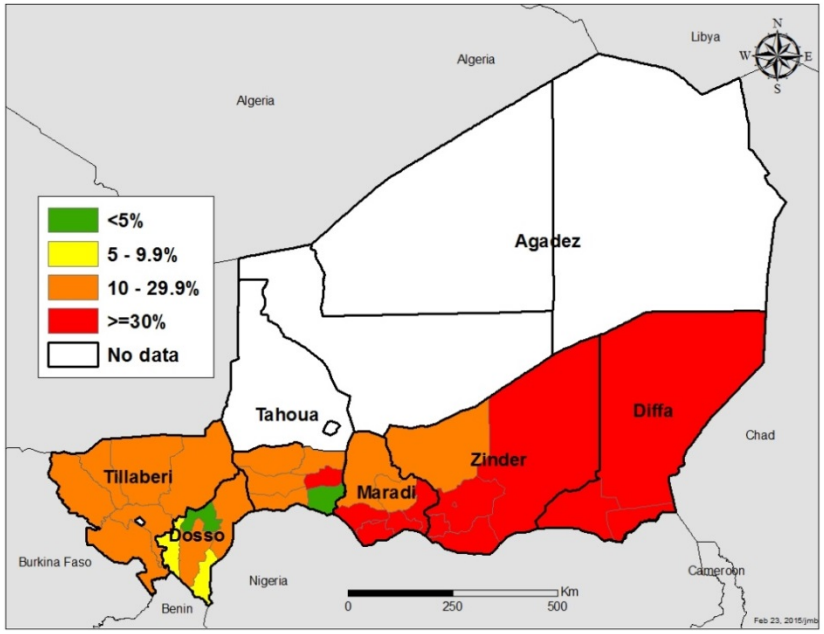
Une réunion rassemblera les responsables du programme, les leaders des villages ainsi que les chefs de district. La diffusion des messages en matière de nettoyage du visage, à l'école est au point mort. Par conséquent, les responsables du programme souhaitent viser les conseillers pédagogiques qui forment les enseignants, pour qu'ils forment un enseignant par école afin qu'il puise faire passer les messages concernant le nettoyage du visage et inclure une formation sur le nettoyage du visage dans le cursus des enseignants.

Changement Environnementaux (CE)

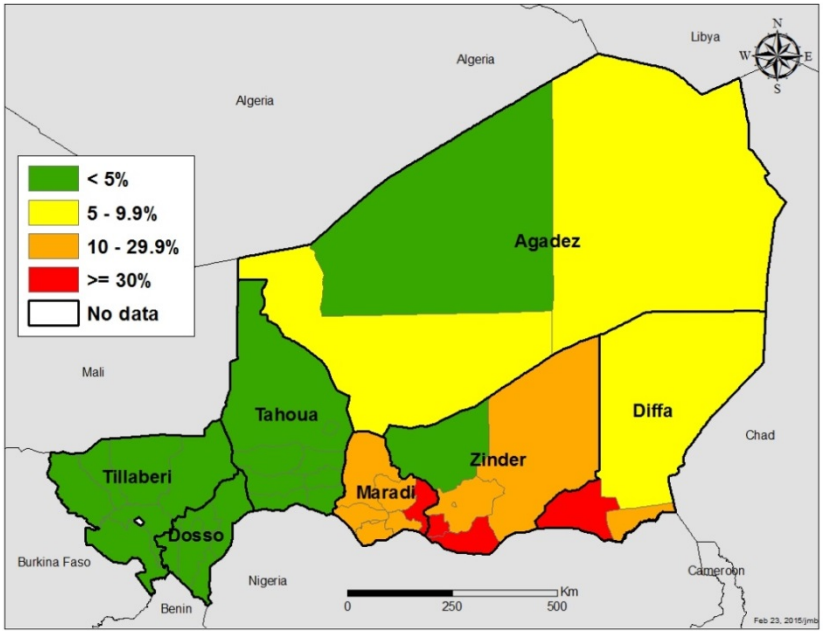
- Construction de 10 000 latrines, toutes avec le soutien du Centre Carter

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

2000-2007

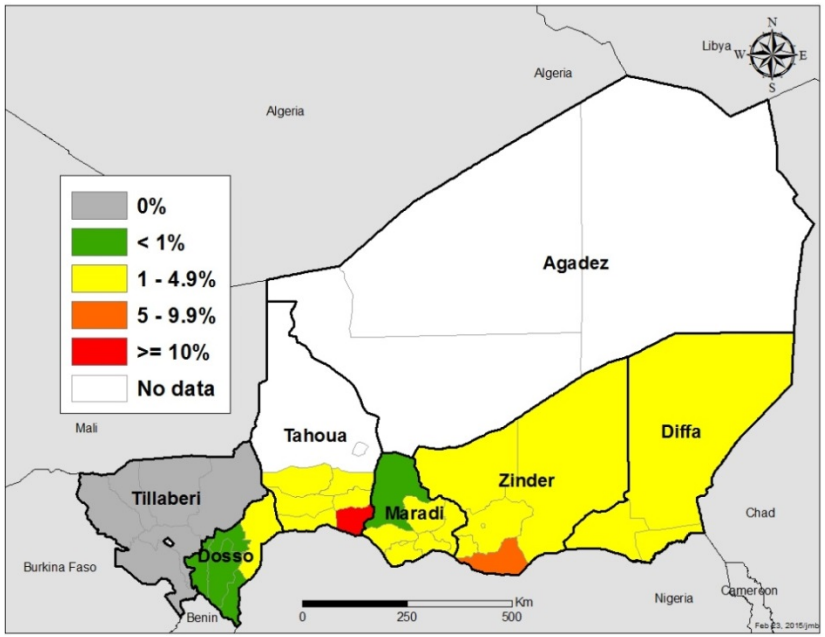


2014

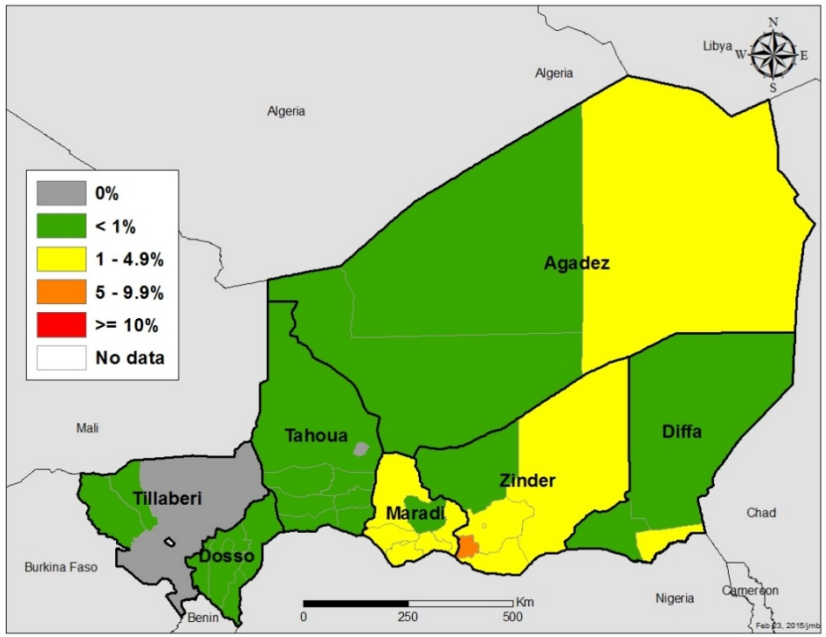


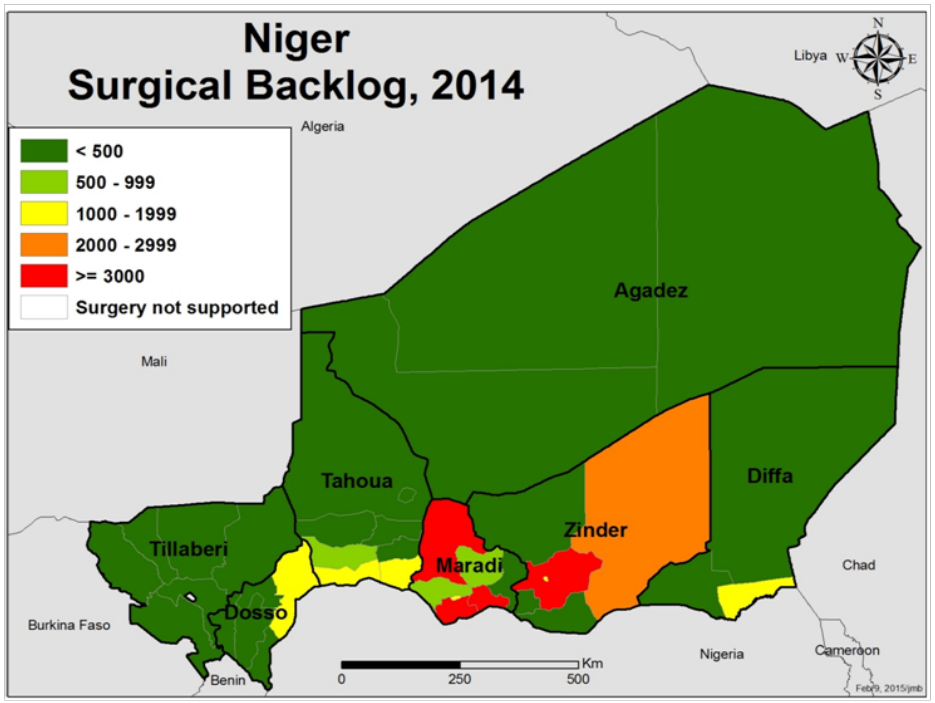
Niger: Prévalence du TT chez les adultes de ≥ 15 ans

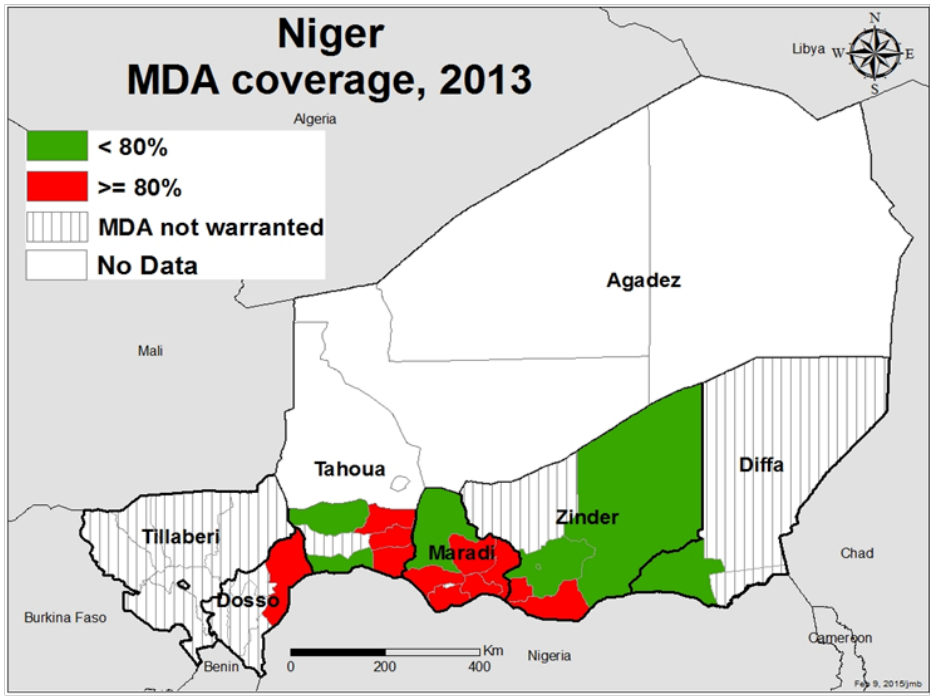
2000-2007

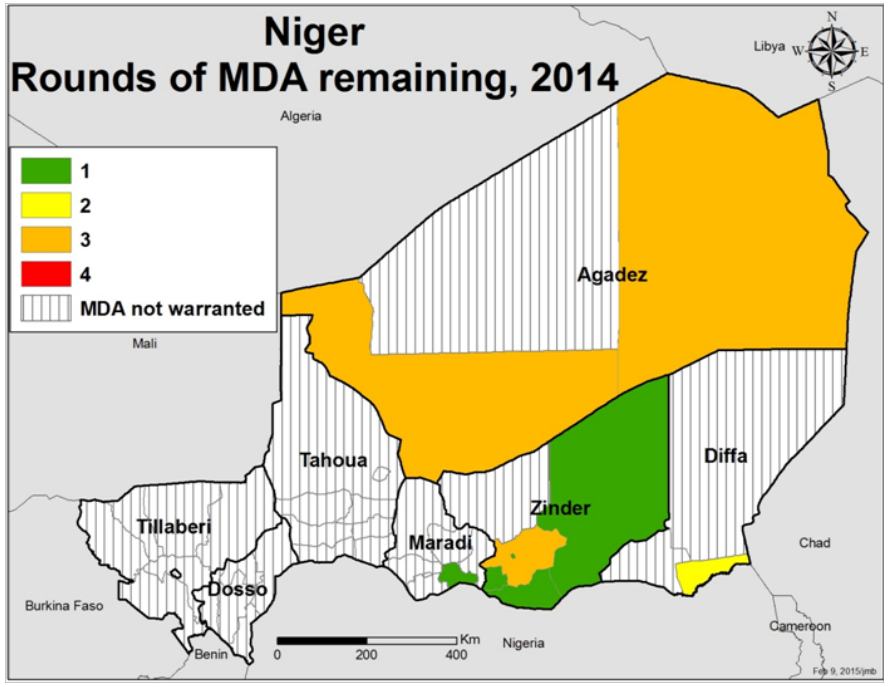


2014




Niger
Surgical Backlog, 2014
< 500
500 - 999
1000 - 1999
2000 - 2999
>= 3000
Surgery not supported
Libya
Algeria
Mali
Agadez
Tahoua
Diffa
Zinder
Maradi
Tillaberi
Dosso
Burkina Faso
Benin
Nigeria
Chad
Cameroon
0
250
500
Km


Niger
MDA coverage, 2013
< 80%
>= 80%
MDA not warranted
No Data
Libya
Algeria
Mali
Agadez
Tahoua
Diffa
Zinder
Maradi
Tillaberi
Dosso
Burkina Faso
Benin
Nigeria
Chad
Cameroon
0
200
400
Km


Niger
Rounds of MDA remaining, 2014
1
2
3
4
MDA not warranted
Libya
Algeria
Mali
Agadez
Tahoua
Diffa
Zinder
Maradi
Tillaberi
Dosso
Burkina Faso
Benin
Nigeria
Chad
Cameroon
0
200
400
Km

CHANCE au Nigéria

Présenté par le Dr. Falam J. Nimzing, agent du programme contre le trachome, le Centre Carter Nigéria
M Nicholas Olobio, gestionnaire des données, du programme national de lutte contre le trachome, ministère fédéral de la Santé, Nigéria

Historique

L'enquête nigériane sur la cécité et la diminution de la vision de 2005-2007 a noté que la prévalence globale de cécité au Nigéria était de 0,78% et que la prévalence variait selon les différentes zones géopolitiques du pays (de : 2,8 à 6,1%). L'enquête a identifié la cataracte comme étant la principale cause de cécité évitable au Nigéria, suivie du trachome. Le trachome est l'une des principales priorités sanitaires du pays et fait partie de la division des MTN du MFdS.

Bien que les soins oculaires soient prodigués au Nigéria depuis 1991 dans le cadre du programme national de prévention de la cécité (NPPB), le programme national de lutte contre le trachome a été lancé en 2001 afin de se focaliser davantage sur les activités de lutte contre le trachome. Des réunions de coordination se tiennent régulièrement entre le gouvernement et les partenaires impliqués dans la lutte contre le trachome. Avec le soutien d'ENVISION, un projet financé par l'agence américaine pour le développement international (USAID), et mis en œuvre par RTI International, la réunion pour le développement d'un TAP s'est tenue à Abuja du 24 au 28 juin 2013. Le TAP nigérian énumère les détails de l'exécution de la stratégie CHANCE au Nigéria dans le but d'éliminer le trachome cécitant d'ici 2018.

En 2013 le GTMP et ENVISION ont soutenu les enquêtes domestiques visant à obtenir de nouvelles données et à mettre à jour les chiffres précédents concernant le trachome cécitant actif et l'accès à l'assainissement et à l'eau potable. En 2014 le GTMP a achevé la cartographie de toutes les collectivités locales (CL) du pays dans lesquelles le trachome est suspecté d'être endémique, y compris les zones dangereuses. Le Centre Carter a aidé à cartographier cinq états dans le sud-ouest. À ce jour, seuls les états d'Adamawa et de Borno restent à cartographier, avec l'assistance d'autres partenaires. Le Centre Carter a apporté son aide pour les interventions contre le trachome au Nigéria, dans les seuls états du Plateau et du Nasarawa.

Calendrier des événements

1991: Lancement du NPPB
2000-2014: Cartographie de référence
2001: Début du programme national de lutte contre le trachome et formation du Groupe de travail pour le trachome
2003: Début du programme de lutte contre le trachome assisté par le Centre Carter au Nigéria
2005-2007: Enquête nationale sur la cécité
2010: Lancement officiel de MDA pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® donné par Pfizer
2013: Établissement du TAP
2014: Programmation d'évaluations d'impact dans les états du Plateau et de Nasarawa
2018: Date cible pour l'élimination du trachome cécitant (dans les zones cartographiées)

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	294 821	40 700	7 905 (19%)	N/A[7]	N/A
Nbre de femmes opérées		19 188	3 680 (19%)	N/A	N/A
Nbre de chirurgiens formés		12	7 (58%)	N/A	N/A
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation		N/A	N/A	N/A	N/A
Nbre de chirurgiens certifiés		12	7 (58%)	N/A	N/A
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	5 313 511	5 313 511	4 595 528 (86%)	N/A	N/A
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	N/R	106 270	93 648 (88%)	N/A	N/A
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	1 404 378	12 100	7 755 (64%)	855	855 (100%)
Nbre de latrines domestiques construites	587 038	450	130 (29%)	N/A	N/A

Chirurgie (CH)

En 2014 le programme national a permis d'opérer 7 905 patients ce qui représente 19% de ses objectifs. En formant et certifiant sept chirurgiens spécialisés en TT, le programme a atteint 58% de ses objectifs pour 2014. La certification et la formation des chirurgiens varient dans chaque état, car il n'existe pas de programme national. La formation est basée sur le manuel de chirurgie de l'OMS et dure deux semaines. De plus, les formations ont lieu dans les localités ou la prévalence de TT est élevée. Les stagiaires s'exercent sur des mannequins avant de pratiquer une opération sur de vrais patients. Ils réalisent un minimum de 20 interventions chirurgicales avant d'obtenir la certification. Le centre national d'ophtalmologie de Kaduna en collaboration avec le programme national de soins oculaires, certifie les chirurgiens.

Pour sensibiliser les patients, le programme passe par les distributeurs de médicaments implantés au sein des communautés, les agents chargés de détecter les cas, les dépistages des troubles visuels, et un système qui permet d'adresser un patient à un médecin ou chirurgien. Lorsque suffisamment de cas ont été détectés, ils sont rapportés à une infirmière ophtalmique ou un chirurgien spécialisé en TT qui se rend dans la communauté, confirme les cas et réalise les opérations. Pour sensibiliser et détecter les cas, le programme organise également des journées du marketing. Les interventions sont réalisées pendant les campagnes de sensibilisation, et les patients passe la nuit à l'hôpital pour pouvoir retirer le pansement le lendemain de l'opération, ou bien sont autorisés à rentrer chez eux s'ils habitent à proximité. Le suivi pour le retrait des

[7] N/A = Non applicable. Le Centre Carter ne supporte que les interventions N au Nigéria.

points de sutures à lieu 10 jours après l'intervention. Tandis que les patients sont toujours encouragés à se faire opérer, les patients refusant l'opération sont encouragés à se faire épiler. Les chirurgiens expérimentés, spécialisés en TT, supervisent les autres chirurgiens, vérifiant la qualité, le nombre et l'environnement des interventions chirurgicales. Afin de rattraper le retard qui est estimé à 213 201 cas avant la date butoir de 2018 pour l'élimination du TT, les représentants du programme national, des partenaires, et de l'OMS ont mis en place un budget et un plan de quatre ans.

Antibiothérapie (A)

En 2014 le programme national a permis de distribuer 4 595 528 doses d'azithromycine, atteignant ainsi 86 % de ses objectifs. Le programme national a permis de dispenser une formation complète de deux jours en matière de MDA qui a couvre la majorité des sujets notamment les stratégies de l'OMS en matière de CHANCE, de distribution de médicaments, de rapport et de sensibilisation. Dans certaines zones, le programme national a intégré la formation relative au MDA pour le trachome aux autres formations concernant les MDA des MTN. Afin d'améliorer la sensibilisation des communautés, le programme a utilisé des affiches et des brochures. Les stations de radio ont également diffusés des jingles en dialectes locaux pour promulguer les bénéfices des MDA et informer la population de leur date. Les représentants du programme continuent de rencontrer les leaders des communautés, les chefs religieux et les enseignants, afin d'augmenter la sensibilisation.

La supervision des MDA se divise en trois parties. La supervision pre-MDA se passe pendant la formation. Au cours de la MDA, la supervision intra MDA s'assure de la bonne éducation sanitaire, du bon dosage des médicaments et constate directement l'observance des traitements. En plus de procéder à des contrôles sur place et à des enquêtes de couverture, la post-MDA s'assure que les rapports sont faits en temps et en heure, ainsi que de l'élimination adéquate des containers. Les MDA au Nigéria rapportent les flux des communautés aux infrastructures sanitaires de première ligne, aux CL, aux états, aux zones, puis aux partenaires et aux MFdS.

Nettoyage du visage (N)

En 2014, le programme a offert une éducation sanitaire à 7 755 villages, grâce à l'assistance du Centre Carter, atteignant ainsi 64% de sa cible. Le Centre Carter a apporté son soutien pour atteindre 855 de ces villages. Le programme national a élaboré un programme institutionnel pour pérenniser les progrès déjà faits en termes d'objectifs d'élimination dans les états du Nasarawa et du Plateau. Afin de mettre en place ce programme, le Nigéria tient des ateliers pour deux enseignants de chaque école des états du Nasarawa et du Plateau où a eu lieu cette intervention. Le programme national fournit les documents d'éducation sanitaire pour aider les enseignants. En plus de dispenser une éducation sanitaire dans les lieux de cultes, sur les places des marchés, dans les cérémonies, et dans les cliniques, le programme national a aussi diffusé des jingles radio et des présentations télévisées.

Changement Environnementaux (CE)

Le programme a permis de construire 130 latrines, atteignant ainsi 29% de ses objectifs. Jusqu'en 2009, le Centre Carter a assisté tous les programmes nationaux de construction de latrines. À l'exception d'un partenaire, aucun programme soutenant la construction de latrines n'a eu lieu au Nigéria en 2014. Le programme national de santé à l'école pour la lutte contre le trachome comprenait une éducation portant sur les pratiques d'assainissement et d'hygiène, et sur l'utilisation de matériel tel que les affiches, les posters, et les

panneaux d'affichages pour diffuser ces messages. Au cours de l'année passée, le programme national a fourni des containers en plastique pour l'eau pour chaque salle de classe ainsi que des puits et des forages pour les écoles et les habitations. Les agents de l'assainissement, les annonceurs publics, et les équipes locales d'intégration des services de santé ont aidé à promouvoir l'assainissement et l'hygiène. Le programme national a encouragé les communautés à creuser des puits, à réhabiliter les points d'eau, et à récolter l'eau de pluie. Le gouvernement au niveau de l'état, des CL et des communautés ont collaboré avec WASH pour promouvoir l'accès à l'eau.

Obstacles au développement du programme:

Les intérêts politiques et le manque de rapports effectués par les partenaires ont contribué à des liens faibles et à une mauvaise collaboration pour les composants N et CE dans la stratégie CHANCE. Le faible niveau d'engagement des partenaires et du gouvernement nigérian pour les activités N et CE posent de réels soucis pour l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement. Des questions de sécurité empêchent les interventions pour la lutte contre le trachome dans certaines parties du pays. Pour cette raison, les états de l'Adamawa et du Borno restent non cartographiés. L'incapacité du gouvernement et des partenaires à faire des progrès significatifs pour rattraper les retards pris en matière de chirurgie a aussi été un problème, l'année passée. Le programme national a maintenant développé un plan de quatre ans, qui devrait commencer en 2015, visant à rattraper les retards.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014:

Recommandation 1: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

Non achevé.

Recommandation 2: Tous les pays devraient s'attaquer conjointement aux questions transfrontalières pour faire en sorte que les populations concernées, et particulièrement les personnes déplacées, reçoivent les MDA et autres interventions pour le trachome là où ce sera nécessaire.

Non achevé.

Recommandation 3: Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

En décembre 2014, une enquête de couverture des MDA a été menée par Sightsavers au Zamfara, les résultats ne sont pas encore disponibles.

Recommandation 4: Tous les pays devraient pousser leurs délégués de l'Assemblée mondiale de la Santé a soulevé la question des critères utilisés pour la vérification de l'élimination du trachome cécitant, qui est considéré comme un problème de santé publique.

Un protocole de surveillance post-endémie, qui doit être affiné, a été rédigé au cours de l'atelier sur la planification stratégique de la lutte contre le trachome.

Recommandation 5: Dans chaque pays le programme devrait envisager d'élaborer des plans détaillés pour augmenter le nombre des interventions chirurgicales du TT et en améliorer la qualité des interventions. Ces plans seront présentés au cours de la prochaine réunion de bilan du programme.

Achevé. En décembre dernier, les représentants du programme national, des partenaires et de l'OMS ont mis au point un plan pour rattraper les retards restant en matière de TT pour 2018.

Recommandation 6: Tous les pays devraient organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres.

Non achevé.

Recommandation 7: Les programmes nationaux devraient envisager de renforcer leur système de mobilisation et de sensibilisation au niveau des communautés.

En cours.

Recommandation 8: Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.

En cours.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- Opérer 9 465 patients atteints de trichiasis
- Former et certifier 235 chirurgiens
- Offrir une formation de perfectionnement à 30 chirurgiens spécialisés en TT

Afin d'atteindre l'UIG en matière d'interventions chirurgicales à l'horizon 2018 (date butoir du plan d'élimination du TT), le Nigéria normalisera le cursus de formation pour s'assurer que tous les chirurgiens spécialisés en TT ont atteint un niveau acceptable de compétence chirurgicale. Selon de plan de travail établi pour rattraper le retard en matière d'interventions chirurgicales du TT d'ici 2018, l'objectif de 9 465 patients opérés s'ajoutent aux 31 980 interventions prévues par le plan et qui doivent être réalisées d'ici 2015.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 8 675 865 doses d'azithromycine
- Distribution de 173 517 doses de tétracycline

En 2015, le programme poursuivra ses activités actuelles pour la sensibilisation en matière de MDA. Le programme national a permis de déployer des fonctionnaires dépendants du ministère fédéral dans des bureaux de zone, ou ils aideront à collecter des données auprès des états et à les transmettre au niveau fédéral. Le programme introduira également un formulaire intégré relatif aux MTN, développé grâce à RTI International. Les objectifs en matière de distribution d'azithromycine correspondent aux UIG pour les MDA ce qui nécessite de revoir les objectifs en matière de MDA pour 2015. Le MdS collaborera avec les autres partenaires pour revoir et développer de nouvelles directives en matière de surveillance post-endémie dans le TAP.

Nettoyage du visage (N)

- 13 000 villages ont reçu une éducation sanitaire

Le programme national poursuivra ses activités en matière d'éducation sanitaire à partir de 2014. Tout en travaillant sur le problème du niveau d'engagement du gouvernement pour les composants N et CE, le programme travaillera également à la consolidation des liens entre les différents secteurs pour le N et les CE. Le programme identifiera également des soutiens supplémentaires de la part des partenaires et des donneurs pour le N et les CE et mettra en place un système de gestion et de collecte des données plus performant.

