Compte rendu résumé

Dix-huitième bilan annuel du Programme Trachome

2020 en ligne de mire : plus que quatre ans

THE
CARTER CENTER

Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

22-24 mars 2017

THE
CARTER CENTER

Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

« 2020 en ligne de mire : plus que quatre ans »

Le dix-huitième bilan annuel du du Programme Trachome

Le Centre Carter

Atlanta, Géorgie

Remerciements

Le Centre Carter et l'équipe responsable du Programme de Lutte contre le Trachome souhaitent remercier les nombreux partenaires et donateurs qui ont rendu possibles les activités de 2016 dont il est question dans ce document :

Abbott Laboratories

Al Ansari Exchange, LLC

The William H. Donner Foundation

L'Initiative internationale sur le Trachome

La Fondation Conrad N Hilton

Le Dr John P. Hussman et Mme Terri Hussman

La Fondation Lions Club International

Le Lions Club de l'Éthiopie et le Dr Tebebe Y. Berhan

Le Lions Club du Mali

Le Lions Club du Niger

Le Lions Club de l'Ouganda

La London School of Hygiene and Tropical Medicine

La Fondation Manaaki

Le National Philantropic Trust

La Fondation Noor de Dubaï

Le Fond de l'OPEC pour le Développement International

Pfizer

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

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

Sightsavers

SoapBox Soaps

Le Ministère fédéral de la Santé soudanais

Le Groupe de travail pour la Santé dans le Monde

Le Département britannique pour le Développement International

La Fondation Walton pour la famille

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

Table des matières

Acronymes	1
Rapport résumé	3
Résumés sur le Programme de Lutte contre le Trachome par pays	
CHANCE en Éthiopie	5
CHANCE en Amhara, Éthiopie	10
CHANCE au Mali	18
CHANCE au Niger	25
CHANCE au Soudan du Sud	32
CHANCE au Soudan	39
CHANCE en Ouganda	47
Tableaux récapitulatifs et chiffres	
Tableau 1 : Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays recevant le	55
Tableau 2 : Objectifs annuels du Programme national de lutte contre le Trachome 2017 (pays assistés par	56
Tableau 3 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (réalisations ayant reçu le	57
Tableau 4 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (1999-2016)	58
Figure 1 : Personnes opérées du Trichiasis, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	59
Figure 2 : Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	60
Figure 3 : Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	61
Figure 4 : Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	62
Sessions particulières	
Mesures de la couverture de la DMM en Amhara	63
Pour en finir avec le TT : débat d'experts	67
Tous et partout en 2030 ! Une nouvelle ambition mondiale pour WASH et les MTN	69
Le programme scolaire d'éducation à la santé dans la région d'Amhara	76
N et E : comment la planification commune s'est construite	78
Méthodes sérologiques pour l'évaluation du trachome	81
Le processus de validation du trachome	84
SWIFT : Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et	85
Le trachome dans les camps de réfugiés dans la région de Diffa, au Niger	90
Point sur GET 2020	91
Point sur l'Initiative internationale sur le Trachome : Faire mieux et plus intelligemment	92
Point sur la Coalition internationale pour la Lutte contre le Trachome	94
Documents annexés	
Annexe I : Recommandations sur le bilan du programme 2017	98
Annexe II : Le trachome : la maladie	101
Annexe III : Ordre du jour pour le bilan du programme	102
Annexe IV : Liste des participants	105

Acronymes

BRSA	Amhara Regional Health Bureau (Bureau régional de la Santé d'Amhara)
DC	Découvreurs de cas (propre à l'Ouganda)
CI	Intervalle de confiance
VSC	Volontaires en santé communautaire (propre au Kenya)
ATDC	Assainissement total sous la direction de la communauté
CRS	Services du Secours catholique
Ct	Chlamydia trachomatis
MFS	Ministère fédéral de la Santé
GET 2020	Alliance pour l'Élimination mondiale du Trachome à l'horizon 2020
PCGT	Projet de cartographie globale du trachome
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire
HKI	Helen Keller International
APS	Agent de promotion de la santé (propre à l'étude SWIFT)
ICTC	Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
DP	Déplacés internes
ISOI	Intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés
IIT	L'Initiative internationale sur le Trachome
PCS	Programme commun de surveillance de l'eau potable et de l'assainissement
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
DMM	Distribution massive de médicaments
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
SGI	Système de gestion des informations
MdS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNPC	Programme national de prévention de la cécité
MTN	Maladie tropicale négligée
DN	Défécation dans la nature
EDN	Exempt de défécation dans la nature
RPC	Réaction en chaîne par polymérase
CP	Chimiothérapie préventive
PNLC (C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNSO	Programme national de Soins oculaires
CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changements Environnementaux
ODD	Objectif de Développement Durable
PSEST	Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome
SWIFT	Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome)
TAITU	Targeted Antibiotic Intervention for Trachoma in Under-5s (distribution ciblée d'antibiotiques pour le trachome chez les moins de cinq ans).
PAT	Plan d'action sur le trachome
POT	Pommade oculaire à la tétracycline
ITF	Inflammation trachomateuse folliculaire
IIT	Inflammation trachomateuse intense
EIT	Enquête sur l'impact du trachome
CT	Cicatrice trachomateuse
TT	Trichiasis trachomateux

OUVI	Objectif ultime visé après l'intervention
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) autrefois United Nations Children's Education Fund, Fonds des Nations Unies pour l'Éducation des enfants)
UNHCR	United Nations High Commissioner on Refugees (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés)
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene (Eau, assainissement et hygiène)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WUHA	Water Uptake in Amhara (le captage d'eau à Amhara)

Résumé

Le dix-huitième bilan annuel du Programme Trachome a eu lieu au Centre Carter du 22 au 24 mars 2017. Le thème de cette année était « 2020 en ligne de mire: plus que quatre ans ». Participaient au bilan de cette année le M. le Président et Mme Carter ainsi que des représentants des ministères de la Santé, dont le ministre fédéral de la Santé le Pr. Yifru Berhan Mitke ainsi que des antennes locales du Centre Carter dans les six pays où le Centre apporte actuellement son aide : Éthiopie, Mali, Niger, Soudan du Sud, Soudan et Ouganda. Les partenaires et les donateurs