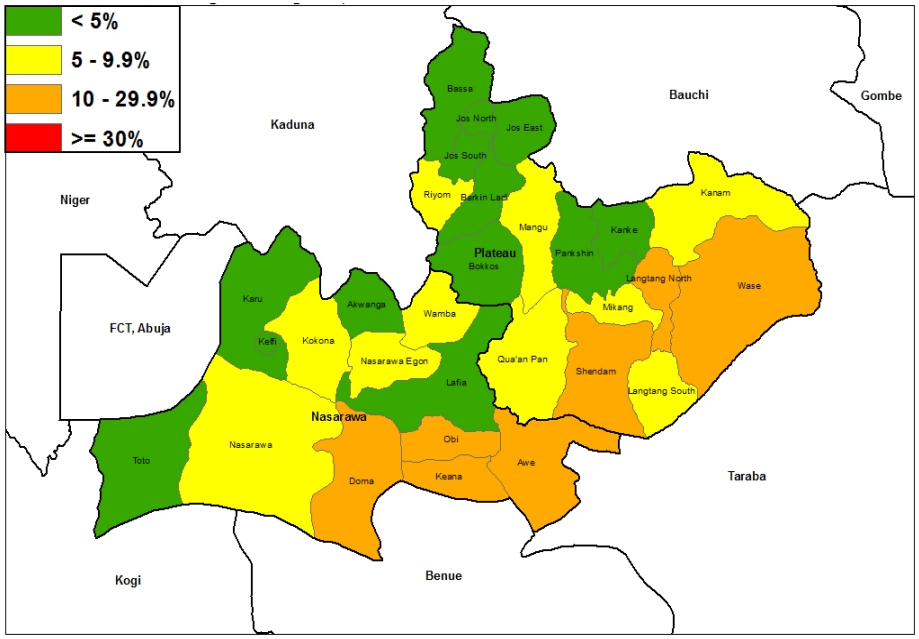
Changement Environnementaux (CE)

- Construction de 300 nouvelles latrines

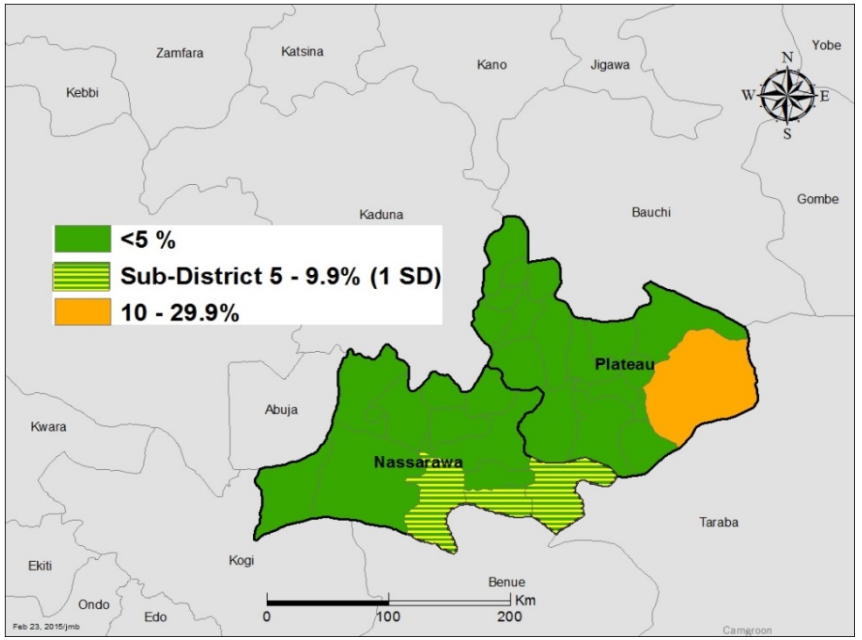
Le programme renforcera le programme concernant les tribunaux chargés de juger les infractions aux lois sanitaires afin d'augmenter l'utilisation des latrines. En plus de mettre en place des inspections régulières en matière d'assainissement par les agents d'hygiène, le programme introduira un système sponsorisé par les autorités locales récompensant les villages et les sanitaires les plus propres.

Nigéria (Plateau et Nasarawa): Prévalence de la TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans

2007

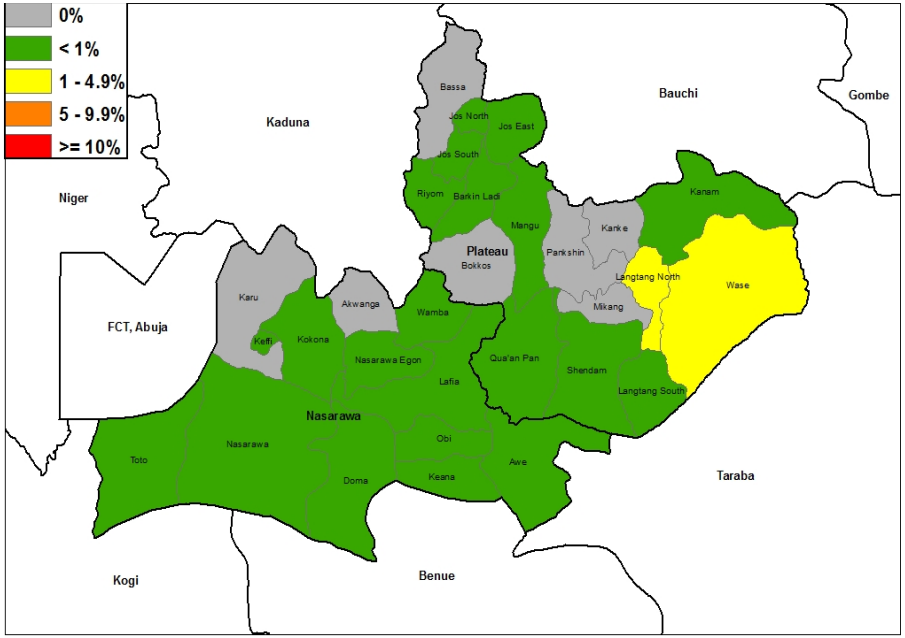


2014

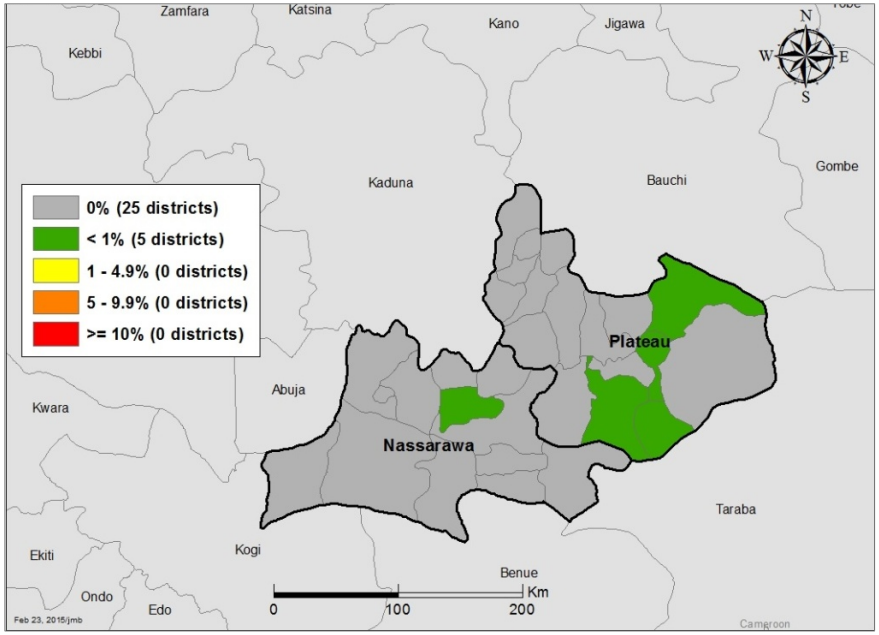


Nigéria (Plateau et Nasarawa): Prévalence du TT chez les adultes de ≥ 15 ans

2007



2014



CHANCE au Soudan du Sud

Présenté par le Dr. Ali Ngor, directeur des services du département des soins oculaires, ministère fédérale de la santé, Sud Soudan

Historique

Les enquêtes de prévalence effectuées entre 2001 et 2006 ont fait état d'une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire atteignant 77,2% chez les enfants âgés de un à neuf ans et une prévalence de trichiasis trachomateux atteignant 15,1 % chez les adultes âgés de 15 ans et plus, dans certaines zones de la région du Grand Nil Supérieur. Malgré cette forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement une priorité principale pour le gouvernement. Le programme pour le trachome faisait partie précédemment des services du Département des soins oculaires. À la fin 2013 il a été attaché au département des MTN. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de ressources. Dans les districts bénéficiant d'interventions CHANCE, la plupart des activités sont limitées aux composants CH et A. Le TAP a été achevé en 2012.

Le programme avait initialement prévu de mener des études de référence dans cinq états du Sud Soudan dans le cadre du GTMP et des enquêtes d'impact dans huit zones bénéficiant de l'assistance du Centre Carter ; des combats ayant eu lieu la majeur partie de l'année 2014 ont cependant empêché de réaliser les enquêtes. Pour des questions de sécurité, le Centre Carter a suspendue 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 zones où le programme de lutte contre le trachome était actif. Le Centre Carter a repris les activités en septembre 2014.

Calendrier des événements

1999-2010: Cartographie de référence
2001: Début des activités de lutte contre le trachome
2005: Signature de l'accord de Paix global
2007: Établissement du programme de lutte contre le trachome par le ministère de la Santé du Sud Soudan
2008: Établissement du Groupe de travail pour le trachome
2011: Le Sud Soudan accède à l'indépendance
2012: Finalisation du TAP
2013-2014: Les combats dans certaines parties du pays entrainent le déplacement des populations
2020: Objectif pour l'élimination

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	121 062 (28 et 79 zones)	Aucun objectif défini pour 2014	453	Aucun objectif défini pour 2014	213
Nbre de femmes opérées			354		191
Nbre de chirurgiens formés		Aucun objectif défini pour 2014		Aucun objectif défini pour 2014	
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation					
Nbre de chirurgiens certifiés					
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	N/A[8]	N/A	N/A	N/A	N/A
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nbre de latrines domestiques construites	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Chirurgie (CH)

L'année passée, le programme a réalisé 453 interventions chirurgicales de TT, dont 213 avec l'assistance du Centre Carter. Tandis que les retards sont estimés à 51 418 cas dans les 28 zones cartographiées, le retard national devrait augmenter une fois que les enquêtes de référence seront terminées. Le programme n'a formé ni certifié aucun chirurgien en 2014. Les techniques chirurgicales du TT sont incorporées dans la formation des praticiens cliniques ophtalmiques (PCO). Lorsque cela est possible, les étudiants PCO travaillent en partenariat avec des associations afin d'acquérir une expérience pratique. Pour aller de l'avant, le département des soins oculaires mènera la planification de la formation et de la certification des chirurgiens.

Antibiothérapie (A)

23 des 28 zones cartographiées ont une prévalence de TF de 10% ou plus parmi les enfants âgés de un à neuf ans ; une zone présente une prévalence de TF comprise entre 5% et 9,9% et quatre zones ne présentaient pas d'endémie (TF inférieure à 5%). Aucune MDA n'a été menée en 2014 pour des questions de sécurité.

[8] Pour des raison de sécurité, toutes les activités ont été suspendues en décembre 2013. Le programme a repris en septembre 2014 mais seulement pour les activités e chirurgie.

Nettoyage du visage (N)

Le département de l'éducation et de la sensibilisation sanitaire fournis le matériel pédagogique pour les programmes sanitaires, notamment ceux relatifs aux soins ophtalmiques et au trachome. Les partenaires soutiennent également le nettoyage du visage via une éducation sanitaire dans les écoles et une distribution de matériel pédagogique tel que des shows télévisés et des panneaux d'affichages. Le MdS a conduit des interventions au sein des communautés afin de dispenser une éducation sanitaire en matière d'assainissement et d'hygiène.

Changement Environnementaux (CE)

L'éducation sanitaire sur l'importance de l'assainissement et l'hygiène s'effectue à tous les niveaux du MdS. Le programme n'a pas encore communiqué le nombre de latrines qui ont été construites en 2014 dans les zones d'endémie de trachome.

Obstacles au développement du programme:

Le Sud Soudan doit surmonter de nombreux obstacles. Le premier et le plus important est l'insécurité qui empêche les partenaires opérationnels de se rendre dans certaines parties du pays, particulièrement dans les états du Jonglei et du Nil Supérieur. La violence récente a provoqué un déplacement massif de populations dont un pourcentage important vivait dans des zones ou l'endémie de trachome était très élevée. De nombreuses personnes parmi ces populations ont été déplacées dans d'autres parties du Sud Soudan ou sont devenues des réfugiés dans les pays voisins. En plus d'une pénurie de personnels gouvernementaux affectés aux activités relatives au trachome et une mauvaise coordination avec les secteurs du WASH, les financements du MdS pour la formation, les MDA, et les hôpitaux de campagne sont insuffisants. Le nombre de chirurgiens du TT est limité dans le pays et il manque des trousses chirurgicales pour les chirurgiens qui savent pratiquer les opérations et sont affectés dans un hôpital ou clinique gouvernementale. Le manque d'infrastructures continue de freiner l'accès aux zones reculées.

A l'heure actuelle il n'existe aucun système de collecte des données ou de système d'archivage des activités passées. Les données de référence limitées et le changement des noms des districts ainsi que des limites depuis l'indépendance du Sud Soudan en 2011 font qu'il est difficile de mesurer les progrès comparés aux enquêtes précédentes. De plus il est difficile de mesurer les progrès du programme en vue d'atteindre ses UIG puisque les partenaires opérationnels travaillent souvent dans des districts où les enquêtes de référence n'ont pas été achevées. De plus, le manque de flux d'informations, surtout concernant les données en matière de chirurgies du TT, entre les secteurs bénévoles et ceux du MdS empêche d'avoir des comptes précis.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014:

Recommandation 1: Les partenaires devraient se réunir pour discuter de la faisabilité d'un travail commun afin d'assurer une formation aux chirurgiens spécialisés en TT vivant actuellement à Juba et dans les pays limitrophes du Sud Soudan, pour faire en sorte que suffisamment de chirurgiens soient formés et capables d'offrir des services de qualité lorsque les interventions reprendront.

Non achevé pour des questions de sécurité. Les partenaires se sont engagés à de futures collaborations, et le Centre Carter offre la possibilité, pour les nouveaux chirurgiens, de mettre en pratiques leurs compétences fraîchement acquises dans les hôpitaux de campagne.

Recommandation 2: Les partenaires devraient apporter leur soutien au programme national pour parvenir à une bonne coordination des activités pour la lutte contre le trachome.

Non achevé pour des questions de sécurité. Les réunions des groupes de travail sur le trachome ont repris et un calendrier de rencontres trimestrielles a été mis en place. Les partenaires retournent dans le pays, et prennent part activement aux réunions des groupes de travail, où chaque partenaire présente les résultats par rapport aux objectifs nationaux. Ces forums sont importants pour la mise en place de collaboration entre les différents partenaires.

Recommandation 3: Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.

Non achevé pour des questions de sécurité.

Recommandation 4: Dans chaque pays le programme devrait envisager d'élaborer des plans détaillés pour augmenter le nombre des interventions chirurgicales du TT et en améliorer la qualité des interventions. Ces plans seront présentés au cours de la prochaine réunion de bilan du programme.

Le programme national du Sud Soudan a initié la discussion pour augmenter les résultats en matière de chirurgie grâce à des soins postopératoires réguliers et au perfectionnement des chirurgiens nouvellement formés en TT en les mettant en contact avec des partenaires opérant dans les hôpitaux de campagnes. Dans l'avenir, un plan détaillé sera finalisé sous la direction de l'unité de soins ophtalmologiques.

Recommandation 5: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

Non achevé pour des questions de sécurité. Les partenaires ne sont retournés dans ce pays qu'à la fin de l'année dernière.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- Opérer 2 000 patients atteints de trichiasis, dont 1 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former et certifier 10 chirurgiens, dont 2 avec le soutien du Centre Carter
- Offrir une formation de perfectionnement à 4 chirurgiens

Le département des soins oculaires mènera la planification de la formation et de la certification des chirurgiens spécialisé en TT.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 1 000 000 doses d'azithromycine, dont 236 000 avec le soutien du Centre Carter
- Distribution de 10 000 doses de tétracycline, dont 7 080 avec le soutien du Centre Carter

Le Centre Carter assistera l'évaluation de l'impact en Équateur oriental dans les années à venir. Les résultats de ces enquêtes détermineront quelles zones recevront une MDA grâce à le Centre Carter en 2015.

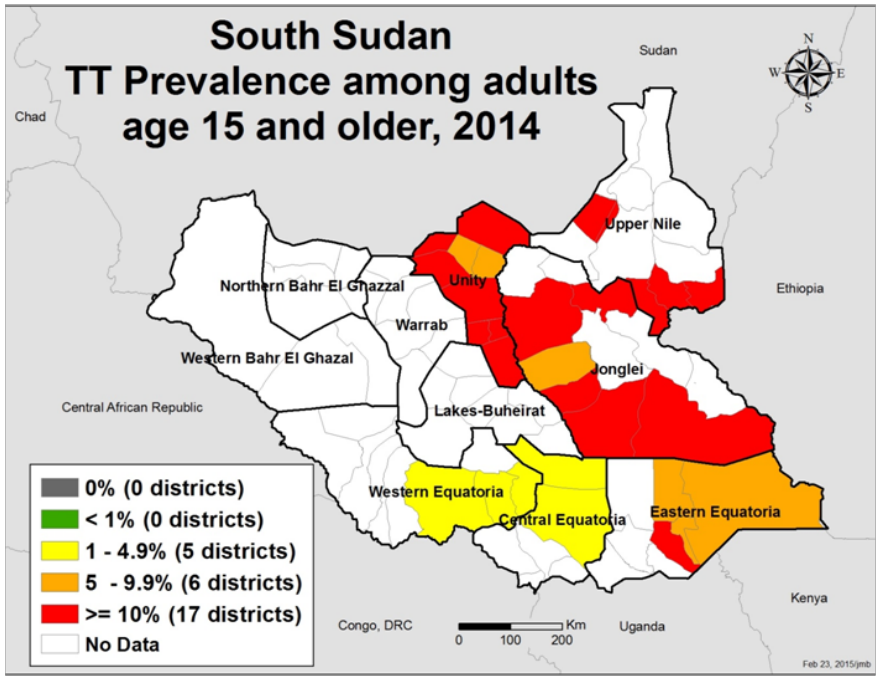
Nettoyage du visage (N)

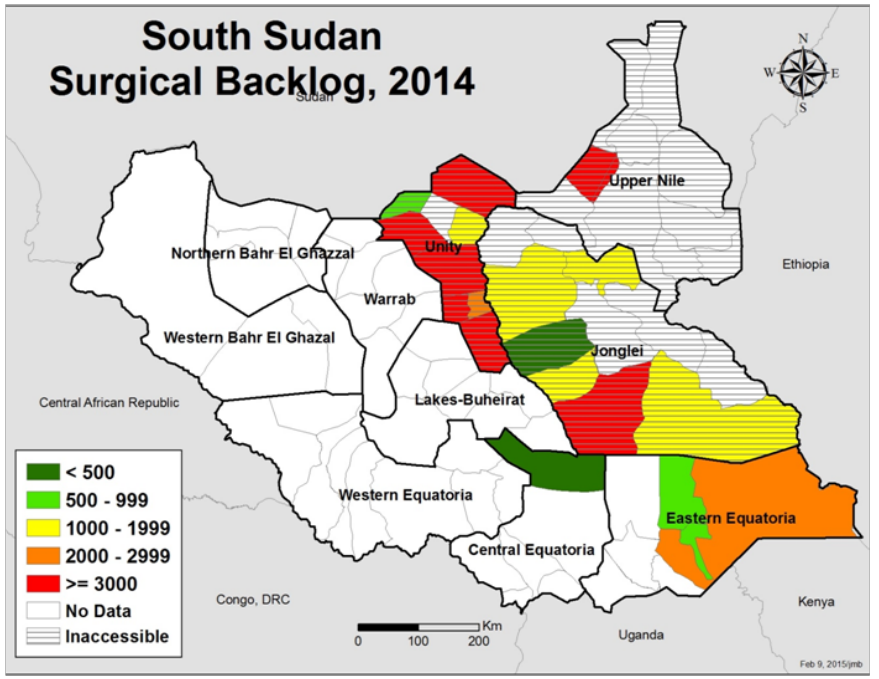
- Dispenser une éducation sanitaire à 200 villages, dont 30 avec le soutien du Centre Carter

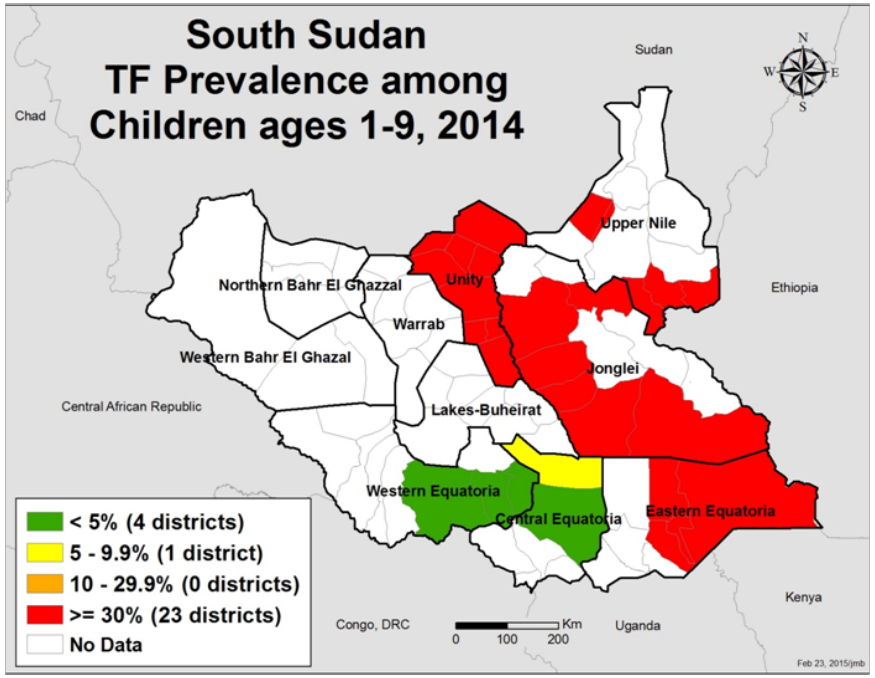
Changement Environnementaux (CE)

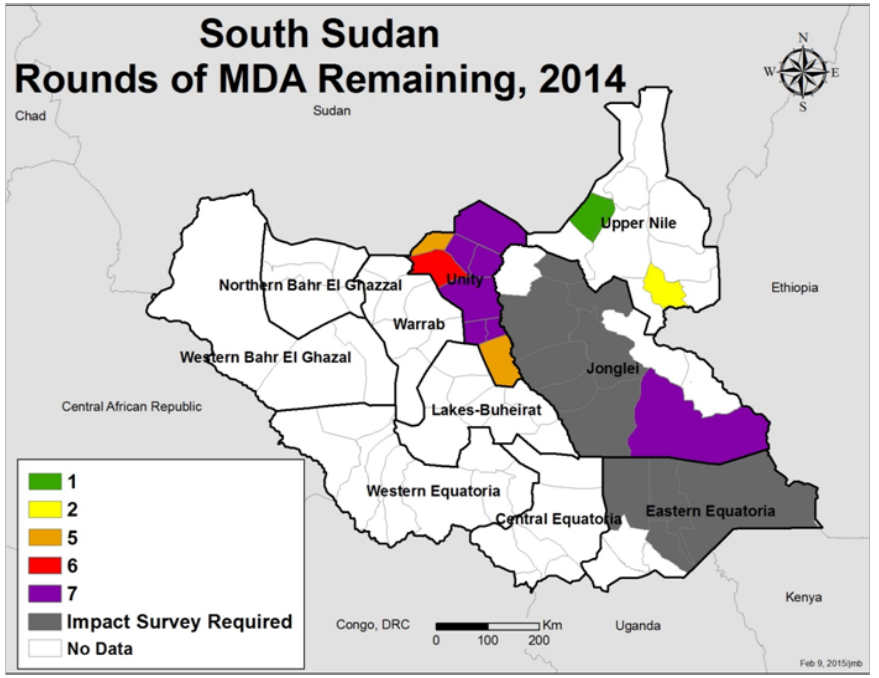
- Construction de 70 nouvelles latrines

Le MsD identifiera et collaborera avec les partenaires des secteurs du WASH et le ministère des ressources en eau et de l'irrigation dans les communautés des zones endémiques pour promouvoir la construction et l'utilisation des latrines.


South Sudan
TT Prevalence among adults age 15 and older, 2014
Sudan
Chad
Ethiopia
Kenya
Uganda
Congo, DRC
Central African Republic
Upper Nile
Unity
Northern Bahr El Ghazzal
Warrab
Western Bahr El Ghazal
Jonglei
Lakes-Buheirat
Western Equatoria
Central Equatoria
Eastern Equatoria
0% (0 districts)
< 1% (0 districts)
1 - 4.9% (5 districts)
5 - 9.9% (6 districts)
>= 10% (17 districts)
No Data
0 100 200 Km
Feb 23, 2015/jmb


South Sudan
Surgical Backlog, 2014
Sudan
Ethiopia
Kenya
Uganda
Congo, DRC
Central African Republic
Upper Nile
Unity
Northern Bahr El Ghazzal
Warrab
Western Bahr El Ghazal
Jonglei
Lakes-Buheirat
Western Equatoria
Central Equatoria
Eastern Equatoria
< 500
500 - 999
1000 - 1999
2000 - 2999
>= 3000
No Data
Inaccessible
0 100 200 Km
Feb 9, 2015/jmb


South Sudan
TF Prevalence among Children ages 1-9, 2014
Sudan
Chad
Ethiopia
Kenya
Uganda
Congo, DRC
Central African Republic
Upper Nile
Unity
Northern Bahr El Ghazzal
Warrab
Western Bahr El Ghazal
Jonglei
Lakes-Buheirat
Western Equatoria
Central Equatoria
Eastern Equatoria
< 5% (4 districts)
5 - 9.9% (1 district)
10 - 29.9% (0 districts)
>= 30% (23 districts)
No Data
0 100 200 Km
Feb 23, 2015/jmb


South Sudan
Rounds of MDA Remaining, 2014
Sudan
Chad
Ethiopia
Kenya
Uganda
Congo, DRC
Central African Republic
Upper Nile
Unity
Northern Bahr El Ghazzal
Warrab
Western Bahr El Ghazal
Jonglei
Lakes-Buheirat
Western Equatoria
Central Equatoria
Eastern Equatoria
1
2
5
6
7
Impact Survey Required
No Data
0 100 200 Km
Feb 9, 2015/jmb

CHANCE au Soudan

Présenté par Dr Nabil Aziz Mikhail, représentant dans le pays, Le Center Carter, Soudan
Zeinab Abdalla, Agent du programme, Le Centre Carter, Soudan
Le Dr Balgesa Mohammed, coordonnateur national du programme de lutte contre le trachome, ministère fédéral de la santé, Soudan

Historique

Le MFdS a travaillé pour la lutte contre le trachome depuis 1962, lorsque le trachome a été incorporé dans le NPPB. L'académie des sciences médicales et de la technologie a pris la tête du programme dans les années 1990 en tant que contractant pour le MFdS. En 2005 le MFdS a réintégré le programme de lutte contre le trachome au sein du NPPB. L'élimination du trachome cécitant est l'une des priorités du MFdS et par conséquent, le gouvernement alloue des fonds pour soutenir le programme. En 2012 le gouvernement a débloqué 1,5 millions de Dollars US sur cinq ans pour soutenir les partenariats du Centre Carter dans la lutte contre le trachome. Une très bonne coordination existe 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 de prévalence nationale a débuté en 2006 et a pris fin en 2010. La cartographie du Darfour a eu lieu en 2015 grâce à la coordination du MFdS, du GTMP, de Sightsavers et du Centre Carter. Les interventions relatives à la CH, à l'A et au N reçoivent le soutien du Centre Carter, de Sightsavers et du MFdS. Les interventions relatives aux CE sont misent en œuvres par différents états et ministères, et soutenues par le Fond des Nations-Unies pour les Enfants (UNICEF) et autres organisations. Bien que le Centre Carter ne soutienne pas directement les activités relatives aux CE, il les supporte.

Calendrier des événements

1999: Début du soutien du Centre Carter au programme de lutte contre le trachome
2000: Début des dons de Zithromax® par Pfizer Inc
2005: Le programme national pour le trachome est transféré au MFdS
2005-2010: Enquêtes de prévalence de référence (sauf dans les états du Darfour)
2006: Le Manuel de formation pour la chirurgie du TT est adapté localement en Arabe
2010: Enquêtes d'impact menées dans les états du Nord et du Nil Bleu
2011: Début des campagnes mobiles pour la lutte contre le TT du programme national
2013: Enquêtes d'impact menées dans les états de la Mer Rouge 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
2020: Date cible pour l'élimination

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National		Avec l'assistance du Centre Carter	
		Cible	Atteint	Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	30 408	5 000	3 295 (65,9%)	2 000	1 924 (96,2%)
Nbre de femmes opérées			1 756 (53,1%)		1 227 (63,8%)
Nbre de chirurgiens formés		30	30 (100%)		
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation					
Nbre de chirurgiens certifiés		30	30 (100%)		
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	1 946 971	1 701 316	977 569 (57,5%)	1 701 316	977 569 (57,5%)
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	38 940	34 026	14 686 (43%)	34 026	14 686 (43%)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	1 366	651	187 (28%)	651	187 (28%)
Nbre de latrines domestiques construites	7 021	N/R[9]	N/R	N/A[10]	N/A

Chirurgie (CH)

En 2014, le Soudan a atteint 65,9% de ses objectifs en réalisant 3 295 interventions chirurgicales dont 53,1% sur des femmes. Le Centre Carter a assisté 1 924 de ces opérations. Le programme national a atteint ses objectifs en formant et certifiant 30 chirurgiens spécialisés en TT. Les retards totalisent 27 113 cas en attente d'une intervention, la majorité d'entre eux se trouvant dans les états de Al Jazeera, Gadaref, et du Blue Nile. Seuls les ophtalmologues et les internes en ophtalmologie sont autorisés à effectuer les interventions chirurgicales en suivant les directives de l'OMS. L'Hôpital Ophtalmologique Universitaire de Khartoum est responsable de la formation des internes en chirurgie du TT et pour les autres interventions chirurgicales ophtalmiques une fois par semaine et aucun chirurgien n'a été perdu en attrition cette année. Afin de mobiliser les patients, des dates, des lieux pour les hôpitaux de campagne et la mobilisation des communautés, des sessions d'éducation sanitaire sont proposées au niveau des villages. De plus, des médicaments ophtalmiques, des lunettes bifocales et des lunettes de soleil sont offerts pour inciter les personnes à subir un dépistage pour le TT. Toute personne qui refuse reçoit des conseils, et si elle le désire, est adressée à un chirurgien plus expérimenté. En 2014, aucun suivi n'a été réalisé au cours des six mois suivant l'intervention. L'épilation n'est pas pour le moment une pratique officielle. Cependant, le programme national proposera l'épilation en seconde option pour les cas de TT et commenceront à fournir des pinces à

[9] N/R = Non rapporté par le programme.

[10] N/A = Non applicable. Le Centre Carter ne prend pas part aux MDA au Soudan.

épiler. Le personnel du programme national supervise directement les chirurgiens et consigne les activités journalières dans un registre.

Antibiothérapie (A)

En 2014, le programme a permis de distribuer, avec l'aide du Centre Carter, 977 569 doses d'azithromycine, atteignant ainsi 57,5% de ses objectifs. Quatre zones ont ainsi été couvertes à 80% en matière de MDA. Le programme a fourni une couverture en matière de MDA inférieure à 80% dans la localité d'Alfashaga, dans l'état de Gadaref, due à une surévaluation de la population. Les MDA ont été reportée dans quatre zones en raison de l'inaccessibilité ou un manque de coordination des différentes activités. Aucune enquête de couverture n'a été réalisée après les MDA en 2014, mais il est prévu par le programme que des enquêtes soient menées en 2015. Le programme a organisé des formations en matière de MDA pour 25 à 30 volontaires, trois jours avant les MDA.

En 2014 afin d'augmenter la sensibilisation avant et au cours des MDA, les responsables du programme ont mobilisés des politiciens et des communautés, ont réalisé des campagnes itinérantes ainsi que des campagnes dans les médias, ont distribués du matériel pédagogique et ont organisés des cérémonies d'ouverture pour les MDA et orienter les leaders des communautés. Grâce à la supervision intégrée, qui utilise les superviseurs locaux et nationaux, la zone de MDA a été divisée en 18 sous-secteurs de supervision, et un système de double contrôle a été mis en place. Ce système de double contrôle comprend une supervision directe, pour laquelle chacune des cinq équipes de 10 bénévoles a un chef ; et une supervision indirecte, pour laquelle des échantillons de 30 foyers sont choisis de façon aléatoire. Les superviseurs contrôlent que les médicaments ont bien été distribués et enregistrés. Par la suite, les bénévoles enregistrent les données liées à la MDA, le chef d'équipe les vérifie et les transmet au niveau supérieur où la couverture journalière est calculée et compilée à la fin de la distribution.

Nettoyage du visage (N)

En 2014, avec l'assistance du Centre Carter, le programme a permis de dispenser une éducation sanitaire dans 187 villages sur les 651 ciblés. En tant que partie prenante du programme national pour la lutte contre le trachome, le ministère fédéral de l'éducation (MFdE) a revu le programme de base des écoles primaires et secondaires en utilisant les références normalisées, a produit des directives pour les enseignants en matière d'éducation sanitaire pour le trachome et dispensé et supervisé la formation et l'éducation sanitaire. Le programme national a également permis de fournir du matériel pédagogique en matière d'éducation sanitaire, tels que des affiches, des casquettes et des t-shirts, et de poursuivre ses campagnes dans les média et ses campagnes mobiles.

Changement Environnementaux (CE)

Le programme de la lutte contre le trachome n'intervient pas directement en ce qui concerne l'eau et les latrines mais travaillent en collaboration avec les ministères de l'Irrigation, de l'Eau et de l'Électricité, et celui des travaux publics aussi bien au niveau fédéral que celui de l'état pour recenser les interventions contre le trachome. Les unités de construction des barrages, les sociétés pétrolières privées, le ministère d'état des Travaux publics les communautés locales et les départements locaux de travaux publics assistent la construction de latrines et l'approvisionnement en eau dans les zones d'endémie de trachome. Aucune latrines n'a été construite grâce au programme de lutte contre le trachome ou à ses partenaires chargés de sa mise en œuvre. Cependant, l'UNICEF, les partenaires de développement et des sociétés privées construisent des

latrines depuis 2005 afin d'atteindre les UIG: 50% des foyers des zones d'endémie de trachome équipés de latrines. En 2014, les partenaires du programme national, de l'UNICEF, et du WASH se sont rencontrés à plusieurs reprises pour échanger les informations concernant les zones d'endémie de trachome. Les zones d'endémie de trachome coïncident à 100 % avec celles dans lesquelles UNICEF/WASH ont prévu d'installer un approvisionnement d'eau et des latrines.

Obstacles au développement du programme:

Les problèmes de sécurité au soudan sont permanents et ont retardé les activités du programme en 2014 dans certaines zones cibles des états du Nile bleu et du Kordofan sud. Les rumeurs concernant les effets indésirables des MDA ont contribué à retarder la réalisation des activités. Les changements du nombre d'habitants dus à une surestimation de la population a également compliqué les MDA, particulièrement dans l'état du Gadaref. De plus, le type de sol dans certaines zones d'endémie rend la construction de latrines très délicate. Dans certains états, le sol noir, meuble et expansif est emporté lors des saisons des pluies tandis que dans d'autres régions, la densité des sols et leur caractère rocailleux rendent difficile le creusement de latrines. Les autres obstacles comprennent la persuasion des personnes réticentes à accepter de subir une intervention chirurgicale dans les hôpitaux de campagne pour TT.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014:

Recommandation 1: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

Achevé. Le programme national, au côté de l'UNICEF a promu le fait d'accorder la priorité au zone d'endémie de trachome ayant besoin des services du WASH.

Recommandation 2: Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 3: Le programme national devrait enquêter dans les zones accessibles du Darfour, si possible.

Achevé. Un effort coordonné entre le GTMP, Sightsavers, le Centre Carter, les MFdS des régions du Darfour et le secteur privé a permis de réaliser des enquêtes de prévalence du trachome dans les états du Darfour.

Recommandation 4: Le développement détaillé des plans devrait être envisagé dans tous les programmes afin d'augmenter le nombre d'interventions chirurgicales de TT réalisées et d'en améliorer la qualité.

Achevé.

Recommandation 5: Le Centre Carter devrait supporter les coûts renouvelables des interventions pratiquées dans les hôpitaux comme étant des services de routine et les étendre aux hôpitaux des districts.

Le Centre Carter assiste le service d'ophtalmologie du L'Hôpital Ophtalmologique Universitaire de Khartoum et est prêt à soutenir les hôpitaux publics.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- Opérer 7 000 patients atteints de trichiasis, dont 2 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former et certifier 30 chirurgiens

Le nombre cible d'opérations a été revu à la hausse pour 2015 afin de prendre en compte les états du Darfour récemment cartographiés. En 2015, le conseil de spécialisation médicale du Soudan exigera que les internes réalisent 100 interventions de TT pour être certifiés, une forte augmentation par rapport au 10 opérations demandées auparavant. De plus, le Centre Carter fournira les hôpitaux publics en trousses TT, en équipement et en matériel chirurgical consommable afin d'augmenter le nombre d'interventions chirurgicales réalisées ainsi que leur qualité. Les responsables du programme parviendront à un accord afin d'intégrer la campagne de sensibilisation pour la chirurgie du TT et de la cataracte avec des organisations non gouvernementales qui sont spécialisée en chirurgie de l'œil. Le programme sera aussi focalisé sur la mobilisation sociale des politiciens au niveau des états, des officiels, des chefs des communautés, des médias, des chefs religieux et des groupes de femmes. Le programme national proposera l'épilation en seconde option pour les patients souffrant de TT. Le Centre Carter fournira des pinces à épiler aux personnes âgées ayant moins de cinq cils périphériques et aux personnes ayant un trichiasis mineur et qui refusent l'opération.

En plus de poursuivre les campagnes pour couvrir les zones avec une prévalence de TT élevée, le programme renforcera la mobilisation et l'éducation sanitaire avant et durant les campagnes de chirurgie du TT. Le programme explorera également plusieurs voies pour inciter les patients atteints de TT à subir une chirurgie. Pour améliorer le nombre d'opérations réalisées ainsi que leur qualité, les unités de chirurgie mobiles se rendront dans toutes les zones ayant une prévalence de TT supérieure à 1% chez les adultes de plus de 15 ans, tandis que les zones présentant une prévalence de TT supérieure à 0,1% de la population totale seront prisent en charge par les hôpitaux des secteurs publique et privé.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 1 439 315 doses d'azithromycine avec le soutien du Centre Carter
- Distribution de 28 786 doses de tétracycline avec le soutien du Centre Carter

L'augmentation de la sensibilisation, grâce au programme, avant et au cours des MDA, par la mobilisation des politiciens et des communautés, la réalisation de campagnes itinérantes ainsi que de campagnes dans les médias, de distributions de matériel pédagogique et l'organisation de cérémonies d'ouverture pour les MDA et orienter les leaders des communautés. En outre, plus de cessions d'éducation sanitaire seront menées au niveau des communautés grâce au programme, se concentrant, dans les villages, sur les patients ayant refusé de subir une intervention chirurgicale au cours des MDA précédentes, ainsi que sur les campagnes visant les groupes de femmes. Le programme continuera à appliquer un système de supervision à double contrôle. L'augmentation de la sensibilisation, grâce au programme, avant et au cours des MDA, par la mobilisation des communautés, en prenant pour objectifs les chiffres de population atteinte, récoltés lors des MDA précédentes.

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 732 villages, avec le soutien du Centre Carter

- Mise en place de semaines du trachome

En 2015, le MFdS deviendra un partenaire dans les états avec une endémie de trachome et une partie dédiée au trachome sera incluse dans les programmes des écoles primaires et secondaires. Des ateliers de formation sur le nouveau programme portant sur le trachome seront mis en place pour les enseignants ainsi que des formations pour les chefs des communautés pour la lutte contre le trachome au sein de leur communauté. Le programme a prévu de mettre à jour et de distribuer du matériel pédagogique sur le nettoyage du visage et de mettre en place des semaines officielles du trachome dans plusieurs localités.

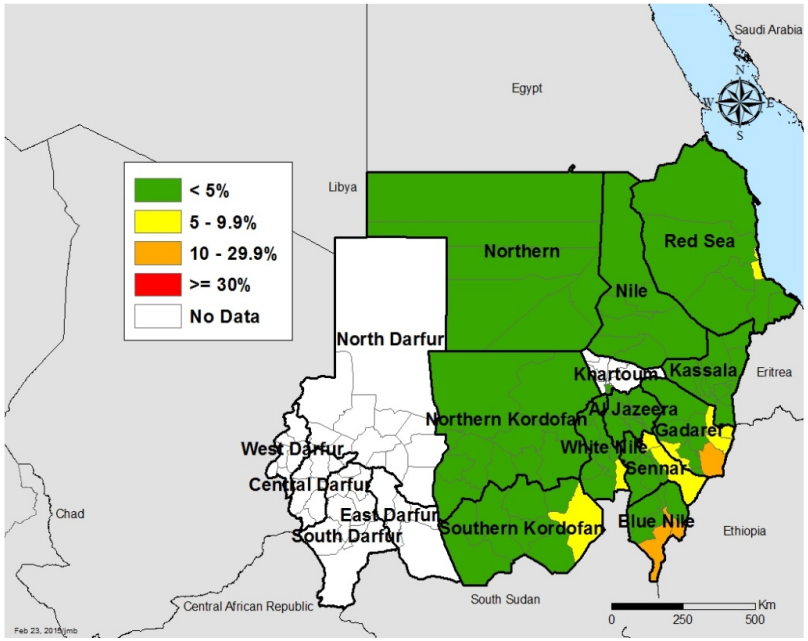
Changement Environnementaux (CE)

- Le programme n'a pas d'objectif en termes de construction de latrines.

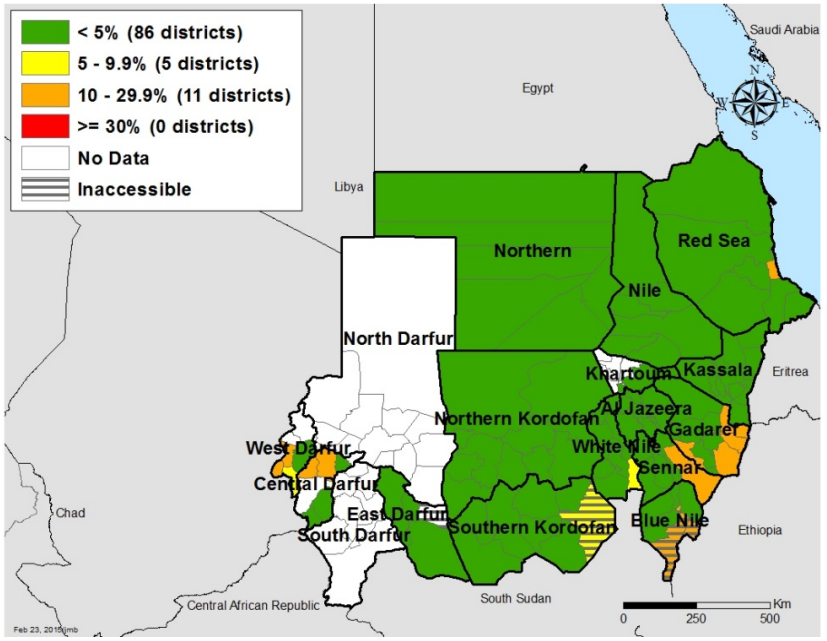
En 2015, les responsables du programme, en collaboration avec les partenaires, s'assureront que plus de 85% des foyers dans les zones avec une endémie de trachome ont un accès à l'eau (définie comme étant à une distance inférieure ou égale à 30 minutes de marche soit un kilomètre). Le programme continuera à plaider en faveur de la présence de latrines dans chaque foyer.

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

2006-2010

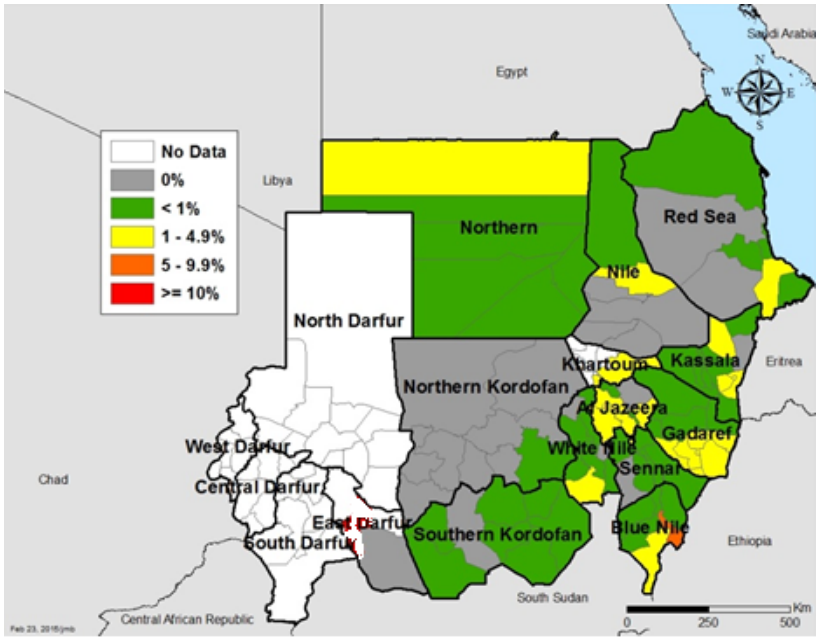


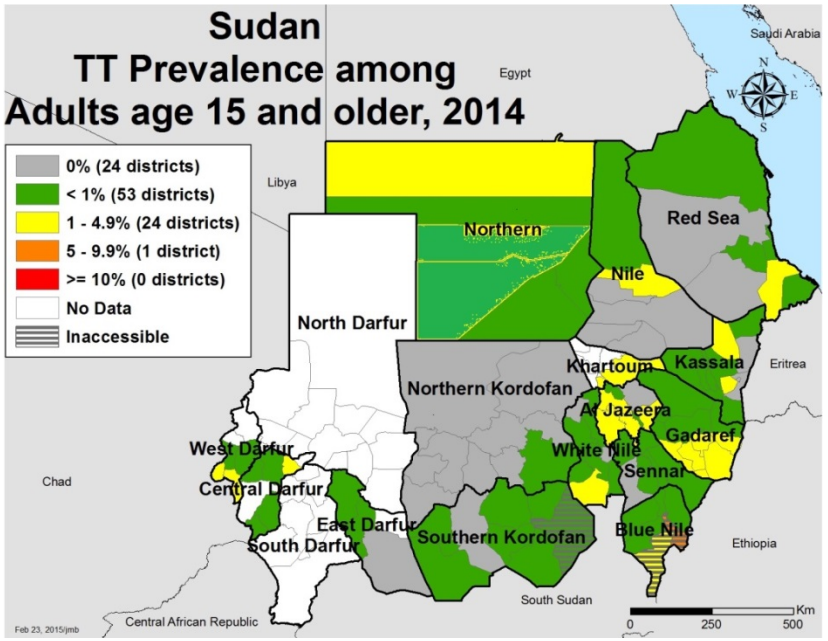
2014

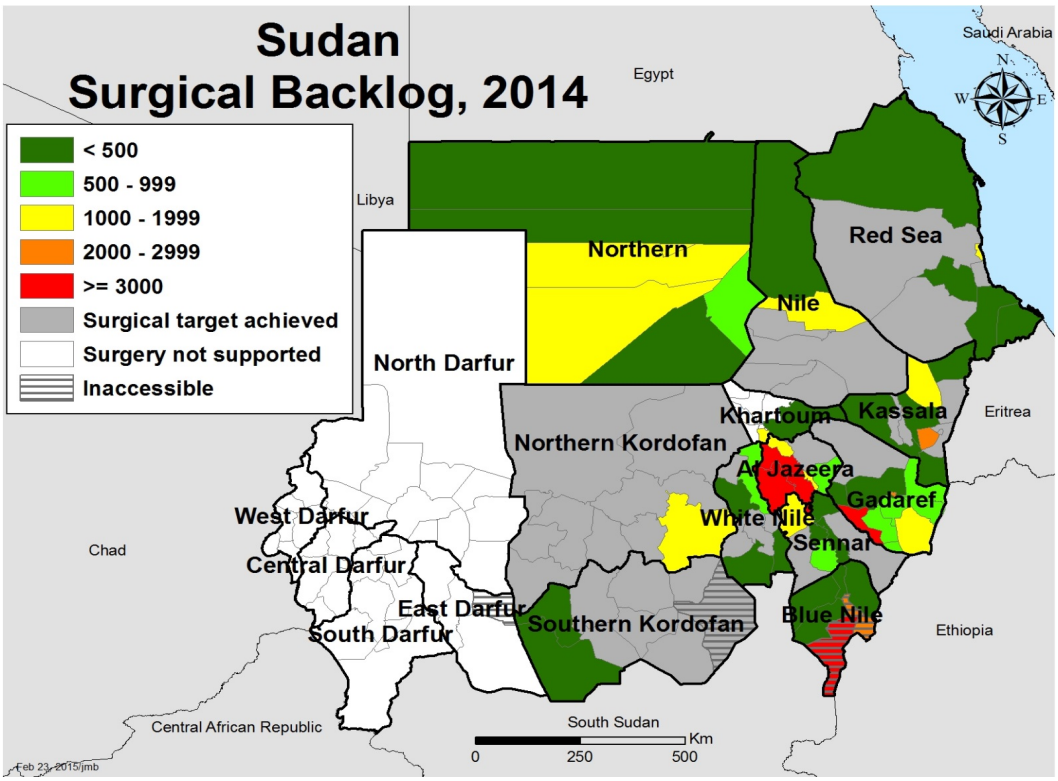


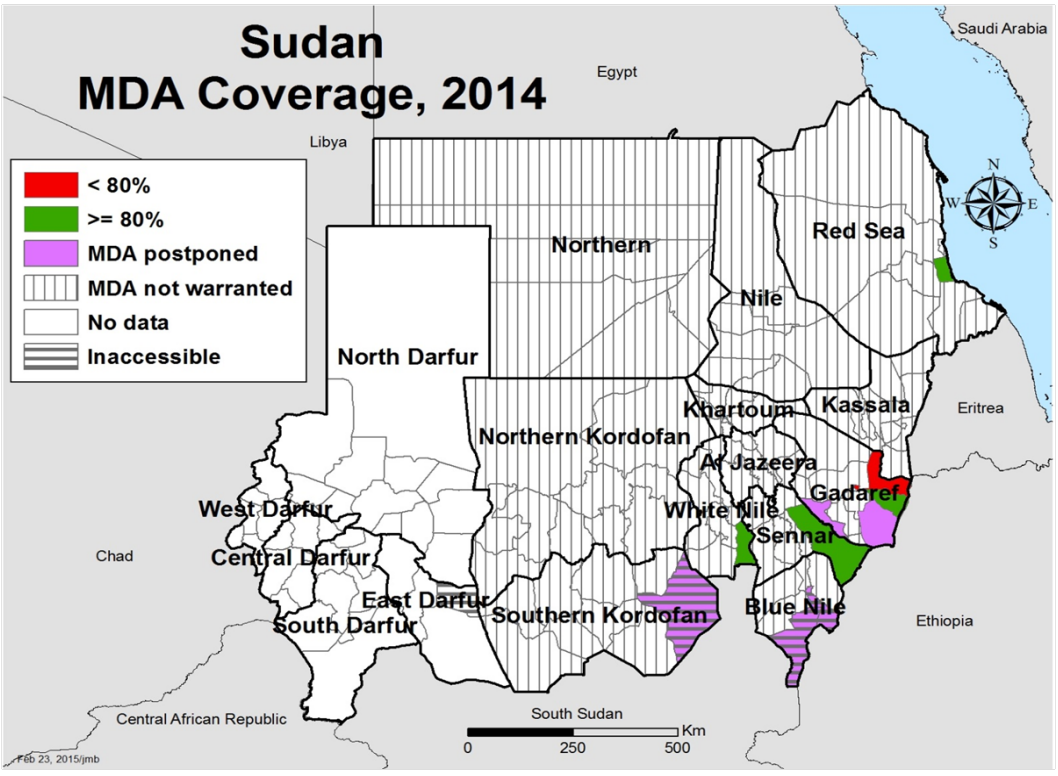
Soudan : Prévalence du TT chez les adultes de ≥ 15 ans

2006-2010






Sudan
Surgical Backlog, 2014
< 500
500 - 999
1000 - 1999
2000 - 2999
>= 3000
Surgical target achieved
Surgery not supported
Inaccessible
Saudi Arabia
Egypt
Libya
Northern
Red Sea
Nile
North Darfur
Khartoum
Kassala
Eritrea
Northern Kordofan
Al Jazeera
Gadaref
West Darfur
White Nile
Sennar
Chad
Central Darfur
East Darfur
South Darfur
Southern Kordofan
Blue Nile
Ethiopia
Central African Republic
South Sudan
Km
0
250
500
Feb 23, 2015/jmb


Sudan
MDA Coverage, 2014
< 80%
>= 80%
MDA postponed
MDA not warranted
No data
Inaccessible
Saudi Arabia
Egypt
Libya
Northern
Red Sea
Nile
North Darfur
Khartoum
Kassala
Eritrea
Northern Kordofan
Al Jazeera
Gadaref
West Darfur
White Nile
Sennar
Chad
Central Darfur
East Darfur
South Darfur
Southern Kordofan
Blue Nile
Ethiopia
Central African Republic
South Sudan
Km
0
250
500
Feb 23, 2015/jmb

CHANCE en Ouganda

Présenté par le Dr. Edridah Tukahebwa, responsable national du programme pour la lutte contre le trachome, ministère de la Santé Ouganda et
le Dr. Patrick Turyaguma, responsable national du programme pour la lutte contre le trachome, ministère de la Santé Ouganda

Historique

Les soins oculaires constituent l'un des composants-clé de l'ensemble national de soins sanitaires minimaux de l'Ouganda (UNMHCP). La lutte contre le trachome est incluse dans le plan directeur quinquennal intégré pour les MTN et est accentuée dans le plan national de développement de l'Ouganda pour les années 2011-2015. Le plan stratégique du secteur sanitaire et d'investissement prévoit d'éliminer le trachome ainsi que quatre 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 10 ans souffrant d'un trachome actif, et 10,8 millions de personnes de tout âge sont à risque. À ce jour, environ 10 000 personnes sont aveugle à cause du trachome. En ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, la chirurgie pour le TT est offerte dans les deux régions de Busoga et Karamoja et la distribution d'antibiotiques s'effectue annuellement dans les 36 zones ou l'endémie de trachome est connue. Les composants nettoyage du visage et changements environnementaux de la stratégie CHANCE ne font pas l'objet d'une mise en application uniforme et adéquate dans les zones endémiques.

Après un minimum de trois ans de MDA, les évaluations d'impact sont en cours depuis 2013, avec 19 enquêtes d'impact qui sont actuellement menées et 18 autres qui devraient l'être en 2015. Jusqu'à présent, ces études d'impact ont montré une réduction drastique du nombre de cas de TF dans la plupart des zones. Le programme pour les MTN a mis au point des stratégies de plaidoyer et des outils de soutien au programme, et le ministère de la Santé a lancé un TAP en 2014.

Calendrier des événements

2006-2014: Cartographie de référence
2007: Début du programme national de lutte contre le trachome
2007: Lancement officiel de MDA pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® donné par Pfizer
2013: Élaboration du TAP et début d'évaluations d'impact
2014: Le Centre Carter devient partenaire coordinateur pour l'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome
2014: Lancement du TAP
2014: Début des formations de perfectionnement pour les chirurgiens spécialisés en TT
2020: Date cible pour l'élimination du trachome cécitant

Tableau 1. Résultats du programme en 2014

Indicateur	UIG	National	
		Cible	Atteint
Nbre de personnes opérées	150 940	12 653	9 980 (79%)
Nbre de femmes opérées			6 098 (61%)
Nbre de chirurgiens formés		0	0 (0%)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une nouvelle formation		18	18 (100%)
Nbre de chirurgiens certifiés		18	18 (100%)
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	6 080 446 (objectifs 2014)	6 080 446	3 752 843 (61%)
Doses de tétracycline distribuées pendant une MDA	124 090 (objectifs 2014)	124 090	105 576 (85%)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	100 % des villages dans les zones endémiques	100 % des villages dans les zones endémiques	100%
Nbre de latrines domestiques construites	N/R	N/R	N/R

Chirurgie (CH)

En 2014, l'Ouganda a opéré 9 980 cas de TT, atteignant ainsi 79 % de ses objectifs. Les résultats de cette année portent le nombre cumulé d'interventions chirurgicales du trichiasis à 37 613 cas, rattrapant ainsi 25 % de son retard à l'échelle nationale. Grâce à HEADSTART[11], le programme a permis d'offrir une formation de perfectionnement à18 chirurgiens et de les certifier, atteignant ainsi 100 % de ses objectifs. Le programme a mis en place un groupe de travail pour le contrôle et l'évaluation de la chirurgie afin d'améliorer la formation et de normaliser les check-lists et les formulaires de contrôle. En plus des messages radio et du contact direct avec le publique, les équipes de santé des villages ont travaillé à la mobilisation des patients en matière de chirurgies de TT. Le programme a élaboré des directives en matière de chirurgie normalisée en conformité avec les directives de l'OMS pour la chirurgie du trichiasis. Les patients ont également fait l'objet d'un suivi, un à deux jours suivant l'opération.

Pour l'établissement de rapports, les chirurgiens TT entrent les données dans un registre, à partir duquel les chirurgiens compilent des résumés de données et les soumettent aux partenaires opérationnels et aux districts ; ces partenaires et ces districts compilent ensuite les données dans un rapport qu'ils transmettent au MdS. Les ophtalmologistes et les partenaires opérationnels supervisent les interventions chirurgicales, avec une

[11] HEADSTART est une tête de mannequin qui permet au chirurgien / stagiaire en TT de s'exercer à effectuer une intervention de TT avant d'opérer un patient vivant.

supervision de routine dans tous les hôpitaux de campagne et des visites de supervision trimestrielles à tous les hôpitaux fixes.

Antibiothérapie (A)

En 2014 le programme national a permis de distribuer 3 752 843 doses d'azithromycine, atteignant ainsi 61 % de ses objectifs. Le programme a également permis d'administrer 105 576 doses de tétracycline, atteignant 85 % de ses objectifs. Les structures de formation en MDA sont réalisées et réparties à chaque niveau, en commençant par la formation des CCE, jusqu'aux travailleurs au niveau des districts, des subdivisions des contés, mais aussi aux distributeurs de médicaments et aux enseignants. Le programme national a organisé des réunions de sensibilisation avec les responsables civils et politiques aux niveaux central et local et avec les écoles et les communautés. Des annonces à la radio, des événements sportifs et des débats télévisés ont été menées. Des annonces publiques ont aussi été faites pour promouvoir la sensibilisation aux MDA.

Pour la supervision des MDA, le MdS font d'abord une visite de courtoisie aux responsables de district et examinent ensuite les registres relatifs aux MTN dans des établissements de santé ainsi qu'au niveau des districts et sous-districts. Le MdS interagit avec les distributeurs de médicaments et les chefs locaux, rend visite aux distributeurs locaux de médicaments pour s'informer sur l'état des stocks, et tient des séances d'information post-MDA avec les responsables des districts. Les équipes de santé des villages, qui contrôlent les registres d'information, rapportent les mouvements aux superviseurs des paroisses puis à celui des subdivisions des contés. Les superviseurs des sous divisions des contés transmettent un rapport aux agents de santé en chef des districts, qui transmettent un résumé des rapports des districts au niveau national.

Nettoyage du visage (N)

En 2014, tous les villages des districts avec une endémie de trachome ont reçu une éducation sanitaire grâce à une campagne utilisant le porte à porte, les instructions données aux écoles, les jingles radio, émissions de télévision, et des activités de sensibilisation du public. Le programme a permis de former des équipes sanitaires dans les villages ainsi que les enseignants pour délivrer des messages relatifs au nettoyage du visage au cours des MDA. Une éducation sur le nettoyage du visage a également été fournie aux patients au cours des campagnes d'interventions chirurgicales. Enfin, dans le cadre de sa stratégie de communication intégrée pour augmenter le taux de nettoyage du visage, le programme national a également mis en place des panneaux informatifs, des cartes pour les équipes sanitaires des villages et des brochures d'information.

Changement Environnementaux (CE)

Le programme National Ougandais développe des indicateurs en matière de CE avec les partenaires du WASH, qui seront définis en 2015. En l'absence d'une définition du mot " latrines ", le programme n'a pas pu déterminer le nombre de latrines construites. En 2014, seuls 16 des 48 districts cartographiés pour le trachome ont atteint une couverture d'installation des sanitaires dans les foyers de 77 %. Le MdS ougandais a renforcé son partenariat avec la division d'hygiène pour les activités relatives à l'hygiène personnelle et à l'assainissement de l'environnement. Grâce au programme, les équipes sanitaires et les enseignants ont reçus une formation afin d'être en mesure de délivrer des messages en matière de CE, tels que le nettoyage et l'utilisation de latrines. Lors les MDA les messages étaient donnés aux patients pendant les campagnes de chirurgie. Le programme sanitaire des écoles, via le ministère de l'éducation, a aussi délivré des messages relatifs au CE. Enfin, grâce au programme, le ministère de l'eau et de l'environnement ainsi que les partenaires du WASH se sont engagés dans les ateliers relatifs au N et aux CE tenus en 2014.

Obstacles au développement du programme:

L'engagement limité des partenaires du WASH dans les activités relatives au N et aux CE ainsi que le manque de coordination avec ces partenaires du WASH ont rendu difficile l'estimation de la portée et de l'impact des activités en matière de N et de CE. Les informations relatives au nettoyage du visage font défaut car les outils d'étude d'impact actuels n'intègrent pas cet aspect. La fatigue des bénévoles dans les équipes sanitaires des villages, celle des distributeurs locaux de médicaments ainsi que celles des enseignants empêche de délivrer un programme approprié. L'Ouganda fait face à une faible couverture en matière de MDA ainsi qu'à des difficultés concernant la collecte des données relatives aux MDA et aux contrôles. De plus, les outils de rapports actuels génèrent des lacunes dans l'évaluation des données. Les refus d'être opéré, la faible mobilisation en matière de chirurgie et les longues distances à parcourir pour atteindre une unité de chirurgie sont un frein à une bonne couverture chirurgicale.

Statut des recommandations de la réunion de bilan du programme de 2014 :

Recommandation 1: Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

En cours. Le MdS cherche de nouveau partenaire pour rejoindre les groupes de travail sur la lutte contre le trachome de 2015.

Recommandation 2: Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 3: Chaque fois que cela est possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les taux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer le taux de TF.

Non achevé. Le projet ENVISION d'USAID, mené par RTI International, soutiendra un atelier scientifique en 2015 et la publication des données en matière de MDA.

Recommandation 4: Le développement détaillé des plans devrait être envisagé dans tous les programmes afin d'augmenter le nombre d'interventions chirurgicales de TT réalisées et d'en améliorer la qualité.

Achevé dans les régions de Busoga et Karamoja. Grâce au programme, les formations en matière de chirurgie du TT ainsi que les contrôles et les activités de formation sont normalisés.

Recommandation 5: Organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres.

Non achevé. Prévu pour 2015.

Recommandation 6: Les programmes nationaux devraient envisager de renforcer leur système de mobilisation et de sensibilisation au niveau des communautés.

Non achevé. Grâce au programme, cette recommandation sera appliquée en 2015 et étendue pour inclure la formation d'agents capables de détecter les cas de TT.

Recommandation 7: Les programmes nationaux devraient identifier les ressources, les compétences et le

personnel dont ils ont besoin pour mieux gérer les données et leurs rapports d'intervention et transmettre ces besoins aux partenaires opérationnels.

Un groupe de travail en matière de contrôle et d'évaluation a été formé, et le système de gestion des données eHEALTH sera utilisé.

Objectifs pour 2015 et plans pour les atteindre:

Chirurgie (CH)

- Offrir une formation de perfectionnement et certifier 25 chirurgiens spécialisés en TT
- Opérer 15 498 patients atteints de trichiasis

En 2015, grâce au programme, plus de cessions de formations de perfectionnement et de certifications des chirurgiens spécialisés en TT seront tenus. Le MdS adoptera les directives normalisées de l'OMS en matière de formation et de chirurgie pour les opérations de TT mais aussi, créera et mettra en place un cursus de formation pour les agents chargés de détecter les cas de TT. Lorsque la formation pilote des agents chargés de détecter les cas de TT sera terminée, elle devrait être étendue à toutes les régions endémiques. Afin de pouvoir rattraper ses retards en matière de chirurgie en trois ans dans les régions du Karamoja et du Busoga, les responsables du programme implore de nouveaux soutiens pour les activités relatives à la lutte contre le trachome dans les districts restants où plus de 100 000 patients sont en attente d'une chirurgie. Grâce au programme, une stratégie de suivi de six mois sera également mise en place et des hôpitaux de campagne pour traiter le TT seront installés plus près des habitations. La ventilation des données selon le sexe, le programme national standardisera les outils de collecte des données (registres des interventions chirurgicales, registres des patients, registres des agents chargés de détecter les cas de TT, et les rapports sommaires) et testera ces outils, vérifiant leur efficacité grâce à un nouveau système eHEALTH. Pour augmenter le nombre d'intervention chirurgicales, les conseils auprès des patients seront intensifiés en parlant des opérations réussies. En 2014, les formateurs en chirurgie étaient sur le point de refuser de faire les formations en raison des faibles indemnités journalières. Par conséquent, les indemnités journalières des chirurgiens formateurs pourraient être revues à la hausse pour la prochaine année fiscale. Enfin, en se basant sur les résultats de 18 évaluations d'impact prévues en 2015, les UIG en matière de chirurgie du TT seront revus.

Antibiothérapie (A)

- Distribution de 2 414 877 doses d'azithromycine
- Distribution de 49 283 doses de tétracycline

Afin de mobiliser davantage l'opinion en matière de MDA, les groupes de femmes, les rencontres sociales, et les institutions religieuses seront ciblés par le programme. En plus d'encourager les témoignages en faveur des MDA, grâce au programme, les collaborations entre toutes les parties de développement engagées dans les programmes sanitaires seront renforcées afin d'accroître la mobilisation pour les MDA. En 2015, le MdS vise à mettre en place un soutien de la supervision pour les MDA par les partenaires et à mener des enquêtes de couverture. Pour des soucis d'uniformité, les rapports concernant les MDA devront être communiqués aux partenaires à un niveau national et une évaluation de la qualité des données sera faite afin d'identifier les lacunes en matière de collecte et de contrôle des données. À partir de 2015-2017 33 évaluations d'impact devraient être conduites grâce au programme national.

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 100% des villages

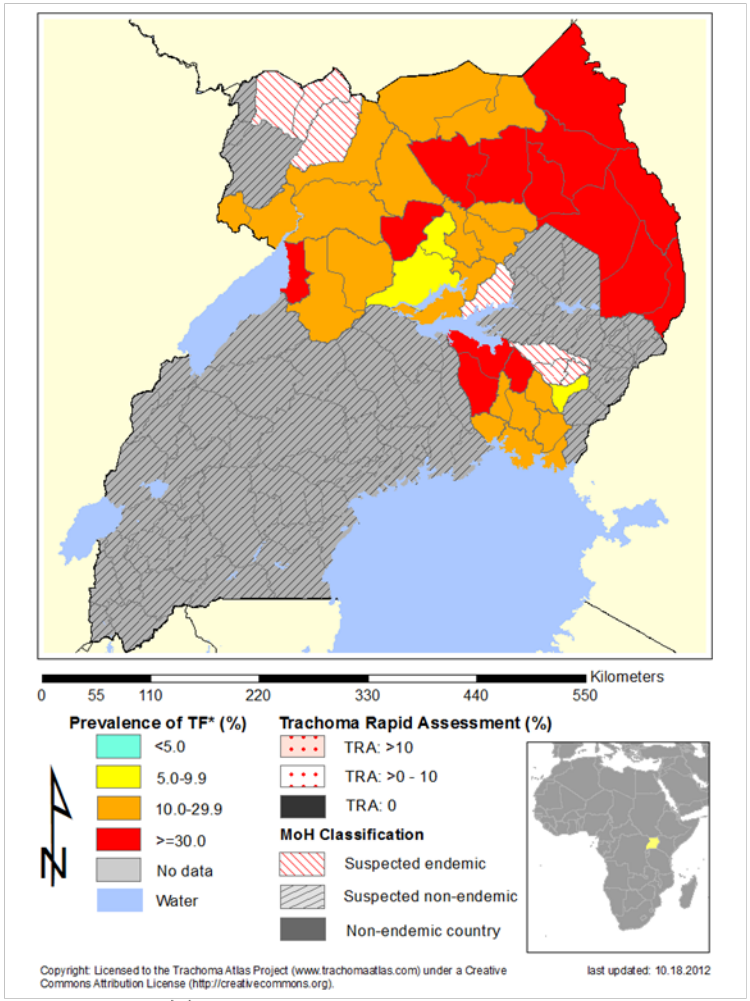
En 2015, les responsables du programme national inciteront les partenaires du WASH à inclure des messages en matière de N dans les stratégies existantes du WASH et d'intégrer ces messages en matière de N dans les directives nationales d'assainissement ainsi que dans les directives en matière d'assainissement destinées aux écoles. De plus, le programme permettra de mettre en place et de diffuser plus de messages radio et vidéo spécifiques à la lutte contre le trachome.

Changement Environnementaux (CE)

En 2015, les responsables du programme national, en collaboration avec les partenaires du WASH, définiront des indicateurs de CE. Le MdS cherche à encourager de nouveaux partenaires à rejoindre les groupes de travail pour la lutte contre le trachome en 2015. Le MdS encouragera également les partenaires du WASH à intégrer des messages en matière de N et de CE dans les activités existantes et dans les directives nationales d'assainissement ainsi que dans celles destinées aux écoles. Le programme du MdS relatif aux MTN deviendra partie intégrante des groupes de travail nationaux sur l'assainissement.

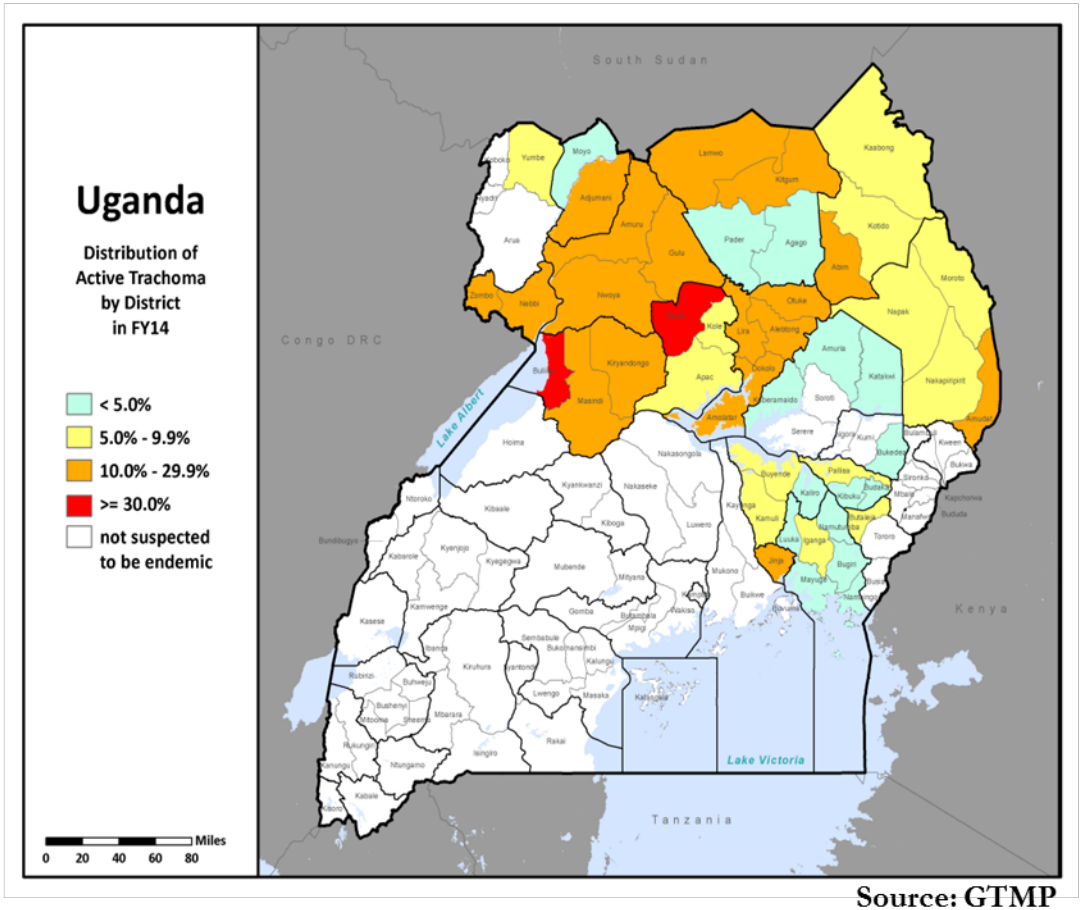
Ouganda: prévalence de la TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans

Baseline and Impact Surveys
2006-2012

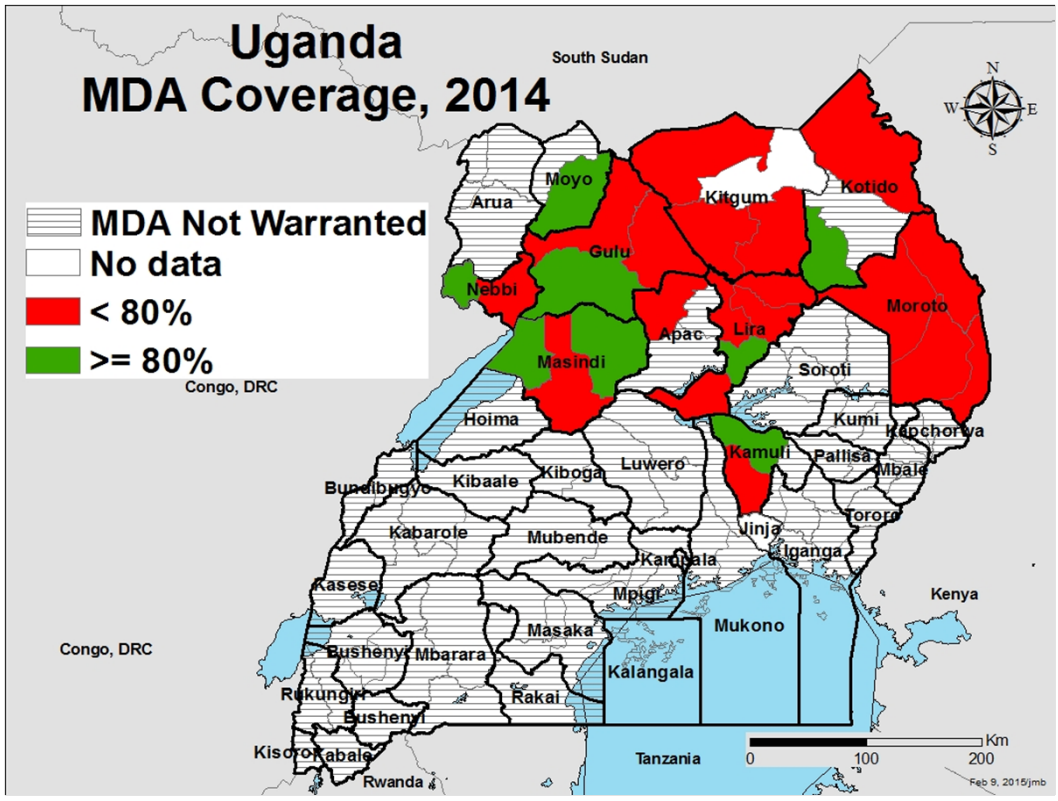


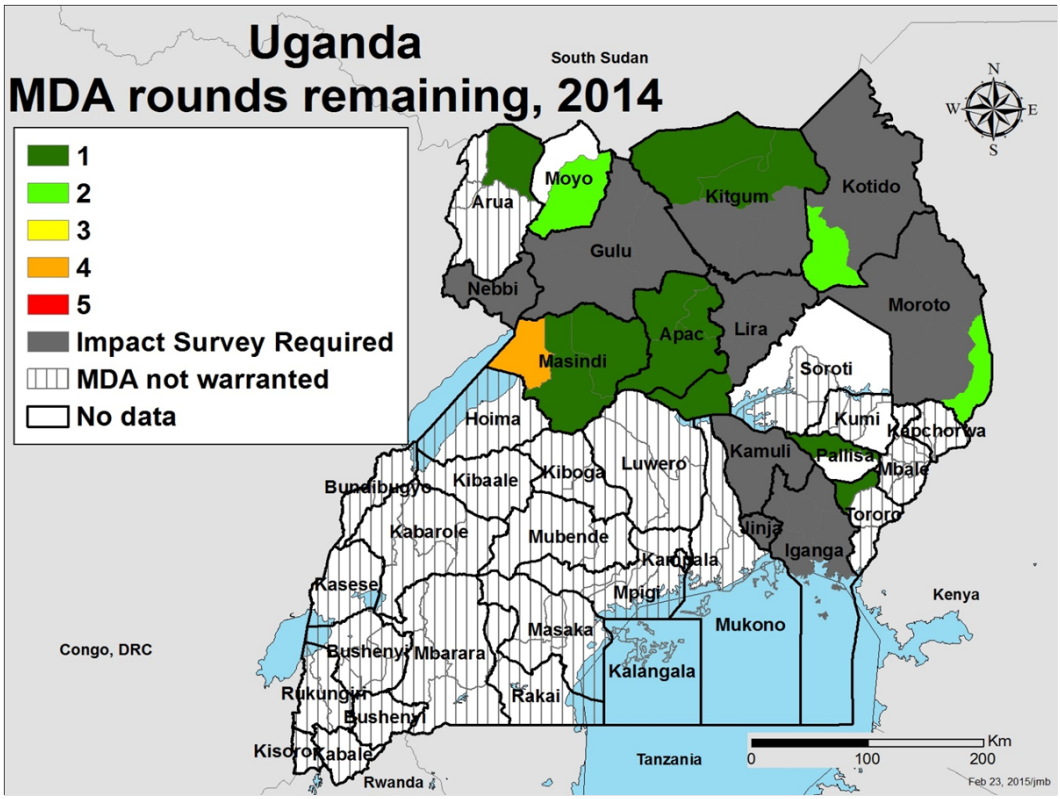
Source: GTMP

2014



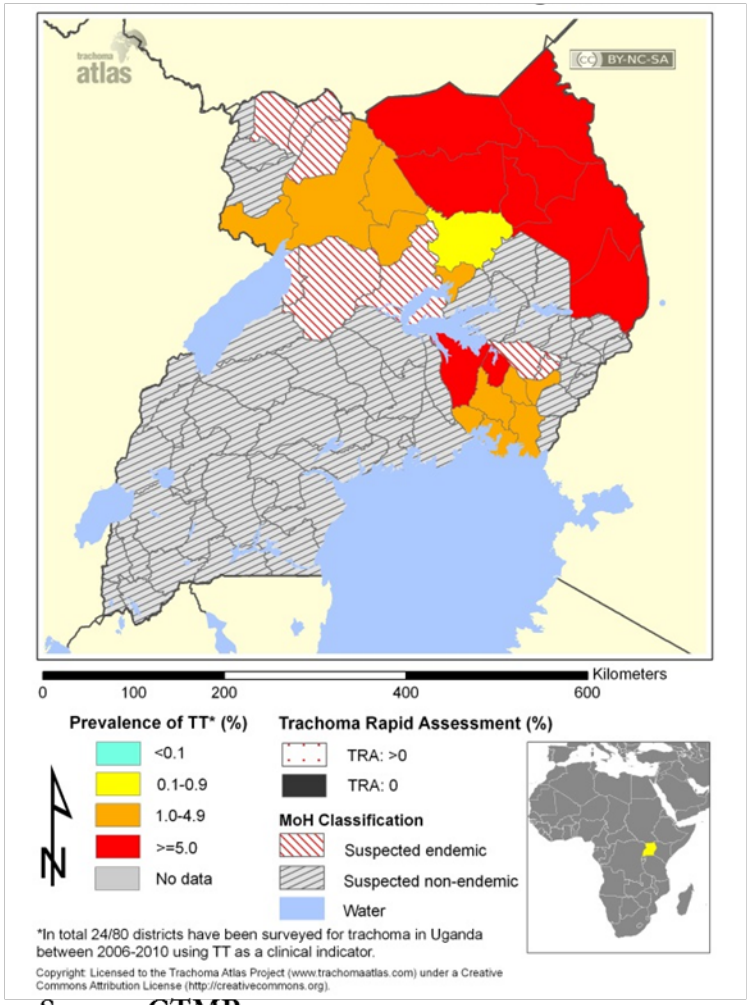
Source: GTMP


Uganda
MDA Coverage, 2014
South Sudan
MDA Not Warranted
No data
< 80%
>= 80%
Congo, DRC
Moyo
Arua
Kitgum
Kotido
Gulu
Nebbi
Moroto
Apac
Lira
Masindi
Soroti
Hoima
Kumi
Kapchorwa
Kamuli
Pallisa
Mbale
Luwero
Kiboga
Kibaale
Bundibugyo
Tororo
Kabarole
Mubende
Jinja
Iganga
Kampala
Kasese
Mpigi
Kenya
Masaka
Mukono
Bushenyi
Mbarara
Kalangala
Rukungiri
Rakai
Kisoro
Kabale
Tanzania
Rwanda
Km
0
100
200
Feb 9, 2015/jmb


Uganda
MDA rounds remaining, 2014
South Sudan
1
2
3
4
5
Impact Survey Required
MDA not warranted
No data
Congo, DRC
Moyo
Arua
Kitgum
Kotido
Gulu
Nebbi
Moroto
Apac
Lira
Masindi
Soroti
Hoima
Kumi
Kapchorwa
Kamuli
Pallisa
Mbale
Luwero
Kiboga
Kibaale
Bundibugyo
Tororo
Kabarole
Mubende
Jinja
Iganga
Kampala
Kasese
Mpigi
Kenya
Masaka
Mukono
Bushenyi
Mbarara
Kalangala
Rukungiri
Rakai
Kisoro
Kabale
Tanzania
Rwanda
Km
0
100
200
Feb 23, 2015/jmb

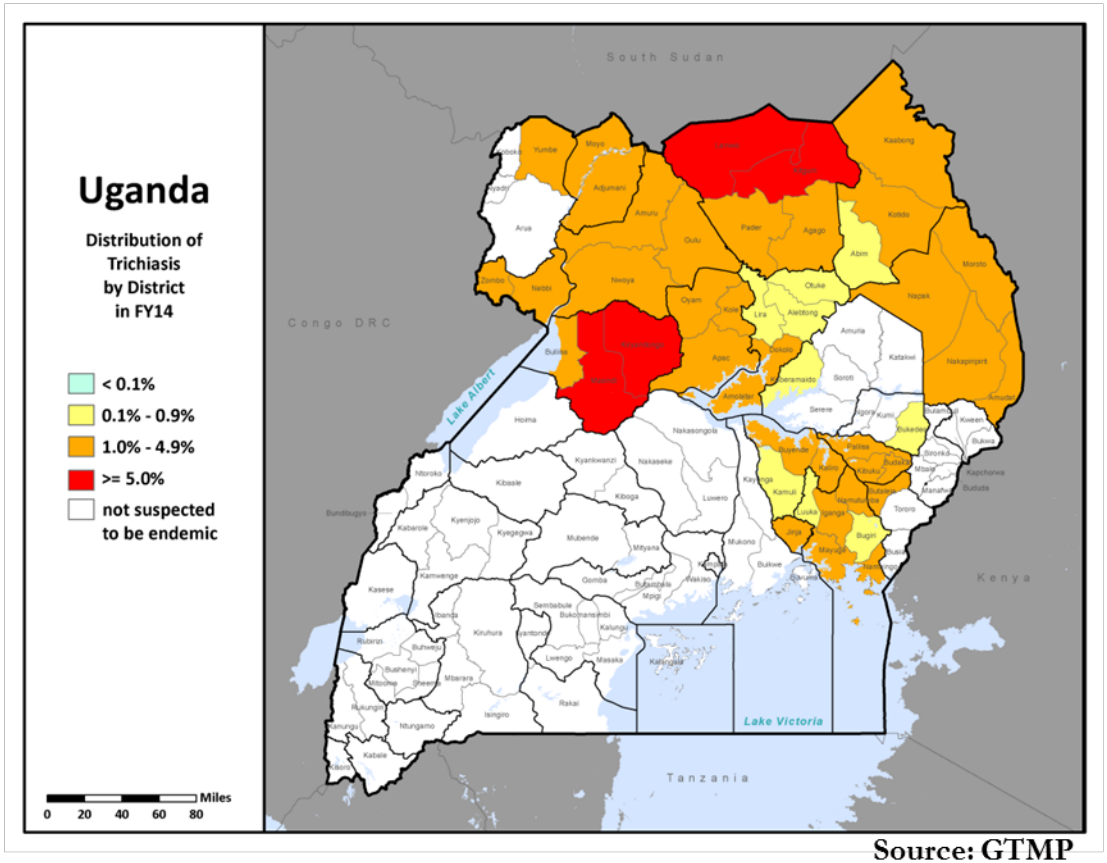
Ouganda: Prévalence du TT chez les adultes de ≥ 15 ans

Baseline and Impact Surveys 2006-2012



Source: GTMP

2014



Source: GTMP

Tableau 1. Sommaire des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays soutenus par le Centre Carter)

Données nationales telles que rapportées pour la seizième réunion de bilan annuelle de 2014, Atlanta, Georgie, 2-4 mars 2015

	Mali	Niger	Soudan	Sud Soudan*	Éthiopie	Nigeria	Ouganda	Total
Chirurgie								
Interventions chirurgicales	4 493	17 745	3 295	453	65 658	7 905	9 980	**99 549**
Objectifs 2014	15 000	15 000	5 000	N/A	150 000	40 700	12 653	**225 700**
Couverture en %	30,0%	118,3%	65,9%	N/A	43,8%	19,4%	78,9%	**44,1%**
Antibiotiques								
Azithromycine								
Doses	0	N/R	977 569	N/A	25 653 520	4 595 528	3 752 843	**34 979 460**
Objectifs 2014	385 934	4 768 480	1 701 316	N/A	44 723 508	5 313 511	6 080 446	**62 973 195**
Couverture en %	0,0%	N/A	57,5%	N/A	57,4%	86,5%	61,7%	**55,5%**
Tétracycline								
Doses	0	N/R	14 686	N/A	361 519	93 648	105 576	**575 429**
Objectifs 2014	4 000	170 000	34 026	N/A	508 816	106 270	124 090	**947 202**
Couverture en %	0,0%	N/A	43,2%	N/A	71,1%	88,1%	85,1%	**60,8%**
Nettoyage du visage et éducation sanitaire								
Villages ayant reçu une éducation sanitaire	2 843	647	187	N/A	10 850	7 755	100% des villages dans les zones endémiques	**22 282**
Objectifs 2014	2 872	634	651	N/A	10 850	12 100	100% des villages dans les zones endémiques	**27 107**
Couverture en %	99,0%	102,1%	28,7%	N/A	100,0%	64,1%	100,0%	**82,2%**
Améliorations environnementales								
Latrines	9 054	8 107	N/A	N/A	1 732 049	130	N/A	**1 749 340**
Objectifs 2014	15 000	15 000	N/A	N/A	2 000 000	450	N/A	**2 030 450**
Couverture en %	60,4%	54,0%	N/A	N/A	86,6%	28,9%	N/A	**86,2%**

N/A = Non applicable

N/R = Non rapporté

Les totaux comprennent uniquement les données des pays pour lesquels les données sont disponibles.

*Les activités du programme de la lutte contre le trachome ont repris en octobre 2014 ; seules les interventions chirurgicales avaient lieu

Tableau 2. Objectifs annuels 2015 du programme national de lutte contre le trachome (pays soutenus par le Centre Carter)

Objectifs§ tels que présentés pour la seizième réunion de bilan annuelle, Atlanta, Georgie, 2-4 mars 2015§

	Mali	Niger	Soudan	Sud Soudan	Éthiopie	Nigeria	Ouganda	Total**
Chirurgie								
Personnes devant subir une opération pour un trichiasis	6 000	15 000	7 000	2 000	N/R	9 465	15 498	**54 963**
Antibiotiques								
Doses d'azithromycine à distribuer au cours d'une MDA†	0	3 349 749	1 439 315	1 000 000	50 000 000	8 675 865	2 414 877	**66 879 806**
Doses de POT à distribuer au cours d'une MDA	0	150 000	28 786	10 000	N/R	173 517	49 283	**411 586**
Nettoyage du visage								
Village à atteindre via l'éducation sanitaire	521	634	732	200	10 850	13 000	100% des villages dans les zones endémiques	**25 937**
Améliorations environnementales								
Latrines domestiques à construire	12 000	10 000	N/A	70	2 000 000	300	N/A	**2 022 370**

N/A = Non applicable

N/R = Non rapporté

§Tous les objectifs sont susceptibles d'être modifiés.

†Les objectifs en matière d'antibiothérapie ne reflètent pas les donations de Zithromax® approuvées par ITI

**Les totaux comprennent uniquement les données des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Tableau 3. Mise en place de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (Résultats obtenus avec le soutien du Centre Carter)

Résumé des interventions par pays, janvier- décembre 2014

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Sud Soudan	Éthiopie-Amhara	Nigeria	Total
Chirurgie							
Personnes ayant subi une opération pour un trichiasis	2 742	14 790	1 924	213	40 450	0	**60 119**
Objectifs 2014	6 000	11 000	2 000	N/A*	61 537	500	**81 037**
Pourcentage	45,7%	134,5%	96,2%	N/A	65,7%	0,0%	**74,2%**
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	N/A	N/A	977 569	N/A	16 516 059	N/A	**17 493 628**
Objectifs 2014	N/A	N/A	1 701 316	N/A	16 361 469	N/A	**18 062 785**
Pourcentage	N/A	N/A	57,5%	N/A	100,9%	N/A	**96,8%**
Nettoyage du visage et éducation sanitaire							
Villages où l'éducation sanitaire est en cours	521	647	187	N/A	3 459	855	**5 669**
Objectifs 2014	2 872	634	651	N/A	3 459	855	**8 471**
Couverture en %	99,0%	102,1%	28,7%	N/A	100,0%	100,0%	**94,3%**
Améliorations environnementales							
Latrines domestiques construites	4 661	8 107	N/A	N/A	104 777	N/A	**117 545**
Objectifs 2014	15 000	15 000	N/A	N/A	284 405	N/A	**314 405**
Pourcentage	31,1%	54,0%	N/A	N/A	36,8%	N/A	**37,4%**

N/A = Non applicable

*Aucun objectif n'a été fixé pour 2014, pour des questions de sécurité ; seules les activités chirurgicales ont repris en Septembre 2014.

** Le Centre Carter est le partenaire qui coordonne les activités en matière de CH, de N et de CE en Ouganda. Le Centre Carter ne met en œuvre directement aucune activité. C'est pourquoi elle n'a pas fixé d'objectifs pour les interventions de CHANCE.

Tableau 4. Mise en place de CHANCE avec l'aide du Centre Carter

Cumulatif de ces interventions par pays, 1999-2014

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Sud Soudan	Éthiopie-Amhara	Nigeria	Total
Personnes ayant subi une opération pour un trichiasis	28 432	47 725	8 408	9 236	384 421	453	**478 675**
Doses d'azithromycine distribuées au cours d'une MDA	698 083	3 780 384	3 507 228	2 658 359	100 328 884	2 817 167	**113 790 105**
Villages où l'éducation sanitaire est en cours	2 622	1 122	664	3 574	3 459	860	**12 301**
Latrines domestiques construites	95 940	93 717	N/A	646	2 914 235	31 979	**3 136 517**

N/A = Non applicable

Figure 1. Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter

Données nationales telles que présentés pour janvier - décembre 2014

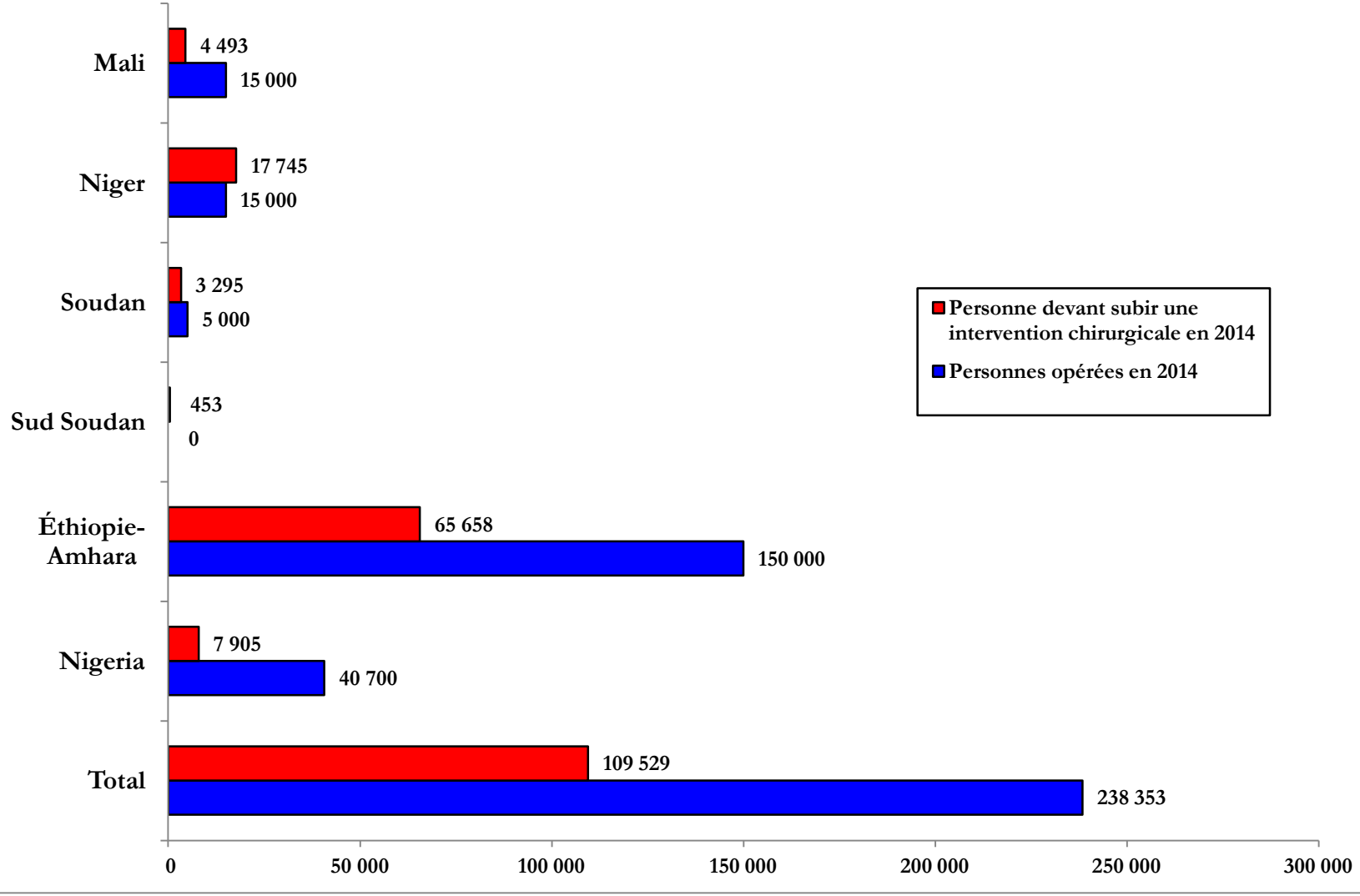


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter

Données nationales telles que présentés pour janvier - décembre 2014

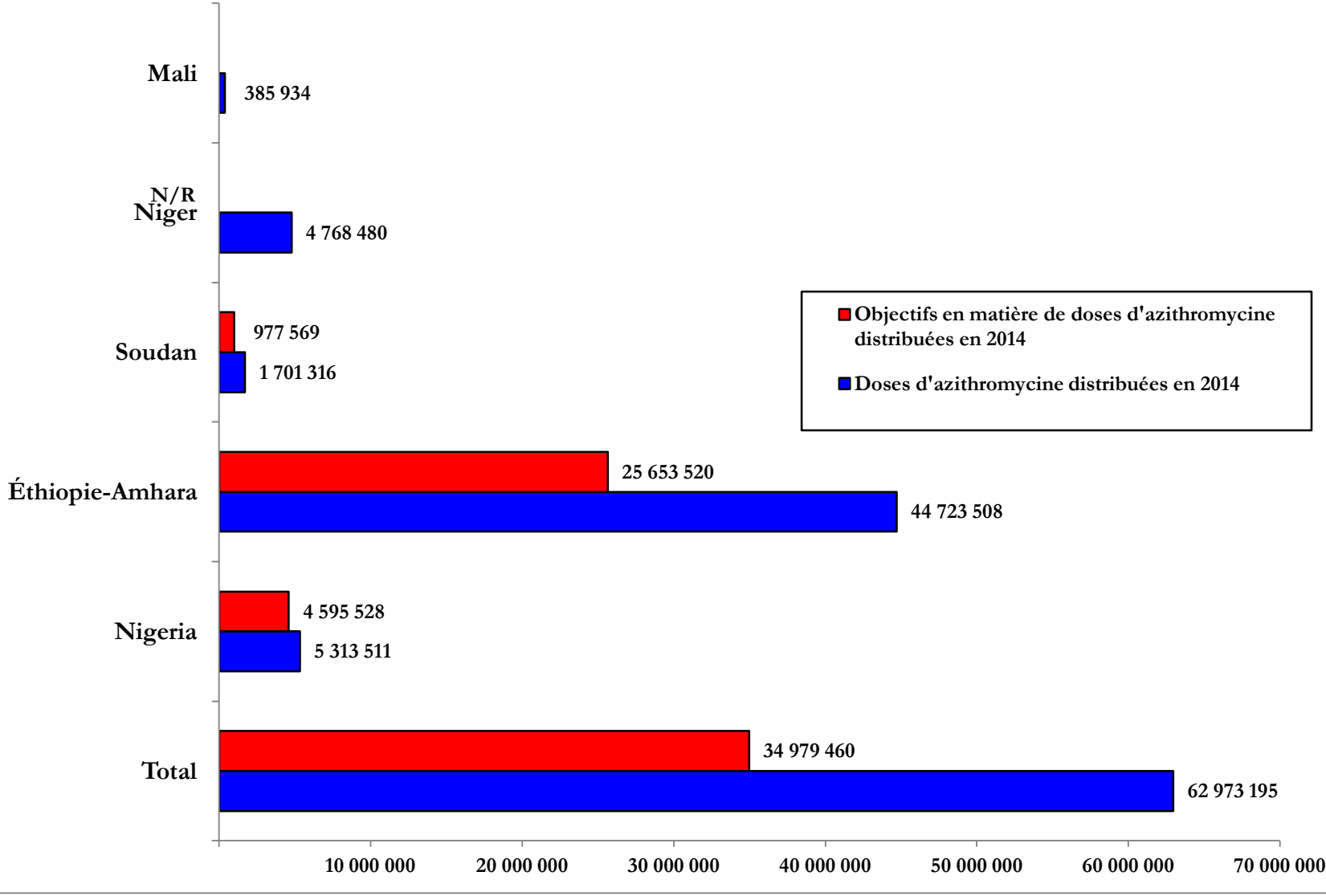


Figure 3. Éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter

Données nationales telles que présentés pour janvier - décembre 2014

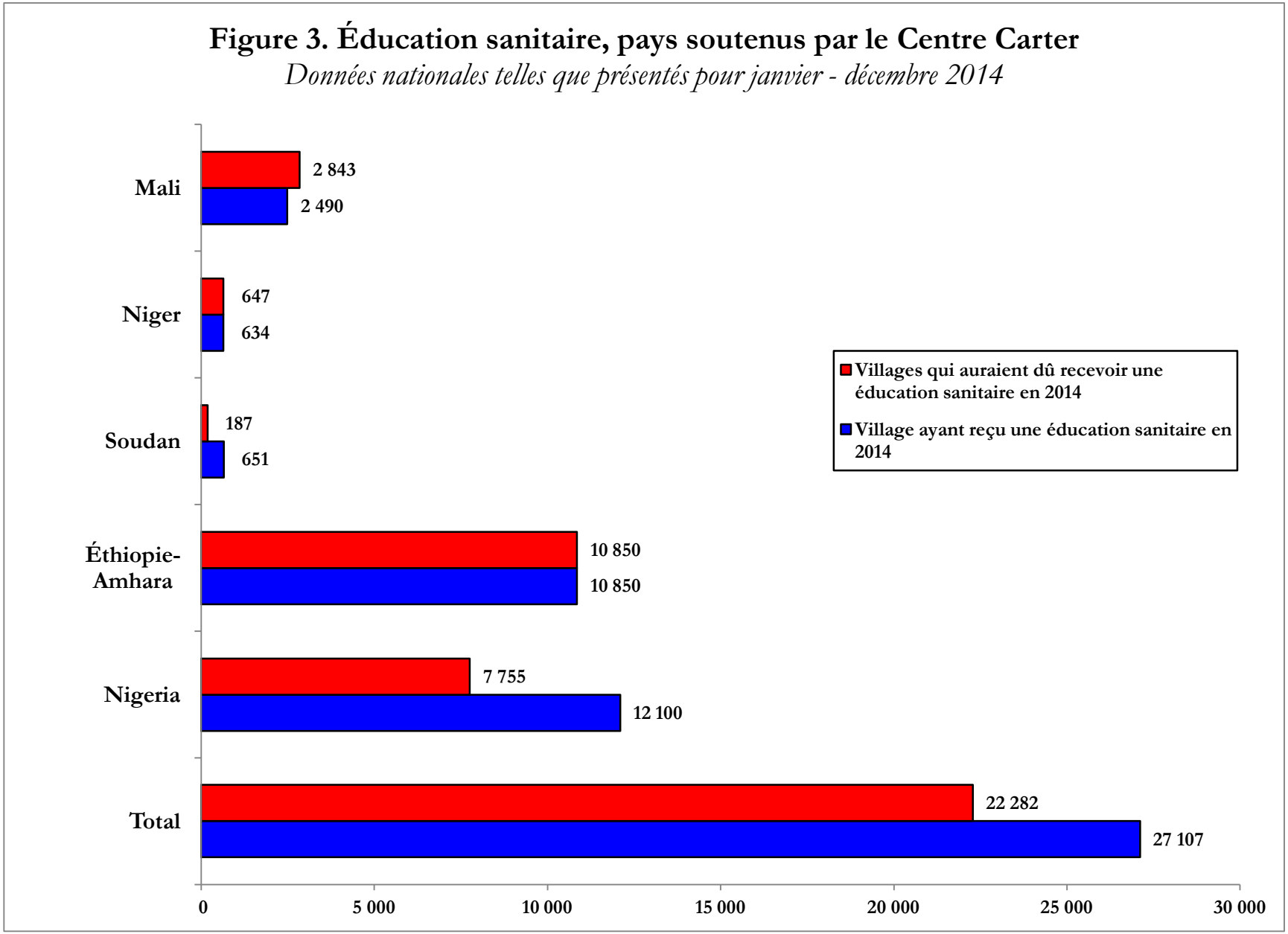
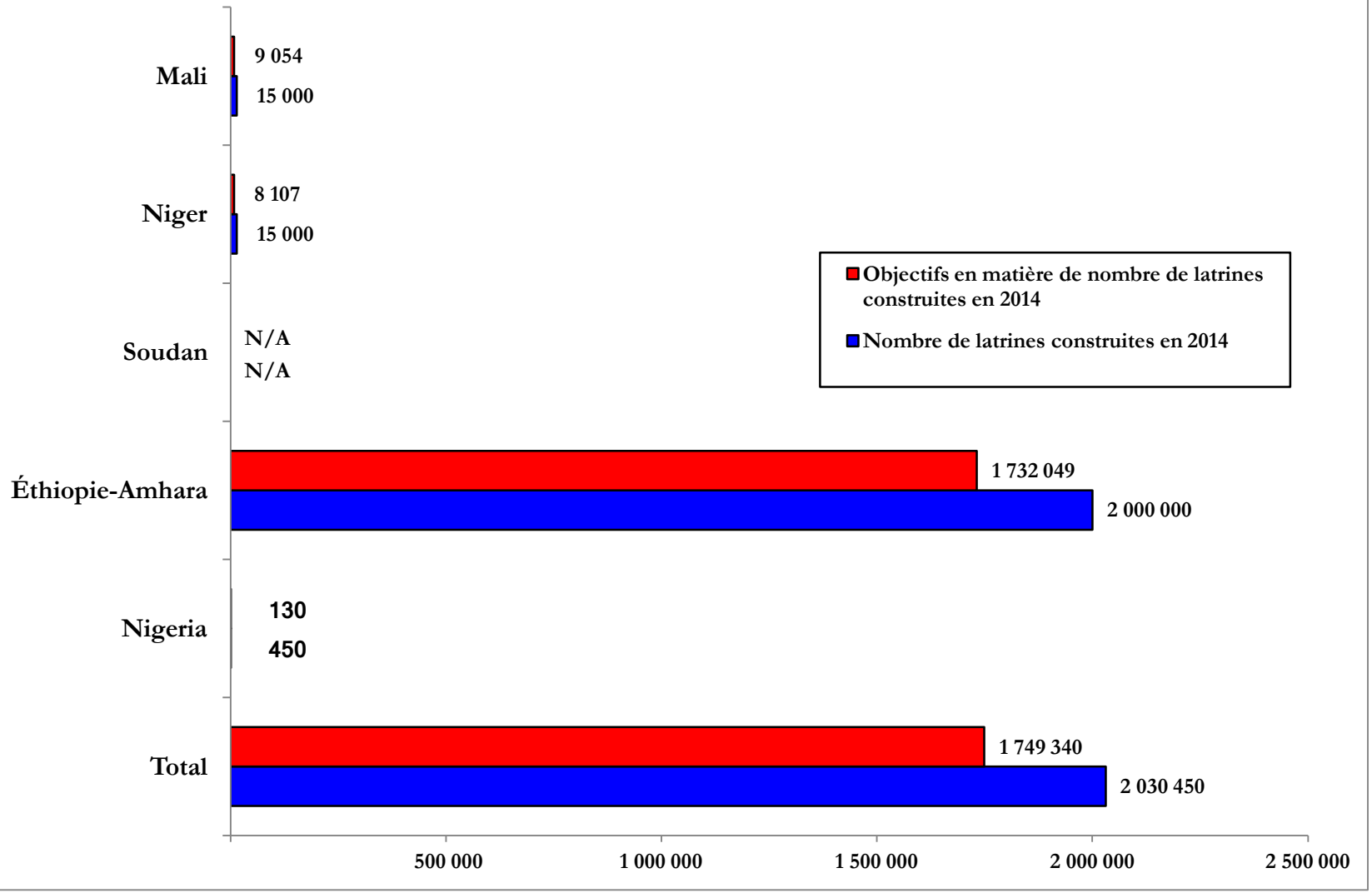


Figure 4. Latrines domestiques construites, pays soutenus par le Centre Carter

Données nationales telles que présentés pour janvier - décembre 2014



Où existe-il des opportunités de communication pour le changement de comportements?

Présenté par Tara Brant, CCCE Consultant, Le Centre Carter, Éthiopie

Contexte et justification

En Éthiopie, la région d'Amhara a la plus forte prévalence connue à la fois pour le trachome actif chez les enfants âgés de un à neuf ans, et pour le TT chez les adultes âgés de 15 ans et plus. Bien qu'il y a eu des réussites avec les composants N et A de la stratégie CHANCE, notamment une très bonne couverture médicamenteuse qui a été validée, la région n'a pas encore atteint l'UIG. Les MDA seules ne suffisent probablement pas à éliminer le trachome dans les zones qui sont les plus touchées par la maladie. C'est pourquoi le nettoyage du visage et les changements environnementaux doivent être inclus dans les stratégies d'élimination du trachome. Comprendre ce qui freine les populations à adopter le N et les CE est indispensable pour atteindre les UIG en Amhara.

Objectif

Cette étude vise à comprendre les facteurs de comportement qui favorisent et font obstacle aux bonnes pratiques d'hygiène, telles que le nettoyage du visage et l'utilisation de latrines, dans l'ensemble de la région d'Amhara afin de développer de nouveaux messages et des outils pédagogiques en matière de salubrité.

Objectifs de l'étude

1. Évaluer les déterminants comportementaux importants incitant à laver le visage des enfants
2. Évaluer les déterminants comportementaux importants incitant à la construction et à la réparation des latrines ainsi qu'à leur usage
3. Explorer les opportunités existantes de communication en matière de changement de comportement (CCC) dans la région d'Amhara et déterminer les messages et les outils appropriés pour chaque paramètre ainsi que pour les composants N et CE de CHANCE

Méthodes

Pour les objectifs un et deux, une enquête comparative binaire sera utilisée pour identifier les principaux déterminants qui influençaient la face à laver les comportements des mères d'enfants de moins de six ans et, chez les enfants d'âge scolaire de sept à neuf ans, ainsi que les déterminants qui influencent l'utilisation de latrines parmi les membres de la communauté. Afin de déterminer les opportunités actuelles de CCC et de développer du matériel pédagogique en matière d'éducation sanitaire comme proposé dans l'objectif trois, des discussions de groupes (FGD) seront menées avec les informateurs clés dans l'ensemble de la région d'Amhara.

Sélection des woredas (districts)

Cette étude sera effectuée dans l'ensemble de la région d'Amhara. Les 10 sites sont admissibles dans l'étude et un maximum de 16 sites seront évalués, jusqu'à saturation. Les woredas seront sélectionnés en fonction des changements observés en matière de prévalence de TF par rapport à l'évaluation d'impact la plus récente, servant de référence. Des sites seront sélectionnés dans l'est et l'ouest de l'Amhara, et comprendra des woredas qui ont montré une augmentation ou une diminution de la prévalence de TF. Pour les woredas pour lesquels aucune évaluation d'impact au niveau du district n'a été réalisée, l'estimation au niveau des zones sera

utilisée pour faire la comparaison avec l'analyse d'impact, assurant une différence dans l'estimation ponctuelle de la TF qui est en dehors de l'intervalle de confiance.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon proposé pour l'enquête comparative binaire est indiquée dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1. Matrice d'échantillonnage pour l'enquête comparative binaire

Comportement	Groupe prioritaire	Nbre de sites d'étude pour chaque enquête	Nombre minimal de participants
Nettoyage du visage	Mères d'enfants âgés de 1 à 6 ans	16	640
Utilisation des latrines	Membres de la communauté âgés de 13 ans et plus	16	640
	Total	16	1280

Discussions de groupe : Dans chacune des 10 zones, une discussion de groupe sera menée avec six à dix membres de chacun des groupes suivants :

- L'armée pour l'amélioration de la santé des femmes
- Les enseignants (grade de un à cinq)
- Les étudiants (grade de un à cinq)
- Les chefs religieux, les commerçants et autres personnes influentes de la communauté

Avancement

En mars 2015, le pilote de l'étude a été réalisé et l'équipe de l'essai a été formée. La collecte des données débutera en avril 2015 et durera environ trois mois. Lorsque les données seront recueillies, elles seront analysées et guideront l'élaboration de nouveaux messages d'éducation et d'outils sanitaire.

Progrès du WASH en termes d'élimination du trachome

Présenté par Yael Velleman, analyste principal des politiques (santé et hygiène), WaterAid, au nom de l'ICTC du groupe de travail WASH ainsi que de l'OMS

Historique

Au cours des dernières années, il y a eu une reconnaissance accrue du rôle crucial du WASH qui lutte efficacement contre le trachome cécitant pour atteindre les objectifs fixés pour 2020. Cette reconnaissance se traduit par une intensification de la collaboration avec les intervenants du WASH, mais va au-delà de la coordination. Ce document décrit certaines des principales activités en cours afin de recevoir des commentaires de la part des participants à la réunion et de les inciter à participer aux activités à venir.

Stratégie et orientation

OMS

Lors la réunion, en 2014, de l'alliance de l'OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici l'an 2020, la nécessité d'un renforcement de la coordination interne au sein de l'OMS pour WASH et la lutte contre le trachome a été notée comme un élément clé. L'OMS a depuis créé un groupe interne de coordination réunissant le département traitant des MTN ainsi que les équipes s'occupant de l'assainissement de l'eau et de la salubrité. Ce groupe a initié un processus de définition d'une stratégie organisationnelle du WASH et du groupe des MTN, avec le trachome comme l'une des maladies pour lesquelles il est nécessaire d'intensifier la lutte. Le projet de stratégie prendra fin au cours des prochains mois par le biais d'un processus de consultation et comprendra les objectifs stratégiques suivants :

- Information et sensibilisation : "Accroître la sensibilisation aux avantages qu'apporteraient des actions menées conjointement de la part du WASH et des MTN, en prouvant, grâce aux résultats, que les prestations en sont améliorées "
- Contrôle : "Améliorer le contrôle du WASH et des MTN pour souligner les inégalités existantes et cibler l'investissement"
- Preuves et normes : "Accroitre les bases de données probantes sur la façon de fournir des interventions efficaces de la part du WASH dans la lutte contre les MTN et leur élimination, et intégrer mes conclusions dans les directives et les pratiques "
- Planification et prestation conjointe des programmes : " planifier, réaliser et évaluer les programmes du WASH et des MTN avec une coopération mutuelle de la part des intervenants des deux organismes aux niveaux mondial, national ainsi qu'au niveau des districts "

Mises à jour de la coalition internationale pour la lutte contre le trachome (ICTC)

Le groupe de travail de l'ICTC du WASH, créé en janvier 2014, a élaboré un ensemble de principes pour le N et les CE, pour permettre d'éclairer l'élaboration de programmes et de partenariats pour l'élimination du trachome.

Pratique

À la suite du travail pour définir les principes pour le N et les CE, en s'appuyant sur le manuel des MTN actuel pour les praticiens du WASH, le groupe de travail de l'ICTC du WASH est en train d'apporter la touche finale à un outil de planification pour le N et les CE. L'outil est conçu pour informer les responsables

du programme pour la lutte contre le trachome ainsi que les autres intervenants impliqués dans la planification de la lutte contre le trachome, qui a débuté sous l'égide des programmes subventionnés (The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust et le département pour le développement international (DFID) des programmes pour la lutte contre le trachome) ; mais l'intention est de rendre l'outil accessible à toutes les intervenants qui pourraient le trouver utile. L'outil sera terminé en Avril 2015. L'outil devrait être une ressource utile pour d'autres MTN, et nous espérons qu'il pourra compléter les stratégies de l'OMS, du WASH et des MTN.

Au cours de 2013-2014, plusieurs études de recherche formative intensives se sont concentrées sur l'identification des normes et des obstacles relatifs aux interventions dans le cadre du N et des CE dans le nord du Kenya et l'Ouganda.

- Des recherches pour contribuer à l'élaboration d'interventions de modification du comportement en matière de N et de CE de la stratégie CHANCE au Turkana et au Marsabit, au Kenya- novembre 2013- école de Londres pour l'hygiène et la médecine tropicale.
- Comprendre les facteurs individuels et contextuels dans la campagne pour la communication pour le changement des comportements dans le cadre de la prévention du trachome dans les régions du Busoga et du Karamoja, en Ouganda- avril 2014- centre universitaire Johns Hopkins pour les programmes de communication.

La Fondation Fred Hollows, en collaboration avec d'autres membres de l'ICTC, a entrepris de combler les lacunes en matière de connaissance, dans deux domaines : les motivations pour nettoyer le visage et autres mesures d'hygiène afin d'éclairer l'élaboration des programmes en matière de changement des comportements (en finançant des travaux de recherche formative en Éthiopie) ; et le coût de la mise en œuvre du N et des CE dans le cadre des programmes nationaux d'élimination du trachome à différents stades du cycle d'intervention, notamment au démarrage, au cours de la mise en œuvre et de la maintenance (grâce au financement des travaux par PriceWaterhouseCooper).

L'ICTC poursuit ses travaux pour soutenir ses engagements avec le secteur du WASH. En août 2014, les représentants de l'ICTC ont participé à la semaine mondiale de l'eau à Stockholm pour établir des réseaux ainsi qu'une campagne de sensibilisation. Une proposition commune de l'ICTC et de l'OMS pour une cession sur le WASH et les MTN a été soumise pour la semaine mondiale de l'eau de 2015.

Au sein de la communauté plus vaste des MTN, un groupe de travail pour le WASH a été créé grâce au réseau des organisations non gouvernementales de développement (ONGD) pour les MTN, avec une première réunion en septembre 2014. La réunion faisait suite à une table ronde organisée par le consortium de recherche sur l'assainissement et l'hygiène appliqué à la recherche pour l'égalité à Londres, qui ont discuté et établi un programme commun concernant la recherche et le contrôle pour le WASH et les NTD.

Contrôle

La nécessité d'un cadre de surveillance pour WASH et la lutte contre le trachome, qui favorise une meilleure collaboration, ainsi que l'intégration, selon les besoins, est de plus en plus reconnu, étant donné que " ce qui est mesuré est entrepris ". Après la table ronde sur le WASH et les MTN, organisée par le consortium de recherche de CHANCE à Londres en septembre 2014, le groupe de travail, nouvellement créé, du réseau des ONGD en matière de MTN a commencé à définir des indicateurs communs au WASH et aux MTN. Cela permettra d'utiliser la méthode Delphi et de s'appuyer sur des travaux existants du projet de Cartographie Globale du Trachome, sur les fiches techniques établies pour la table ronde de Londres, ainsi que sur

l'ébauche de la consultation de l'OMS concernant les indicateurs post-2015 et les objectifs et les indicateurs post-2015 proposés en matière de WASH. Il est à espérer que ces travaux puissent éclairer le suivi des débats à différents niveaux, tels que la possibilité d'inclure des indicateurs du WASH dans le rapport de la déclaration de Londres et les indicateurs en matière de MTN dans les cadres de suivi mondiaux concernant le WASH. Des membres de l'ICTC forment les sous-groupes chargés de ces travaux.

Conclusions

Il y a un élan important au sein de la communauté engagée dans la lutte contre le trachome pour accorder la priorité au N et aux CE ainsi qu'à la collaboration avec les intervenants du WASH. Cet élan nous informe des travaux menés par des groupes travaillant sur d'autres MTN, avec des outils de programmation et de contrôle particulièrement intéressants. Les efforts devraient se concentrer sur la finalisation des travaux actuels et sur la garantie de leur application générale tout en communiquant les détails des opérations et faisant part des réussites.

Mises à jour de la coalition internationale pour la lutte contre le trachome

Présenté par le Dr. K.H. Martin Kollmann, Président de l'ICTC

Historique

La communauté engagée dans la lutte contre le trachome fait de gros progrès comme le montre le second rapport de progression dans la déclaration de Londres sur les MTN, qui compare les progrès réalisés aux engagements importants pris en 2012. Le rapport de 2014, produit par " Unis contre MTN ", a démontré que la lutte contre le trachome était sur la bonne voie selon tous les indicateurs, ce qui est très encourageant pour toutes les parties impliquées dans la lutte contre cette maladie. De plus, le rapport épidémiologique hebdomadaire de l'OMS montre que le nombre d'interventions chirurgicales du trichiasis et de distributions d'antibiotiques ont augmenté de façon significative au cours de la dernière décennie bien que les difficultés rencontrées pour la mise en place des composants N et CE restent importantes.

Ce succès s'appuie sur :

- Un solide partenariat mondial (alliance GET 2020 de l'OMS)
- Une prise en charge locale et un leadership (programmes nationaux)
- Une approche de santé publique convenue au préalable (stratégie CHANCE)
- Un programme de donation des médicaments (’Initiative Internationale pour le Trachome (ITI))
- Le soutien de l'ICTC
- Intérêt de la part des donateurs et leur coordination

Progrès réalisés en 2014

Groupes de travail

Les sept groupes de travail de l'ICTC formés au début de 2014 sont la voie principale d'engagement et de contribution des membres à la coalition.

Ressources techniques

Les groupes de travail développent toute une gamme de ressources techniques nommée " les pratiques préférées de l'ICTC " pour faciliter la mise en œuvre des stratégies et les directives de l'OMS et renforcer les capacités des membres et des partenaires. Les nouvelles ressources inclues : Un manuel pour l'organisation des intervention chirurgicales du trichiasis, un manuel de micro-planification pour des administrations en masse du médicament Zithromax® efficaces, un guide pour les formateurs en administrations de masse du médicament Zithromax®, et un plan d'action pour la lutte contre le trachome mis à jour : Un guide de planification pour l'élimination mondiale du trachome cécitant. Un certain nombre d'autres ressources sont en préparation.

Approche de gestion des subventions

Avec le lancement de deux grandes initiatives des partenariat de l'ICTC, le CTIC a procédé à la gestion des subventions afin de pouvoir garantir un soutien technique, ainsi que la qualité et la réduction du risque. Grâce au déploiement des pratiques privilégiées de l'ICTC et de la supervision d'un comité consultatif du

programme CTIC Le modèle peut être appliqué dans tout programme de mise en œuvre différentes, assurant une approche cohérente et aperçu du programme, ainsi qu'à assurer la coordination entre les donateurs.

Saisir l'ampleur du problème

Le GTMP, qui a pour but de mener une enquête dans chaque zone du monde soupçonnée d'être endémique a fait d'incroyables progrès en 2014. Le projet a atteint son objectif initial bien avant l'échéance prévue en septembre 2014. À la fin de 2014, le GTMP avait cartographié 94 % des zones ciblées et avait examiné plus de 1,8 millions de personnes dans 21 pays.

Sources de financement

Divers généreux donateurs soutiennent la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, y compris USAID, DFID, la Fondation du Lions Clubs International, l'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee, Pfizer Inc., la fondation Conrad N. Hilton et d'autres encore. Les subventions suivantes sont gérées directement par l'ICTC en tant que consortium, également connu sous le nom de " initiatives de partenaires " : L'initiative Queen Elizabeth Diamond Jubilee contre le trachome et le DFID de CHANCE. Un certain nombre des membres de l'ICTC travaillent également de concert sur le GTMP soutenu par le DFID, grâce à une subvention obtenue par Sightsavers et USAID.

Initiatives de partenariat de l'ICTC

En 2014, les membres de l'ICTC, de concert avec les partenaires donateurs, ont lancé deux grandes initiatives pour l'élimination du trachome : l'initiative contre le trachome de l'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee en Afrique, qui travaille en Ouganda, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, au Nigéria et en Tanzanie, et la mise en œuvre du programme CHANCE trachome par le DFID travaillant actuellement au Tchad, en Éthiopie, en Tanzanie et en Zambie.

Autres initiatives

- ITI dans le Pacifique a investi afin de favoriser les partenariats, la fondation Fred Hollows, qui a réinvesti dans le travail avec l'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee, les services des administrations locales et les MdS, ainsi que les organisations non gouvernementales partenaires pour identifier les programmations variées requises pour éliminer le trachome cécitant dans quatre nations insulaires du Pacifique.
- Alliance contre le trachome de la Méditerranée orientale a également offert des fonds. L'ICTC a travaillé avec l'Alliance grâce à un protocole d'entente pour soutenir le renforcement des capacités des ateliers, le partage des ressources techniques et l'engagement sur le terrain. Les membres de l'ICTC et de l'Alliance ont également soutenus la cartographie de la région du GTMP et ont coordonné une proposition de financement pour la mise en œuvre totale de CHANCE en Égypte, au Pakistan et au Soudan.
- HKI, membre de l'ICTC, a été désigné partenaire principal dans un projet de cinq ans, 35 millions de dollars de subvention accord de coopération sur la gestion de la morbidité et la prévention de l'invalidité pour le trachome cécitant et activités de la filariose lymphatique. Les autres partenaires sont RTI International, projet africain pour lutter contre la morbidité filariose lymphatique (African Filariasis Morbidity Project) et le centre d'ophtalmologie communautaire Kilimanjaro.

Principaux obstacles

WASH

L'ICTC travaille en étroite collaboration avec les membres et les autres intervenants, y compris l'OMS, sur le WASH, sur l'élaboration des stratégies et des principes et la définition des indicateurs pratiques pour traiter les problèmes du N et des CE.

Intensification et renforcement des capacités

Une intensification nécessite le renforcement des capacités coordonnés en matière d'économies, de coordination, et d'adaptation des politiques mondiales à une pratique locale et à la gestion du programme.

Besoin de plus de financement

En 2011, d'après le plan mondiale du CTIC, 2020INSight, il a été estimé que 430 à 748 millions de dollars américains seraient nécessaires pour parvenir à l'élimination du trachome. Une intensification significative et la finalisation de la lutte contre le trachome signifient se heurter à de nouveaux obstacles, ce qui occasionnent une augmentation des coûts.

Les points marquants à venir

- Planification de la stratégie après 2015 : L'ICTC entreprend une consultation sur la planification de la stratégie à développer après 2015 en réponse à un environnement qui évolue rapidement et aux obstacles qui pourraient se présenter.
- Ressources allouées pour 2015 : Afin de pouvoir recueillir le soutien nécessaire pour répondre à l'échéance de l'élimination du trachome en 2020, l'ICTC est en train d'élaborer un certain nombre d'outils clés, notamment une analyse des lacunes, afin de mettre en lumière les pays et les zones qui ne reçoivent pas de fond (en collaboration avec l'OMS), un " calculateur de la mise en œuvre de CHANCE sur le plan mondial " pour contribuer à la détermination des coûts de l'élimination du trachome dans les différents environnements, et élaborer un rapport intérimaire sur le 2020 Insight : " the end in sight global roadmap ".
- Élection du nouveau vice-président : L'ICTC accueillera un nouveau vice-président en avril 2015.

Indicateurs en matière de nettoyage du visage et de changements environnementaux (N et CE) : Montrer les impacts au travers des objectifs

Présenté par Angelia Sanders, directrice adjointe du Coordonnateur du programme de lutte contre le trachome, Le Centre Carter

Historique

Il a toujours été reconnu que mesurer le comportement est une chose difficile et des indicateurs "simples, valides et pouvant être reproduits " sont nécessaires car " ce qui est mesuré est entrepris ". Malgré ce besoin, le programme de la lutte contre le trachome du Centre Carter rencontre des difficultés à adopter les indicateurs en matière de N et de CE qui aident le programme à la fois dans sa prise de décision et dans l'évaluation des progrès réalisés dans ces domaines. Les indicateurs en matière de N et de CE proposés en 2000 incluaient un rapport sur:

- Le pourcentage des villages ciblés ayant reçu une éducation sanitaire (ES)
- Le pourcentage des enfants âgés de 1 à 10 ans dont le visage est propre
- Le pourcentage des communautés endémiques dont la plupart des foyers (>50%) sont équipés de toilettes ou de latrines couvertes
- Le pourcentage des communautés endémiques dont la plupart des foyers (>50%) ont accès à une source d'eau située à moins de 1 kilomètre (trajet de 30 mn) du foyer

Dans l'évaluation des indicateurs actuels, il est important de connaitre ce qu'ils disent et ce qu'ils ne disent pas. Les deux indicateurs actuels: le fait que 100% des villages ciblés ont reçus une ES (nombre de villages avec ES) et 100 % des foyers possèdent des latrines (nombre de latrines domestiques construites) nous informe qu'une ES a bien été dispensée et que des latrines existent. Cependant, ils ne nous disent pas si les messages ont bien été reçus et s'il en résulte des changements positifs de comportement ni si les latrines sont utilisées.

Indicateurs proposés:

Basés sur les précédentes réunions de bilan du Centre Carter, les indicateurs proposés par le programme commun de surveillance, les études et les recherches académiques menées par les partenaires du WASH, et l'expérience personnelle acquise sur le terrain, cinq indicateurs en matière de N et de CE sont proposés au dirigeant du programme pour permettre d'aller de l'avant :

Nettoyage du visage

1. *100% des enfants âgés de 1 à 9 ans ont le visage propre*
    a. Visage propre signifie: absence de sécrétions nasales ou oculaires

Améliorations environnementales

2. *100% des foyers sont équipés de latrines en bon état*
    a. Des latrines en bon état sont définies comme:
        i. Des latrines à fosse avec une superstructure
        ii. Une plate-forme ou une dalle qui recouvre entièrement le contenu de la fosse non située sur le trou lui même
        iii. Accessibles (absence d'obstacles, non utilisées à d'autres fins)

iv. Les latrines ne doivent pas être partagées entre plus de cinq familles ou 30 personnes (le chiffre le plus faible devant être retenu) et les utilisateurs doivent se connaitre

3. *100% de couverture des écoles en matière de latrines*
    a. La couverture en matière de latrines est définie comme:
        i. Au moins une installation sanitaire pour 25 filles, plus une pour le personnel féminin
        ii. Au moins une installation sanitaire, plus un urinoir (ou 50 centimètres urinoirs muraux) pour 50 garçons, plus une installation sanitaire pour le personnel masculin
        iii. Sont équipées d'un point d'eau pour le lavage des mains / du visage à l'intérieur ou à proximité des installations sanitaires

4. *Utilisation des latrines de 100%*
    a. L'utilisation des latrines est considérée comme satisfaisant lorsque au moins *deux des cinq* des signes ci-dessous (ou d'autres signes approprié selon la culture) sont présents:
        i. Chemin marqué menant aux latrines
        ii. Présence de fèces fraîches dans la latrines
        iii. Un point d'eau dans/à côté des latrines utilisé pour le nettoyage anal et/ou le lavage des mains
        iv. Les foyers confirment verbalement l'utilisation des latrines
        v. Absence de fèces observées dans l'enceinte ou aux environs des villages (libre défécation en plein air)

5. *100% des foyers ont accès à un point d'eau protégé*
    a. Les points d'eau protégés comprennent:
        i. Les puits peu profonds
        ii. Les puits profonds
        iii. Les pompes de forage
        iv. Les citernes de récupération d'eau de pluie
        v. L'eau courante

Ces indicateurs ont été classés en se basant sur la nécessité de répondre à six questions (voir tableau 1). Les réponses à ces questions fourniront aux programmes une mine d'informations, telles que : si les enfants ont le visage propre ; si les foyers sont équipés de latrines qui sont utilisées ; si les enfants ont accès à des latrines lorsqu'ils sont à l'école ; et si les foyers ont accès à un point d'eau. La propreté des visages, l'accès à des latrines et leur utilisation à l'école comme à la maison, ainsi que l'accès à de l'eau propre sont susceptibles de contribuer à la réduction du risque d'infection. Dans le cas des enfants, avoir accès à des latrines à l'école renforce les changements de comportement concernant l'utilisation des latrines et rend les messages d'éducation sanitaire plus efficaces. De plus, dû au fait que ces indicateurs sont redondants avec certains des indicateurs actuellement utilisés pour le WASH, cela devrait faciliter le travail en commun, la rationalisation des activités et le partage des données.

Activités relatives au N et aux CE

Afin de permettre aux différents programmes d'accéder à leur indicateurs, les activités doivent être menées et les informations les concernant, communiquées. Plusieurs de ces activités peuvent être menées par les

ministères de la santé et de l'eau afin d'atteindre les objectifs en matière d'indicateurs. Cependant, il n'est pas facile de fournir régulièrement des informations pour chacun d'entre eux. Reconnaissant la difficulté de rapporter les informations au niveau des villages, quatre activités primaires (voir tableau 2) sont recommandées afin que les mesures soient prises et les informations transmises dans les rapports des agents de santé communautaires (ASC). Ces activités incluent : La *tenue* des cessions d'ES, la *construction* des latrines, la *mise en place* de points d'eau, et la *réparation* des points d'eau existants. En ce qui concerne l'ES, ces cessions sont d'un très grand intérêt lorsqu'elles sont accompagnées d'une supervision et de commentaires constructifs. Une visite de supervision mensuelle efficace comprend : la vérification des données, l'observation des cessions d'ES, s'assurer que les villageois ont compris les messages d'ES, et faire immédiatement des commentaires constructifs aux agents de santé qui sont supervisés. Afin de s'assurer que les villageois comprennent les messages d'ES, les superviseurs doivent poser des questions aux membres des communautés recevant les messages d'ES pour confirmer que les bonnes informations ont été à la fois transmises et comprises. Ces commentaires constructifs doivent orienter les cessions et les messages à venir en matière d'ES.

Obstacles

Ces activités et ces indicateurs ne vont pas sans faire face à des obstacles. Les ASC chargés de collecter les données sont déjà fatigués car ils travaillent pour divers programmes de lutte contre des maladies. Il arrive qu'il y ait des incohérences dans les données collectées par les différents partenaires et les gouvernements, dû au temps nécessaire pour que les informations soient relayées des villages au niveau national ainsi qu'au manque de supervision, en raison du manque de ressources humaines et de temps. Les activités relatives au N et aux CE sont communes à différentes agence et ministères ce qui peut rendre la collecte des données difficile. Enfin, le recours aux enquêtes de couverture du TIS et des MDA comme sources de données rallongera leurs délais d'exécution.

Tableau 1. Indicateurs proposés

Quoi (indicateur / objectif)	**100% des enfants âgés de 1 à 9 ans ont le visage propre**	**100% de couverture des foyers en matière de latrines en bon état**	**100% de couverture des écoles en matière de latrines**	**Utilisation des latrines de 100 %**	**100% des foyers ont accès à un point d'eau protégé**
Qui (unité de mesure)	Enfants de 1 à 9 ans	Foyers	Écoles	Foyer	Foyer
Comment (comment l'information et mesurée)	Nbre d'enfants âgés de 1 à 9 ans ayant le visage propre / nbre d'enfants âgés de 1 à 9 ans observés	Nbre de foyers équipés de latrines / nbre de foyers	Nbre d'écoles équipées de latrines / nbre d'écoles	Nbre de foyers utilisant les latrines / nbre de foyers équipés de latrines	Nbre de foyers ayant un accès à de l'eau potable / nbre de foyers dans la zone
Quand (la date de collecte des données)	Enquête de couverture du TIS/MDA	Au cours des enquête de couverture du TIS/MDA / rapports de la part des partenaires	Enquête de couverture du TIS/MDA / rapports de la part des partenaires	Enquête de couverture du TIS/MDA / rapports de la part des partenaires	Enquête de couverture du TIS/MDA / rapports de la part des partenaires
Pourquoi (but de l'indicateur)	Des changements en matière de propreté du visage réduit le risque d'infection	L'installation de latrines réduit le nombre de lieu de ponte des mouches	Le renforcement de la diffusion des messages pour la lutte contre le trachome / pour le WASH ; groupes d'âge idéal pour faire changer les comportements	Ce n'est pas parce que vous les construisez que les populations les utiliseront	En théorie, les gens sont plus susceptibles de se laver le visage si ils ont accès à un point d'eau
Action (quelles mesures, les responsables des programmes pourraient prendre en se basant sur ces informations)	Si la couverture ne s'est pas améliorée, alors renforcer la diffusion de message d'ES	Évaluer si les objectifs en matière de couverture sont atteints. Plaider en faveur de l'installation de plus de latrines si la couverture est insuffisante	Évaluer si les objectifs en matière de couverture sont atteints. Plaider en faveur de l'installation de plus de latrines si la couverture est insuffisante	Évaluer l'utilisation des latrines. Si elle est insuffisante se concentrer sur la diffusion des messages d'ES et la manière dont les latrines sont présentées	Lobby pour l'approvisionnement en eau

Tableau 2. Activités sur le terrain

Quoi (indicateur / objectif)	**Cessions d'ES menées**	**Fourniture de nouvelles latrines**	**Construction de nouveaux points d'eau**	**Réparation de points d'eau**
Qui (unité de mesure)	Village / école	Village / école	Village / école	Village / école
Comment (comment l'information et mesurée)	Nbre de cessions menées chaque mois	Nbre de latrines construites	Nbre de nouveaux points d'eau	Nbre de point d'eau réparés / nbre de points d'eau ayant besoin d'être réparés
Quand (la date de collecte des données)	Chaque mois dans le rapport des ASC	Chaque mois dans le rapport des ASC	Chaque mois dans le rapport des ASC	Chaque mois dans le rapport des ASC
Pourquoi (but de l'indicateur)	Soutenir les stratégies de changements de comportements pour les latrines et le nettoyage du visage	Besoins en latrines pour qu'elles soient utilisées	L'accès à l'eau facilite le nettoyage du visage. Identifier si l'eau est fournie et utilisée pour promouvoir la fourniture de l'eau	Les points d'eau fonctionnent-ils et sont-ils entretenus ? Si non, faire campagne pour lever des fonds pour les réparer.
Action (quelles mesures, les responsables des programmes pourraient prendre en se basant sur ces informations)	Besoins afin d'augmenter le nombre de latrines et de nettoyage du visage. Supervision importante	Lobby pour les partenaires du WASH et/ou comprendre pourquoi les villages ne construisent pas	Lobby pour l'approvisionnement en eau	Lobby pour l'approvisionnement en eau et la réparation des points d'eau.
Seuils	TF > 5%	TF >5% et < 50% des foyers ayant accès à des latrines	TF >5%, enfants de 1 à 9 ans ayant le visage propre < 80% et inférieur à 50% des foyers ayant accès à de l'eau potable dans un rayon de 1 km (30 mn de marche)	TF >5 %, enfants de 1 à 9 ans ayant le visage propre < 80% et inférieur à 50% des foyers ayant accès à de l'eau potable dans un rayon de 1 km (30 mn de marche)

Nouvelle recommandations de l'OMS en matière de surveillance du trachome

Présenté par le Dr Anthony Solomon, agent de santé, maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la santé

Historique

Les nouvelles procédures opératoires normalisées du programme d'élimination du trachome de l'OMS pour la surveillance du trachome, initialement produit au cours d'une consultation technique en 2014 du groupe de travail pour la santé mondiale, n'a pas encore été ratifié par le groupe consultatif technique et stratégique de l'OMS dédié aux MTN. Les agents de santé du groupe luttant contre les MTN de l'OMS sont responsables de ces procédures opératoires normalisées provisoires, dont la rédaction doit être suffisamment précise pour que les opérations puissent se dérouler sans besoin d'information supplémentaires. La version suivante des procédures opératoires normalisées a été modifiée le 12 octobre 2014 et sera examinée le 1 avril 2015 :

1. La pré-validation de la surveillance du trachome devrait être conduite comme une étude à échantillon en grappes aléatoire réalisée dans chaque zone où des interventions pour l'élimination du trachome ont été nécessaires deux ans après qu'une évaluation d'impact au niveau des zones a montré que les objectifs en matière d'élimination du TT et de la TF ont été atteints.
2. L'enquête de pré-validation de la surveillance du trachome devrait estimer la prévalence de TT " inconnue pour les services de santé " pour l'ensemble de la population et la prévalence de TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans.
3. Les personnes qui réalisent l'enquête pour la surveillance du trachome, quand le TT est observé, devraient essayer de retourner la paupière pour évaluer et consigner la présence de cicatrice de la conjonctive. La présence de cicatrice ou l'impossibilité de retourner la paupière parce qu'elle est trop serrée, devrait être considéré comme l'indication de présence d'un TT.
4. Dans les enquêtes de surveillance du trachome, les systèmes électroniques de collecte des données (si utilisés) devraient automatiquement alerter les enregistreurs de données de l'enregistrement d'un cas de TT dans les données de l'enquête quel que soit l'âge de la personne, en donnant un avertissement distinctif, qui exigerait que le collecteur vérifie et confirme le résultat.
5. Dans les enquêtes de surveillance du trachome, de solides mécanismes de contrôle des équipes de terrain, avec la confirmation d'au moins une partie des résultats positifs, doit être en place.
6. Les seuils de prévalence du processus décisionnel du programme après une pré-validation de l'enquête de surveillance du trachome sont les mêmes que pour les évaluations d'impact, à cette différence près que les résultats en matière de prévalence du TT ou de la TF sous les objectifs d'élimination des maladies n'indique pas que la période de pré-validation de la surveillance du trachome devrait reprendre.
7. Les responsables du programme ainsi que les donateurs devraient penser sérieusement à (a) intégrer des éléments opérationnels de recherche dans les activités de surveillance du trachome, et (b) entrer les données dans un référentiel de données pour une analyse continue, afin d'affiner les données factuelles pour les procédures opératoires normalisées.
8. Une post-validation de la surveillance du trachome n'a pas été envisagée dans ce document.
9. Les services de chirurgie pour le TT devraient être disponibles jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouveaux cas.

Approvisionnement mondiale de Zithromax®

Présentée par Julie Jenson, directrice du département de responsabilité sociale / responsable de l'approvisionnement en Zithromax®, Pfizer Inc.

Historique

Depuis le lancement de la déclaration de Londres en 2012, en raison des engagements remarquables de la part des donateurs et des ministères de la santé, Pfizer a projeté de faire passer le volume de ses dons d'antibiotique Zithromax® de 50 millions de traitements en 2014 à 80 millions de traitements en 2015. Pfizer s'est engagé, il y a six ans, à fournir du Zithromax® afin d'aider à éliminer le trachome cécitant d'ici 2020 et à préserver et à restaurer la santé et le bien être des familles affectées par la maladie, dans le monde entier. Depuis le début du programme de donation an 1998, Pfizer a donné plus de 450 millions de traitements, ce qui représente plus de la moitié des traitements utilisés au cours des cinq dernières années. À la fin de l'année 2014 Pfizer a rencontré des problèmes de fabrication au début de sa chaine de production du Zithromax®, touchant à la fois ses productions pour la commercialisation et pour les donations. Pfizer a identifié le problème et a pris une série de mesures correctives pour atténuer l'impact sur les programmes nationaux.

Aller de l'avant

À la suite de la réunion de bilan pour le programme de la lutte contre le trachome en 2015, Pfizer, en collaboration avec ITI, a tenu une série de réunions avec les partenaires et les intervenants et a communiqué avec les pays endémiques pour expliquer ces problèmes de production. Les informations présentées lors de la réunion de bilan pour le programme de la lutte contre le trachome ne doivent pas être considérées comme actuelles et des mesures pour tenter de régler le problème sont maintenant en place. Pfizer s'est engagé à travailler aux côtés de tous les partenaires et pays dans la lutte contre le trachome.

Partenariat de recherche entre l'université de Californie San Francisco et le Centre Carter

Présenté par Nicole Stoller, responsable de programme, Fondation Francis I. Proctor

Historique

Depuis 2006, la F.I. La Fondation Proctor de l'Université de Californie San Francisco (UCSF) collabore avec le Centre Carter et le Bureau Sanitaire Régional d'Amhara pour procéder à des études de contrôle aléatoires afin d'étudier l'efficacité des composants de CHANCE. Ici, trois de ces études collaboratives –TIRET, MORDOR, et SWIFT– sont abordées. TIRET vise à déterminer la meilleure façon d'empêcher la réapparition de l'infection. L'étude MORDOR vise à définir le rôle des traitements de masse à l'azithromycine, principalement dans la réduction des morbidités et de la mortalité infantiles. L'étude SWIFT a pour but de déterminer l'avantage du WASH pour les communautés d'Afrique.

TIRET : Recherche internationale tripartite pour l'élimination du trachome

L'étude TIRET est la suite de " Amélioration du Trachome dans le Nord de l'Amhara " (TANA) financé par l'institut national ophtalmologique et l'institut national sanitaire. Elle a été conçue pour poursuivre les bras A (traitement annuel pour tout le monde) et B (traitement semestriel uniquement pour les enfants) de l'étude des villages pendant 36 mois supplémentaires.

Objectifs de l'étude TIRET :

1. Déterminer si la prise d'antibiotiques peut être arrêtée au bout de quatre ans. L'étude a pris pour hypothèse que l'infection reviendrait, même à des niveaux bas. Vingt-quatre communautés ayant reçu des traitements de masse répétés pendant quatre ans ont été surveillées pendant trois autres années pour déterminer si l'infection chlamydienne revenait. Les taux d'infection moyen au départ étaient de 10,4% pour les communautés traitées annuellement, et 7,7% dans les communautés traitées deux fois par ans ; les taux d'infection à 36 mois étaient de 14,1% dans les deux bras de l'étude.
2. Déterminer si l'infection peut être totalement éliminée si le traitement de masse est poursuivi pendant six ans. L'étude a pris pour hypothèse que l'infection serait totalement éliminée dans toutes les communautés. L'étude a suivi l'évolution de la prévalence de l'infection dans 12 communautés qui ont continué de recevoir des traitements de masse annuels, et dans 12 autres qui ont continué de recevoir des traitements de masse semestriels. À 42 mois, lors de la collecte finale des données pour cette comparaison, l'infection était de 0% dans six des 12 communautés traitées annuellement et dans neuf des 12 communautés traités tous les semestres. Le taux moyen d'infection a chuté de 8,8% au départ à 4,6% à 42 mois dans le bras de traitement annuel, tandis que le taux moyen d'infection est passé de 5,6% au départ à 1,6% à 42 mois dans le bras de traitement semestriel.
3. Déterminer si des traitements destinés aux enfants en bas âge, ou aux foyers dans lesquels un enfant en bas âge est atteint d'un trachome cliniquement actif, peut empêcher que l'infection ne se répande de nouveau dans la communauté. L'étude a pris pour hypothèse que l'identification et le traitement des cas cliniquement actifs retarderait ou même empêcherait la résurgence à un coût beaucoup moins élevé qu'avec le traitement en masse de tous les individus. L'étude a suivi l'évolution de l'infection dans 12 communautés dans lesquelles le traitement était destiné aux enfants en bas âge et dans 12 communautés où le traitement ciblait les cas cliniquement actifs et l'ensemble de leurs foyers. Tandis que les analyses coût-efficacité ne sont pas encore terminées, l'infection a augmenté entre le début de l'étude et à 36 mois dans les deux bras de traitement cible : de 4,3% à 9,3% dans le bras où le

traitement ciblant les enfants en bas âge a été réalisé, et de 2,8% à 7,0% lorsque le traitement ciblant les cas cliniquement actifs et leurs foyers a été achevé.

Remarque : tous les résultats de RCP sont exprimés en pourcentage de groupes positifs, et sont provisoires en attendant que le traitement de chaque échantillon soit terminé.

MORDOR : Réduction de la mortalité après la prise d'azithromycine par voie orale

On estime que 7,7 millions d'enfants en bas âge meurent chaque année, dont la majorité de maladies infectieuses.[12] Une étude que le groupe a menée en 2011 indique que les distributions d'azithromycine de masse pour le trachome peuvent avoir un bénéfice inattendu, la réduction de la mortalité infantile.[13,14] Ce résultat surprenant a été observé dans une région de l'Éthiopie dont la prévalence du trachome est très élevée. Une étude supplémentaire est nécessaire pour déterminer si un effet similaire sera observé dans les régions non éligibles pour des traitements contre le trachome. S'il peut être prouvé que la distribution de masse d'azithromycine réduit la mortalité infantile, alors la mise en œuvre des traitements de masse dans les pays en voie de développement serait réalisable et ils pourraient peut-être être intégrés dans d'autres interventions.

L'objectif à long terme est de définir le rôle de traitement en masse à l'azithromycine, principalement dans la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile. L'étude a entrepris un essai randomisé en grappes, sur plusieurs sites, comparant les communautés recevant de façon randomisée de l'azithromycine par voie orale ou un placebo. Afin d'évaluer si l'intervention peut être généralisée, l'étude contrôlera les résistances aux antibiotiques, ce qui pourrait limiter l'adoption de traitements de masse aux antibiotiques. L'étude examine aussi les facteurs qui pourraient expliquer la réduction de la mortalité en évaluant plusieurs mesures de maladies infectieuses. L'étude formule l'hypothèse que les traitements de masse par antibiotiques réduit la mortalité infantile même dans les zones ou la prévalence du trachome est faible et s'accompagne d'un niveau acceptable de résistance aux antibiotiques.

Objectif 1 : Tester l'hypothèse que les distributions de masse d'azithromycine par voie ciblant les enfants âgés de 1 à 60 mois réduiraient la mortalité infantile, dans une étude randomisée en grappes.
Objectif 2 : Évaluer le coût-efficacité d'une distribution de masse d'azithromycine dans la réduction de la mortalité infantile.
Objectif 3 : Étudier quels seraient les facteurs les plus plausibles qui pourraient expliquer l'effet du traitement de masse à l'azithromycine sur la mortalité infantile.
Objectif 4 : Évaluer les résistances émergentes aux macrolides chez les enfants à la suite d'un traitement de masse à l'azithromycine.
Objectif 5 : Prélever des échantillons dans le rhinopharynx, les narines, l'oropharynx, la conjonctive, le sang et les selles après des distributions d'azithromycine et les stocker en sécurité afin de pouvoir évaluer l'impact de la maladie infectieuse et ainsi que les résistances développées.

Un consortium de chercheurs expérimentés et de responsables de la mise en œuvre du programme procédera à l'étude dans trois sites (Niger, Tanzanie et Malawi), choisis pour la diversité de leur géographie et des

12 Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. 2009; 2010 (375) :1988-2008.
13 Porco TC, Gebre T, Ayele B, et al. Effect of mass distribution of azithromycin for trachoma control on overall mortality in Ethiopian children: a randomized trial. 2009; 2009 (302) :962-8.
14 Keenan JD, Ayele B, Gebre T, et al. Childhood mortality in a cohort treated with mass azithromycin for trachoma. Clin Infect Dis 2011;52:883-8.

comorbidités, l'existence d'un programme national de distribution d'azithromycine qui fonctionne bien, et l'expérience préalable des investigateurs.

- **L'Afrique de l'Ouest :** Les départements de Logan et de Boboye (Centre Carter Niger ; ministère de la Santé du Niger ; UCSF)
- **L'Afrique de l'Est :** District de Kilosa, Tanzanie (Institut national de recherche médicale de Tanzanie ; centre médical Muhimbili ; université Johns Hopkins)
- **Afrique australe :** Le district de Mangochi, Malawi (ministère de la Santé du Malawi ; la faculté de médecine de l'université de Malawi, Blantyre ; l'école de Londres pour l'Hygiène et la Médecine tropicale)

SWIFT : Assainissement, eau et enseignement du nettoyage du visage pour lutter contre le trachome
Résumé

La Fondation Proctor de l'UCSF et le Centre Carter effectueront une étude randomisée en grappes en Éthiopie dans laquelle les grappes de foyers recevront de manière randomisée soit (1) un kit complet du WASH, soit (2) un traitement trimestriel à l'azithromycine pour tous les enfants infectés, soit (3) aucune intervention jusqu'à la fin de l'étude. L'étude suivra l'évolution du trachome, et de l'helminthiase transmise par le sol ainsi que la croissance des enfants pour déterminer le bénéfice du WASH pour les communautés d'Afrique.

Pertinence

Le trachome, causé par une infection oculaire à chlamydia, est la maladie infectieuse qui cause le plus de cécité dans le monde, et de nombreux efforts sont déployés en vue de son élimination. L'OMS recommande d'employer la stratégie CHANCE, qui comprend quatre composants, pour l'élimination du trachome. De nombreux essais cliniques randomisés ont démontré l'efficacité des distributions de masse d'azithromycine, mais dans des zones hyper-endémiques pour le trachome, les antibiotiques ne semblent pas suffire pour son élimination. Nombreuses sont les personnes engagées dans la lutte contre le trachome qui pensent que la promotion du nettoyage du visage et que des changements environnementaux (par exemple les composants N et CE de CHANCE) sont primordiaux pour prévenir la réparation du trachome quand les distributions d'azithromycine ont pris fin. Cependant, les données qui prouveraient l'efficacité des mesures contre le trachome, autre que la distribution d'antibiotiques, sont peu nombreuses. En outre, très peu d'études ont mis en œuvre un ensemble de mesures complet pour lutter contre le trachome, même si de nombreuses personnes engagées dans la lutte contre le trachome pensent que seule la combinaison de tous les éléments du WASH sera efficace pour prévenir la transmission du trachome. Afin de démontrer l'efficacité d'une intervention complète du WASH pour la lutte contre le trachome et d'autres maladies tropicales négligées, une étude randomisée en grappes sera mise en œuvre grâce au programme. L'étude testera également une stratégie concurrentielle pour prévenir la réapparition du trachome après des traitements de masse, qui consiste à traiter, tous les trimestres, seulement les enfants infectés. Le but de l'étude est de permettre de définir l'efficacité des interventions du WASH qui sont couteuses et difficiles à mettre en œuvre. Les résultats de l'étude éclaireront un grand nombre d'intervenants engagés dans la lutte contre le trachome, notamment les organisations non gouvernementales, les ministères de la santé, ainsi que les organismes de financement.

Méthodes

Les grandes lignes du concept de l'étude : Dans une étude randomisée en grappe comprenant 68 grappes dans le district du WagHimra dans la région de l'Amhara en Éthiopie, 22 grappes bénéficieront de l'ensemble des mesures du WASH (qui seront comparées aux 22 grappes n'ayant bénéficié d'aucune intervention jusqu'à la fin de l'étude) et 12 bénéficieront d'un traitement à l'azithromycine trimestriel pour les enfants infectés (qui seront comparées avec 12 grappes qui n'auront reçu aucun traitement antibiotique). Un contrôle annuel des grappes de l'étude sera effectué pendant trois ans. Le critère d'évaluation principal est la prévalence des infections oculaires à chlamydia chez les enfants âgés de zéro à cinq ans à 36 mois. Les critères d'évaluation secondaires qui seront pris en compte comprennent la propreté du visage, l'anthropométrie, les infections nasopharingées à pneumocoques, l'helminthiase transmise par le sol.

Unité de randomisation : Écoles primaires privées

Recherche formative : L'étude diffusera plusieurs messages clés tout au long de l'essai pour essayer d'améliorer l'hygiène faciale dans les grappes bénéficiant des interventions. Ces messages seront adaptés et les équipes essaieront d'identifier ce qui empêche les comportements, en matière d'hygiène, de changer, grâce à des groupes de discussions organisés au début de l'étude.

Recensement : La population de chaque grappe de l'étude sera recensée chaque année que durera l'étude, grâce à un système électronique de collecte des données.

Distribution de masse d'azithromycine : Certaines communautés ont reçu un traitement de masse à l'azithromycine depuis le mois de mai 2009.

Interventions dans le cadre du WASH : Deux agents sanitaires locaux seront recrutés pour assister les coordonnateurs de l'étude pour tous les aspects des mesures prises dans le cadre du WASH et pour s'assurer qu'un grand nombre d'intervention du WASH seront réalisées dans toutes les grappes de l'étude.

- **Eau :** Dans chaque grappe d'étude bénéficiant des interventions, un puits creusé à la main sera construit avec l'aide d'organisations non gouvernementales locales.
- **Assainissement :** La construction d'une installation sanitaire par foyer sera encouragée.
- **Hygiène :** Les campagnes en faveur de l'hygiène se concentreront sur l'apprentissage de bonnes habitudes concernant le nettoyage du visage, le lavage des mains et l'utilisation des latrines. Afin de faciliter l'apprentissage de ses bonnes habitudes, l'étude mettra en place deux composantes matérielles : premièrement, le matériel et l'assistance pour construire un tippy-tap dans chaque foyer seront fournis, et deuxièmement, du savon sera fourni pour toute la durée de l'étude. Des messages d'hygiène seront diffusés au cours de plusieurs forums, qui seront basés sur les résultats des groupes de discussions. Des affiches et des brochures seront imprimées et distribuées à chaque atelier d'éducation sanitaire, et l'étude sera réalisée en partenariat avec les écoles où des programmes en matière d'hygiène seront mis en place pour les enfants des écoles primaires.

Indicateurs de processus du WASH : L'étude comprendra un contrôle annuel du nombre d'interventions réalisées, grâce à des contrôles inopinés des grappes de l'étude bénéficiant des interventions, une inspection directe des latrines et puits nouvellement construits, au cours des recensements.

Critères : Des contrôles seront effectués sur tous les enfants âgés de zéro à cinq ans dans chacune des grappes, ainsi que pour un échantillon aléatoire de 30 enfants âgés de six à neuf ans et pour un échantillon aléatoire de 30 individus âgés de dix ans et plus. Un examen anthropométrique ainsi qu'un dépistage du trachome seront également réalisés au début de l'étude sur tous les enfants qui forment la cohorte " enfants âgés de zéro à cinq ans ".

- **Critère primaire :** Prévalence d'infection oculaire à chlamydia chez les enfants âgés de zéro à cinq ans après 36 mois
- **Critère secondaires :** Des Critère secondaires seront évaluées, notamment les infections oculaires à chlamydia pour les autres tranches d'âge ; les trachomes cliniquement actifs pour toutes les tranches d'âge ; des mesures anthropométriques (taille et poids) dans la cohorte d'enfants âgés de zéro à cinq ans, au début de l'étude ; l'helminthiase transmise par le sol chez les enfants âgés de zéro à neuf ans, les gouttes de sang séché chez les enfants de zéro à neuf ans, les infections nasopharingées à pneumocoques pour la tranche d'âge de zéro à cinq ans, la santé des individus en fonction de leur âge suivant les visites pour la diarrhée et autres infections.

L'analyse coût-efficacité : L'étude comprendra une analyse coût-efficacité basée sur l'étude pour la durée de l'essai, ainsi qu'une analyse coût-efficacité basée sur des modèles qui extrapolera au-delà des dates de l'étude.

MDA pour la lutte contre le trachome: Se pencher sur le passé pour aller de l'avant

Violeta Jimenez, Consultante, Université Émory
Aisha Stewart, directrice associée, programme de lutte contre le trachome, Le Centre Carter
Dr Scott Nash, épidémiologiste, programme de lutte contre le trachome, Le Centre Carter

Lorsque l'on regarde en arrière, un nombre considérable d'éléments de preuve a été généré sur l'utilisation de Zithromax® dans la lutte contre le trachome. Dans les zones hautement endémiques, comme dans la région d'Amhara, en Éthiopie, la prévalence de TF a diminué après une lutte intensive grâce au Zithromax®. Cependant malgré les dizaines de millions de doses de Zithromax® consommée dans l'Amhara, les objectifs en matière d'élimination du trachome n'ont pas encore été atteints. Afin d'aller de l'avant et de parvenir promptement au objectifs concernant l'élimination de la maladie, des stratégies alternatives doivent être considérées.

Nous nous sommes penchés sur les preuves existantes, ainsi que des données relatives au programme des régions qui ont bénéficié de l'assistance du Centre Carter, et avons ensuite examiné comment nous pourrions aller de l'avant en utilisant les médicaments de façon plus rationnelle.

Se pencher sur les preuves existantes

Nous avons examiné les preuves existantes dans six grandes catégories, et nous suggérons que les approches suivantes soient testées:

- **Posologie et calendrier de prise des médicaments:**
    - La posologie est calculée en fonction de la taille de l'individu pour s'adapter à la constitution physique locale
    - Une nouvelle MDA répété, peu de temps après la première, pourrait empêcher l'échec du traitement et réduire le nombre total de MDA requises
    - La définition des caractéristiques des maladies pour lesquelles chlamydia trachomatis survie chez des vecteurs passifs pourrait éclairer les recommandations visant à réduire la transmission
- **Couverture de la population:**
    - Déterminer les raisons des refus de participer aux MDA permettrait d'améliorer la sensibilisation des communautés et d'augmenter la participation
    - Un suivi effectué après une MDA, pourrait également permettre de combattre le problème de la non observance du traitement et ainsi d'augmenter la couverture globale
- **Groupe cible:**
    - Donner du Zithromax® ophtalmique par voie orale aux enfants pourrait réduire la non observance de la tétracycline, et par conséquent augmenter l'efficacité du traitement
    - Les MDA ciblant les enfants, soit en remplacement soit en supplément d'une MDA pour l'ensemble de la population, pourrait être aussi efficace qu'une MDA touchant l'ensemble de la population, tout en utilisant moins d'antibiotiques
- **Résurgence de l'infection:**
    - Les risques de résurgence de l'infection peuvent être réduits en assurant une couverture continue de vastes étendues géographiques

- **Fréquence des distributions:**
    - Des traitements ciblés supplémentaires semestriels ou plus fréquents pourraient accélérer l'élimination du trachome
    - Une fois la prévalence réduite à un niveau prédéfini, des MDA bisannuels (tous les deux ans) pourraient aider à prévenir la résurgence de la maladie quand la transmission est interrompue
- **Durée des distributions** :
    - Les zones avec une prévalence > 30 % devraient se préparer à cinq cycles de traitement
    - Des fréquences de traitement plus élevées, une amélioration de la couverture ainsi que la mise en œuvre du N et des CE pourraient augmenter les chances de succès et permettre l'élimination de la maladie

Se pencher sur les données relatives au programme

Depuis le début des années 2000, le Centre Carter a soutenu les MDA en offrant du Zithromax® et POT. Le nombre de doses distribuées annuellement a augmenté au cours de l'année 2011 et est resté depuis relativement stable. En 2013, la majeure partie des médicaments ont été distribués dans la région d'Amhara en Éthiopie, qui totalise environ 28 % du nombre total d'antibiotiques distribués. Plus de 100 millions de doses de Zithromax® ont été distribuées en Amhara depuis 2003. Malgré cela, la prévalence de TF chez les enfants âgés de un à neuf ans dans la zone du sud Gondar, zone qui bénéficie du programme depuis de nombreuses années, n'est pas passée en dessous du seuil d'élimination de la maladie de 5%. Mais la prévalence de TF a diminué entre l'enquête de référence de 2003 la première étude d'impact en 2007, puis s'est stabilisée avec une prévalence se situant autour de 30%. Il est intéressant de constater que la prévalence de TI a diminué de 81% par rapport au point de référence.

En examinant l'influence des composants de la stratégie CHANCE sur le TF nous constatons que :

- Selon les rapports et les résultats des enquêtes la couverture en antibiotiques est importante, avec les rapports affichant une couverture dépassant les objectifs de l'OMS de 80% lors de chaque MDA, et les résultats des enquêtes indiquant une couverture réelle autour de 90% ;
- Les résultats des enquêtes de référence et d'évolution du trachome indiquent une augmentation de la proportion d'enfants âgés de un à neuf ans ayant le visage propre de 28% en 2003 à 75% dans l'enquête menée entre 2011 et 2013 ; et
- ces mêmes enquêtes indiquent également une augmentation de la proportion de foyers équipés de latrines, et dont l'usage a été observé, de 4% en 2003 à 40% dans l'enquête menée entre 2011 et 2013.

Compte tenu de ces facteurs, qui sont les témoins d'un changement positif, nous pourrions nous attendre à une régression du TF et par conséquent une diminution des doses d'antibiotiques prévues pour atteindre l'élimination de la maladie. Pourtant, le nombre de doses de médicament devant être distribuées en 2015 reste élevé, et les résultats des prochaines enquêtes d'impact pourraient indiquer qu'environ le même nombre de doses seront nécessaires pour les années à venir. Pour envisager un façon plus rationnelle d'employer les médicaments et parvenir aux seuils d'élimination des maladies, des innovations sont nécessaires.

Aller de l'avant avec les recherches opérationnelles

Le Centre Carter travaille depuis de nombreuses années en partenariat avec les programmes nationaux de lutte contre le trachome et avec le monde de la recherche pour conduire des recherches opérationnelles

ciblant le trachome, dans de nombreux pays. En Éthiopie, le Centre Carter a assisté plusieurs partenaires dans le domaine de la recherche pour conduire une étude appelée TANA qui a testé plusieurs stratégies d'utilisation des antibiotiques pour lutter contre le trachome. Au Niger, en collaboration avec ses partenaires chercheurs, le Centre Carter faisait partie du partenariat pour l'élimination rapide du trachome et l'étude MORDOR qui ont testé des antibiothérapies alternatives dans le cadre de la lutte contre le trachome, les morbidités et la mortalité au Niger. Ces collaborations ont été fructueuses et ont permis d'acquérir des connaissances concernant les caractéristiques et l'efficacité des différentes stratégies de traitement par antibiotiques. Le Centre Carter continuera de collaborer avec divers partenaires dans le domaine de la recherche et avec les programmes nationaux de lutte contre le trachome afin de développer des recherches opérationnelles qui visent à répondre à des questions importantes pour la communauté engagée dans la lutte contre le trachome.

Sujets de discussion

Étant donné les résultats des nombreux essais randomisés communautaires, et ce que nous savons à ce jour à propos des MDA dans la lutte contre le trachome, il est important de prendre du recul et de discuter avec toutes les personnes engagées dans la lutte contre le trachome pour parvenir à fixer des priorités et des objectifs. Les questions importantes qui doivent être discutées par la communauté internationale comprennent :

- À quel point avons-nous assez de preuves pour prendre des mesures (au niveau du programme) et qui décide?
- Ce qui est possible de mettre en œuvre à grande échelle?
- Quelles sont les ressources nécessaires?
- Combien de temps peut être maintenue une approche?
- Les résultats des études peuvent-ils être appliqués dans différents contextes?
- Quel est le rôle des responsables de la mise en œuvre du programme dans la détermination des domaines de recherche prioritaires?

L'impact du trichiasis sur la qualité de vie et la pauvreté

Présentée par Matthew Burton, conférencier et Directeur de recherche de l'association Wellcome, École de Londres pour l'Hygiène et la Médecine Tropicale

Historique

Le trachome est considéré comme une maladie de la pauvreté qui affecte de manière significative la qualité de vie des individus. Bien qu'il existe de nombreuses études épidémiologiques reliant le trachome aux facteurs normalement associés à la pauvreté, les données quantitatives formelles associant le trachome à la pauvreté économique des ménages dans les communautés où la maladie est endémique sont relativement limitées. De même, peu de données quantitatives formelles appuient la conclusion que le TT affecte la qualité de vie des individus. Cette double étude avait pour objectif de montrer la relation entre trichiasis et la pauvreté mais aussi entre le trichiasis et la qualité de vie.[15],[16]

Objectif

Déterminer la relation entre le trichiasis et la pauvreté économique ainsi qu'entre le trichiasis et la qualité de vie.

Méthodes et résultats

Trichiasis et pauvreté

Deux cents personnes souffrant du TT ont été sélectionnées au sein des communautés. Un individu de même âge et sexe a été associé à chaque cas, pour former un groupe témoin composé de 200 personnes ne souffrant pas de trichiasis, sélectionnées de façon aléatoire dans la même zone du village que le cas. Un ensemble d'indicateurs fondés sur les actifs ont été mesurés et la pauvreté économique des ménages déterminée à l'aide d'une analyse en composante principale. En outre, la richesse a été évaluée à la fois par les individus eux-mêmes et par leurs pairs. Selon les chiffres récoltés, les cas de trichiasis apparaissent plus souvent dans les foyers pauvres : analyse en composante principale (rapport de cote (RC) = 6,24 ; intervalle de confiance (IC) de 95% : 3,63-10,70 ; p<0,0001), pour l'auto-évaluation de la richesse (RC, 4,41 ; IC de 95% ; 2,75 - 2,07 ; p<0,0001) et la richesse évaluée par les pairs (RC, 8,22 ; IC de 95% ; 2,75 - 2,07 ; p<0,0001). Les malades avaient moins accès à des latrines (57% contre 76,5% ; p=<0,0001) et le nombre de personnes par pièce était supérieur (4,0 contre 3,31 ; P<0,020) que dans le groupe témoin. La pauvreté économique des ménages a également été indépendamment associée au fait de ne pas avoir un partenaire, à l'absence d'éducation formelle de la famille, et au fait que le travail quotidien est la principale occupation familiale. Elle a été inversement associée à l'agriculture et au plus grand nombre de personnes en âge de travailler dans la famille. Ni la gravité du trichiasis (RC, 0,88 ; IC de 95% ; 0,52 - 1,49 ; p = 0,63) ni l'opacité cornéenne (RC 1,27 ; IC à 95% : 0,89 - 1,81 ; p = 0,19) ont été associées à la pauvreté économique des ménages parmi les cas de trichiasis.

[15] L'impact du trichiasis trachomateux sur la qualité de vie : une étude de cas en Éthiopie. Résumé Esmael Habtamu, Tariku Wondie, Sintayehu Awoke, Zerihun Tadesse, Mulat Zerihun, Zebideru Abebe, Kelly Callahan, Robin L Bailey, David C. W. Mabey, Saul N. Rajak, Sarah Polack, Helen A. Weiss, and Matthew J. Burton.

[16] Le trachome et la pauvreté économique : une étude de cas en Éthiopie. Résumé Esmael Habtamu, Tariku Wondie, Sintayehu Awoke, Zerihun Tadesse, Mulat Zerihun, Zebideru Abebe, Kelly Callahan, Robin L Bailey, David C. W. Mabey, Saul N. Rajak, Sarah Polack, Helen A. Weiss, and Matthew J. Burton.

Trichiasis et qualité de vie

Un millier de personnes âgées de plus de 18 ans et souffrant de TT ont été recrutées au sein des communautés. Deux cents personnes ne présentant pas de TT, n'ayant ni d'antécédents de TT ni de signes indiquant qu'ont subi une épilation ont également été recrutées. Elles ont été choisies de façon aléatoire dans les quartiers des villages de tous les cinquièmes cas de trichiasis et étaient associées selon l'âge (plus ou moins cinq ans) et le sexe.

La qualité de vie en fonction de la santé et de la vision a été respectivement mesurée à l'aide du PBD-VF20 de l'OMS et WHOQOL-BREF. Les données sur l'impact du TT sur les relations sociales, le mariage, et le sommeil ont été recueillies par le biais de questions semi-structurées. La comparaison de qualité de vie des malades et celle des témoins a été effectuée à l'aide d'une régression linéaire ajustée pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique.

La qualité de vie, liée à la vision et à la santé, des malades souffrant du TT était considérablement moins bonne que pour les personnes du groupe contrôle ($P<0,0001$). La qualité de vie dans son ensemble était nettement moins bonne pour les malades atteints du trichiasis (score moyen : 34,5 contre 64,6 ; $p<0,0001$) et la satisfaction sanitaire globale moins satisfaisante (38,2 contre 71,7 ; $p<0,0001$) que dans le groupe contrôle. Pour les cas de trichiasis, le trichiasis de longue durée, l'opacification cornéenne centrale, une mauvaise vue, et le score de sensibilité aux contrastes ont été associés, de manière indépendante, à la qualité de vie liée à une mauvaise vue dans toutes les sous-échelles. Ne pas vivre en couple ($p<0,0001$), travail quotidien ($p<0,0001$), chômage ($p=0,010$), mauvaise vue (p 0.0076), faible sensibilité aux contrastes (p 0,0002), et la présence d'autres problèmes de santé ($p<0,0001$) ont été associés, de manière indépendante, à la qualité de vie liée à une mauvaise santé générale pour les cas de trichiasis. En raison de leur trichiasis : 596 (59 %) se sentent honteux ou gênés ; 913 (91,3 %) craignent de perdre totalement la vue ; 70 (7,0 %) ont rencontré des problèmes dans leur couple et ont été délaissés par leur partenaire ; et 681 (68,1 %) présentaient des troubles du sommeil.

Conclusions

Trichiasis et pauvreté

Cette étude montre une forte corrélation entre le trichiasis trachomateux et la pauvreté. Il reste à démontrer si le trachome conduit à la pauvreté ou si c'est l'inverse. Il est possible que ce soit un cercle vicieux. Les études longitudinales examinant les effets des interventions chirurgicales pour le trichiasis sur la santé économique des ménages pourraient éclairer cette relation de cause à effet.

Trichiasis et qualité de vie

Le trichiasis trachomateux réduit de façon significative la qualité de vie liée à la vision et à la santé. Une intervention rapide est nécessaire non seulement pour prévenir la perte visuelle mais aussi pour mettre un terme aux souffrances physiques et psychologiques ainsi que l'exclusion sociale des patients souffrant de trichiasis et améliorer ainsi le bien être dans sa globalité. Des études longitudinales sont nécessaires pour mesurer les effets à long terme de la chirurgie du trichiasis sur la qualité de vie des patients touchés par cette maladie.

Supervision et contrôle : Évaluer la qualité de la chirurgie pour améliorer les performances

Présenté par le Professeur Lamine Traoré, Coordonnateur du PNSO, ministère de la Santé, Mali

Historique

Le trachome cécitant est considéré comme un problème de santé publique au Mali depuis l'enquête nationale de 1996-1997. Des enquêtes d'impact récentes indiquent que la prévalence du trachome a diminué de façon conséquente depuis le point de référence et que l'élimination de la maladie est en vue. Tandis que la prévalence du TF est inférieure à 5% dans certaines zones, la prévalence du TT est supérieure au seuil d'élimination de la maladie dans d'autres zones. Trois partenaires assistent actuellement le PNSO pour faciliter la prestation de services chirurgicaux. Le nombre de patients en attente d'une intervention chirurgicale est estimé à 20 636. Les patients qui restent à opérer ce concentrent principalement dans trois régions : Kayes, Koulikoro, et Mopti. Avec le soutien du HKI, le PNSO a conduit, en 2014, une évaluation de la qualité des interventions chirurgicales dans la région du Kayes, pour s'assurer de la qualité des données sur le terrain.

Objectifs de l'étude

Améliorer les résultats des opérations du trichiasis en sondant les patients ayant subi une intervention.

Objectifs

1. S'assurer de l'efficacité des interventions chirurgicales pour le trichiasis dans les zones visitées
2. Rencontrer les patients qui ont subis une opération pour le trichiasis
3. Évaluer la qualité des interventions chirurgicales pour le trichiasis
4. Déterminer le niveau de satisfaction des patients concernant leur opération pour le trichiasis

Méthodes

L'équipe de contrôle a mené :

- Une visite sur le terrain pour rencontrer les autorités locales responsables de la gestion des cas de TT dans leurs communautés, notamment les docteurs, les directeurs techniques des unités chirurgicales, etc.
- Un tirage au sort d'au moins trois patients dans la liste des patients opérés du TT dans les zones visitée
- Des questions portant sur ces patients. L'équipe a demandé ce qui suit :
    - L'identité du patient
    - La prestation chirurgicale
    - La satisfaction des patients concernant l'intervention chirurgicale
    - La qualité de l'opération

Résultats

Le tableau 1 illustre les résultats des visites sur le terrain. En résumé, cinq zones ont été visitées et l'équipe a rencontré plus de la moitié des patients sélectionnés par tirage au sort. Tous les patients avaient subi les opérations durant une campagne faite en moto. Le rapport de chirurgie diffère de la réalité observée lors de la visite des patients choisis au hasard pour l'évaluation, dans trois zones. Dans toutes les zones, sauf deux, les

patients visités ont déclaré que les bandages posés après l'opération leur ont été enlevé dans les 24 heures et tous les patients ont signalé que le retrait des points de suture a eu lieu le septième jour. Tous les patients opérés ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de leur chirurgie et qu'ils étaient prêts à recommander à leurs proches de faire de même.

Tableau 1. Résultats de l'évaluation de la qualité des interventions chirurgicales, région de Kayes, Mali, en 2014.

Zone	Date de l'enquête	Nbre de patients sélectionnés	Nbre de patients qui ont reçu une visite	Accord entre le rapport chirurgical et la visite de l'enquête
Kayes	Septembre	20	7 (35%)	6 non opérés
Kénieba	Août	20	12 (60%)	1 non opérés
Kita	Juin	20	13 (65%)	Tous opérés
Nioro	Juillet	20	18 (85%)	Tous opérés
Yélimané	Décembre	20	17 (85%)	4 non opérés

L'équipe a constaté que ce suivi était essentiel pour assurer l'efficacité et la qualité de l'intervention chirurgicale. En outre, l'étude a déterminé qu'une supervision régulière durant la chirurgie améliore les rapports, la productivité de l'équipe et la qualité de la chirurgie, et motive également les chirurgiens et l'équipe. Les évaluations chirurgicales se poursuivront tout au long de 2015 pour évaluer l'efficacité et la qualité des interventions chirurgicales réalisées.

Recommandations pour la réunion de bilan du programme pour la lutte contre le trachome 2015

Recommandations générales:

1. Les zones bénéficiant du soutien du Centre Carter devraient recueillir des données relatives au N et aux CE au cours des enquêtes de couverture et d'impact incluant :
    - x/y et le pourcentage d'enfants de 1à 9 ans dont le visage est propre (définie par l'absence de sécrétions oculaires et nasales et l'absence de mouches)
    - x/y foyers et la proportion de foyers équipés de latrines actuellement utilisées
    - x/y foyers et la proportion de foyers ayant accès à un point d'eau amélioré

2. Renforcer la collaboration avec les parties intéressées de WATSAN/WASH.

3. Les programmes nationaux de lutte contre le Trachome devraient faire l'effort d'obtenir et de communiquer des données sur les latrines construites par d'autres partenaires en s'adressant aux institutions gouvernementales concernées.

4. Chaque programme national de lutte contre le trachome devrait renforcer, établir et/ou identifier un organisme intersectoriel afin de contribuer aux campagnes menées en faveur des activités relatives au N et aux CE (eau et assainissement) ainsi qu'à leur coordination avec d'autres ministères et partenaires.

5. Les programmes devraient utiliser l'outil de planification de l'ICTC pour faciliter la réunion des intervenants dans l'élimination du trachome.

6. Au moment d'entreprendre des recherches, les programmes doivent être axés sur la création d'indices de fonctionnement de bonne pratique pour en matière de N et de CE.

7. Chaque fois que cela est possible le programme national de lutte contre le trachome devrait publier les données établissant les constatations concernant les taux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et les procédures d'échantillonnage utilisées pour évaluer les taux de TF.

8. Les programmes nationaux devraient rapporter le nombre de zones et la population totale qui étaient auparavant endémiques et qui maintenant présentent une $TF_{1-9} < 5\%$ et les présenter comme des exemples de réussite.

9. Les programmes devraient déterminer la capacité/les possibilités de recherche opérationnelle qui vise à élaborer des approches alternatives dans la stratégie CHANCE.

10. Les pays devraient développer des listings des zones montrant les MDA réalisée au cours de années ultérieures s'appuyant sur les dernières TIS.

11. Tous les programmes devraient envisager de faire une rapide enquête pour évaluer la couverture en MDA après chaque distribution de médicament.

12. Les pays devraient faire leur possible pour que les médicaments disponibles (Zithromax ®) soient utilisés de façon la plus efficace possible, grâce à une gestion rigoureuse des stocks, et prendre le maximum de précautions pour éviter qu'ils ne soient périmés et ainsi minimiser les pertes de médicaments.

13. Les programmes devraient assurer la logistique des retours et l'acheminement des médicaments à travers le pays afin de s'assurer que tout le stock est utilisé avant d'être périmé, et que chaque pays optimise l'utilisation des stocks qui sont limités.

14. Le pays effectuant des chirurgies de TT devraient mener des études de validation pour vérifier les informations fournies dans les rapports.

15. La supervision de soutien des chirurgiens spécialisés en TT devrait porter autant sur le côté administratif que chirurgical par des chirurgiens bien formés et expérimentés.

16. Organiser des réunions et des plans de collaboration transfrontaliers entre les partenaires opérationnels et les états membres (Niger et Nigéria ; Sud Soudan et Ouganda ; Soudan et Éthiopie).

17. Tous les pays devraient s'attaquer conjointement aux questions transfrontalières pour faire en sorte que les populations concernées, et particulièrement les personnes déplacées et les réfugiés, bénéficient des MDA et autres interventions pour le trachome selon les besoins.

18. Les organisations partenaires devraient envisager d'investir dans la formation de Soudanais du sud en soin ophtalmiques spécialisés, dans les pays voisins.

19. L'OMS devrait guider les pays sur la façon de préparer les dossiers par pays pour l'élimination du trachome.

Recommandations spécifiques à chaque pays:

Mali

1. Étant donné le statut épidémiologique du trachome actuel au Mali, le pays devrait envisager de réviser ses dates cibles pour l'élimination de la maladie en 2015.

2. Le Mali et le Niger devraient continuer la collaboration transfrontalière.

Niger

1. Le Mali et le Niger devraient continuer la collaboration transfrontalière.

2. Le programme devrait effectuer, d'ici octobre/novembre, une série de MDA dans les zones où la prévalence de TF est comprise entre 5 et 9,9%, surtout en Agadez.

Nigeria

1. Le programme devrait assurer la liaison avec les établissements de santé des secteurs secondaire, tertiaires et privés pour recueillir les données relatives aux interventions chirurgicales de TT.

Sud Soudan

1. Le programme devrait préconiser que le GTMP soit achevé dès que possible dans les zones identifiées comme accessible (Équateur oriental et centrale, Lakes, Warab et le nord de Bahr Al-Ghazal).

2. Le programme devrait suivre la qualité des interventions chirurgicales en fournissant un rapport détaillé concernant les complications post-opératoires. Le programme devrait permettre d'améliorer la qualité des interventions chirurgicales de TT en proposant une gamme complète de soins post-opératoires.

3. Le programme et ses partenaires devraient fournir des trousses TT pour les soins de santé primaires ainsi que des PCO formés.

4. Le programme devrait établir un système de présentation de rapports, qui serait utilisé par tous les partenaires chargés de la mise en œuvre et devrait inclure les principaux indicateurs de la stratégie CHANCE.

Soudan

1. Le programme devrait permettre de réaliser des enquêtes au niveau des zones afin d'accélérer l'élimination de la maladie.

2. Le programme devrait établir une période définie pour l'évaluation des interventions chirurgicales de TT.

Ouganda

1. Le programme et ses partenaires devraient envisager d'étendre le soutien aux trois régions endémiques (28 zones) en matière de chirurgie du TT.

Trachome: La Maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus 50 pays. Plus de 232 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 4 millions risquent la cécité causée par le trichiasis. 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 se produisent 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 épaississement de la conjonctive. Des cycles répétés d'infection et de résolution entrainent la formation d'un tissu cicatriciel sur la conjonctive. Les femmes sont exposées de façon répétitive au trachome inflammatoire car ce sont elles qui s'occupent principalement des enfants. 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 souffrant d'un trachome sont infectées de façon répétitive pas Chlamydia trachomatis, les lésions cicatricielles qui s'ensuivent déforment le bord palpébral, ce qui force les cils à se tourner vers l'intérieur et frottent la cornée. Cet état appelé trichiasis provoque une douleur handicapante et érode physiquement la cornée, l'égratigne et permet l'introduction d'autres infections. Le trichiasis est horrible en soi mais peut également conduire rapidement à la cécité.

De récentes avancées peuvent nous laisser espérer que cette sera un jour sous contrôle. En 1987 des experts en soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont élaboré une échelle simplifiée de classement du trachome qui a facilité et normalisé 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. 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, l'ICTC (une coalition d'ONGD, 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 administrée une ou deux fois par an qui est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement de tétracycline en pommade oculaire, la thérapie précédemment recommandé. 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 l'année 2020. Depuis le début des donations en 1998, environ 444 millions de doses de Zithromax ® ont été offertes par Pfizer Inc et gérées par l'ITI. Les dons ont bénéficiés à plus de 30 pays et l'expansion devrait se poursuivre en 2015. L'existence du programme de donations a servi à revigorer les programmes nationaux de lutte contre le trachome ainsi que le soutien mondial pour l'élimination du trachome cécitant.

Lundi 2 mars		
7:30	***~Départ du Sheraton pour le Centre Carter~***	
8:00 - 8:30	Petit déjeuner	
8:30 - 8:50	Accueil, présentations et introduction	Dr Donald Hopkins Vice-président, programmes sanitaire Le Centre Carter
8:50 - 9:00	Aperçu informatif	Nina Bloch Adjointe aux programmes, programme de lutte contre le trachome Le Centre Carter
9:00 - 9:30	Aperçu du bilan du programme & annonces du Président	Mme Kelly Callahan (présidente) Directrice du programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
09:30 - 10:00	N & CE en Éthiopie : présentation et discussion	M Oumer Shafi Chef d'équipe de MTN Ministère Fédéral de la Santé - Éthiopie
10:00 - 10:30	N & CE au Nigéria : présentation et discussion	M. Nicholas Olobio Gestionnaire de données du programme de Lutte contre le Trachome Ministère Fédéral de la Santé - Nigéria
10:30 - 11:00	Pause-café	
11:00 - 11:30	N & CE au Mali : présentation et discussion	Professeur Lamine Traoré Coordonnateur national du programme national de soins oculaires Ministère Fédéral de la Santé - Mali
11:30 - 12:00	N & CE au Niger : présentation et discussion	Dr. Kadri Boubacar Coordonnateur adjoint du programme national de soins oculaires Ministère de la Santé - Niger
12:00 - 12:30	N & CE au Soudan : présentation et discussion	Dr. Balgesa Elkheir Elshafie Coordonnateur national du programme de Lutte contre le Trachome Ministère Fédéral de la Santé - Soudan
12:30 - 01:30	Déjeuner	
01:30 - 01:45	Annonces du Président	
01:45 - 02:15	N & CE en Ouganda : présentation et discussion	Dr Patrick Turyaguma Responsable du programme de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Ouganda
02:15 - 02:45	Où existe-il des opportunités de communication pour le changement de comportements ?	Mme Tara Brant Consultant CCCE Le Centre Carter - Éthiopie
02:45 - 03:15	Pause-café	
03:15 - 03:45	Progrès du WASH en termes d'élimination du trachome	Mme Yael Velleman Analyste principale de la politique sur la santé et l'assainissement WaterAid
03:45 - 04:15	Mises à jour de la coalition internationale pour la lutte contre le trachome	Dr. K.H. Martin Kollmann Présidence Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
04:15 - 05:00	Indicateurs N et CE : Montrer les impacts au travers des objectifs	Mme Angelia Sanders directrice associée du programme de lutte contre le trachome Le Centre Carter - Atlanta
05:15	***~Départ de la navette pour l'hôtel Sheraton~***	
06:30	***~Départ de la navette de l'hôtel Sheraton pour le centre commercial Edgewood~ (6:30-9:30)***	

Mardi 3 mars		
7:30	***~Départ de l'hôtel Sheraton pour le Centre Carter~***	
08:00 - 08:30	Petit déjeuner	
08:30 - 08:45	Annonces du Président	Dr. Zerihun Tadesse Représentant du pays Le Centre Carter - Éthiopie
08:45 - 9:30	Nouvelle recommandations de l'OMS en matière de surveillance	Dr. Anthony Solomon Agent de santé, maladies tropicales négligées Organisation Mondiale pour la Santé
09:30 - 10:00	Approvisionnement mondiale de Zithromax®	Mme Julie Jenson Directrice générale, responsabilité sociale de l'entreprise /responsable de l'approvisionnement de la marque Zithromax Pfizer
10:00 - 10:30	Présentation et discussion de l'A en Éthiopie	M Oumer Shafi Chef d'équipe de MTN Ministère Fédéral de la Santé - Éthiopie
10:30 - 11:00	Pause-café & photo de groupe	
11:00 - 11:30	Présentation et discussion de l'A au Mali	Professeur Lamine Traoré Coordonnateur national du programme national de soins oculaires Ministère Fédéral de la Santé - Mali
11:30 - 12:00	Présentation et discussion de l'A au Niger	Dr. Kadri Boubacar Coordonnateur adjoint du programme national de soins oculaires Ministère de la Santé - Niger
12:00 - 12:45	Université de Californie, Partenariat avec la Fondation Francis I. Proctor, San Francisco - études actuelles	Mme Nicole Stoller Responsable du programme Fondation Francis I. Proctor
12:45 - 01:45	Déjeuner	
01:45 - 02:00	Annonces du Président	M. Sadi Moussa Représentant du pays Le Centre Carter - Mali
02:00 - 02:30	Présentation et discussion de l'A au Soudan	Dr. Balgesa Elkheir Elshafie Coordonnateur national du programme de lutte contre le trachome Ministère Fédéral de la Santé - Soudan
02:30 - 03:00	Présentation et discussion de l'A en Ouganda	Dr Patrick Turyaguma Responsable du programme de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Ouganda
03:00 - 03:30	Pause-café	
03:30 - 04:00	Présentation et discussion de l'A au Nigéria	M. Nicholas Olobio Gestionnaire de données du programme de Lutte contre le Trachome Ministère Fédéral de la Santé – Nigéria
04:00 - 04:30	Mise à jour du programme au Sud Soudan	Dr Ali Ngor Directeur des services de soins ophtalmologiques Ministère de la Santé - Sud Soudan
04:30 - 05:15	MDA pour la lutte contre le trachome : Se pencher sur le passé pour aller de l'avant	Dr Scott Nash, Mme Aisha Stewart, Mme Violeta Jimenez Épidémiologiste, directeur associé, Directeur adjoint par intérim Centre Carter - centre d'ophtalmologie Atlanta & Emory
05:15 - 05:25	***Aperçu : " Trachome : vaincre une malédiction aveuglante "***	
05:30 - 07:00	***Réception (bibliothèque de le Centre Carter et hall du musée)***	

Mercredi 4 mars		
7:30	***~Départ de l'hôtel Sheraton pour le Centre Carter~***	
08:00 - 08:30	Petit déjeuner	
08:30 - 08:45	Annonces du Président	Dr Emmanuel Miri Représentant du pays Le Centre Carter - Nigéria
08:45 - 9:30	Présentation et discussion de la CH en Éthiopie	M Oumer Shafi Chef d'équipe de MTN Ministère Fédéral de la Santé – Éthiopie
09:30 - 10:00	L'impact du trichiasis sur la qualité de vie et la pauvreté	Dr Matthew Burton Maître de conférence & Directeur de recherche de la fondation Wellcome L'école de Londres pour l'hygiène et la médecine tropicale
10:00 - 10:30	Présentation et discussion de la CH en Ouganda	Dr Patrick Turyaguma Responsable du programme de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Ouganda
10:30 - 11:00	Pause-café	
11:00 - 11:30	Présentation et discussion de la CH au Mali	Professeur Lamine Traoré Coordonnateur national du programme national de soins oculaires Ministère Fédéral de la Santé – Mali
11:30 - 12:00	Présentation et discussion sur la CH au Niger	Dr. Kadri Boubacar Coordonnateur adjoint du programme national de soins oculaires Ministère de la Santé - Niger
12:00 - 01:00	Déjeuner	
01:00 - 01:15	Annonces du Président	M. Salissou Kane Représentant du pays Le Centre Carter – Nigéria
01:15 - 01:45	Présentation et discussion sur la CH au Nigéria	M. Nicholas Olobio Gestionnaire de données du programme de Lutte contre le Trachome Ministère Fédéral de la Santé - Nigéria
01:45 - 02:15	Supervision et contrôle : Évaluer la qualité de la chirurgie pour améliorer les performances	Professeur Lamine Traoré Coordonnateur national, programme de lutte contre la cécité Ministère Fédéral de la Santé - Mali
02:15 - 02:45	Présentation et discussion sur la CH au Soudan	Dr. Balgesa Elkheir Elshafie Coordonnateur national du programme de lutte contre le trachome Ministère Fédéral de la Santé - Soudan
02:45 - 03:15	Pause-café	
03:15 - 04:45	Conclusions et recommandations	M. Craig Withers Directeur, Bureau du programme de soutien Le Centre Carter
04:45 - 05:00	Remarques de clôture	Mme Kelly Callahan Directrice du programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
05:15*	***~Départ de le Centre Carter pour l'hôtel Sheraton~***	

L'heure est suceptible d'être modifiée. Le bus partira du le Centre Carter peu après la conclusion de la réunion.

Ethiopie
M. Ali Gebeyehu (ARHB)
M. Oumer Shafi Abdurahman (MFdS)
Dr Zerihun Tadesse (Centre Carter)
M. Belay Bayissasse (Centre Carter)
M. Mohammed Aderajew (Centre Carter)
M. Eshetu Sata Shanka (Centre Carter)
M. Mulat Zerihun Lemu (Centre Carter)
Mme Tara Brant (Centre Carter)

Mali
Prof. Lamine Traoré (MdS)
M. Sadi Moussa (Centre Carter)
M. Yaya Kamissoko (Centre Carter)

Niger
Dr. Kadri Boubacar (MdS)
M. Mohamed Salissou Kane (Centre Carter)
Dr. Sabo Hassan Adamou (Centre Carter)

Nigeria
Dr. Bridget Okoeguale (MFdS)
M. Nicholas Olobio (MFdS)
Dr. Emmanuel Miri (Centre Carter)
Dr. Falam Jip Nimzing (Centre Carter)

Sud Soudan
Dr. Ali Ngor (MdS)
Mme Joy Chebet (Centre Carter)

Soudan
Dr. Balgesa Elkheir Elshafie (MFdS)
Dr. Nabil Aziz Awad Alla (Centre Carter)
Ms. Zeinab Abdalla (Centre Carter)

Ouganda
Dr. Edridah Muheki Tukahebwa (MdS)
Dr Patrick Turyaguma (MdS)
Mme Peace Habomugisha (CentreCarter)

CBM
Dr. K.H. Martin Kollman

Les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (U.S. Centers for Disease Control and Prevention)
Dr. Diana Martin

Département britannique pour le développement international
Dr. Maddy Gupta-Wright
M. Iain Jones

Fondation William H. Donner
Mme Anita Winsor

Centre d'ophtalmologie Emory
Dr. Danny Haddad
Mme Violeta Jimenez

Fondation Fred Hollows
Mme Virginia Sarah

Fondation Bill et Melinda Gates
M. Aryc Mosher

Helen Keller International
Mme Whitney Goldman
Mme Emily Toubali

La Fondation Conrad N. Hilton
M. Robert Miyashiro

Initiative Internationale pour le Trachome
Dr Paul Emerson
Mme PJ Hooper
Dr. Teshome Gebre Kanno

Fondation du Lions Club International
Dr. honoraire Tebebe Y. Berhan
M. Tchatagba Mohama

L'école de Londres pour l'hygiène et la médecine tropicale
Dr Matthew Burton

Pfizer Inc.
Mme Julie Jenson
M. Gary Pelletier
Mme Vanessa Torres

Fondation Francis I. Proctor, UCSF
M. Jeremy Keenan
Mme Nicole Stoller

Association Queen Elizabeth Diamond Jubilee
Dr Andrew Cooper

Université d'Emory, école de santé publique de Rollins
M. Jonathan Bressler
Mme Nicole Devereaux
Dr. Matthew Freeman
Dr. Christine L. Moe
M. Will Oswald

RTI International
M. Achille Kabore
M. Benjamin Nwobi
Mme Lisa Rotondo
Mme Alexis Serna

Sightsavers
Dr. Agatha Aboe
M. Colin Beckwith
M. Tom Millar

Groupe de travail pour la santé mondiale (Task Force for Global Health)
Dr. Pat Lammie

WaterAid
Mme Yael Velleman

Organisation Mondiale pour la Santé
Dr. Anthony Solomon

Le Centre Carter
Mme Sarah Bartlett
Mme Nina Bloch
Dr. Stephen Blount
Mme Kelly Callahan
Mme Kenya Casey
Mme Becky Carter
M. Yohannes Dawd
M. Don Denard
Mme Madelle Hatch
Mme Alicia Higginbotham
Dr. Don Hopkins
Mme Nicole Kruse
Mme Rachel McNally
Dr. Scott Nash
M. Oz Nelson
Dr. Gregory Noland
L'Ambassadrice Mary Ann Peters
Dr Frank Richards
Mme Angelia Sanders
Mme Alethia Sanon
M. Randall Slaven
Mme Rennie Sloan
Mme Aisha Stewart
M. Craig Withers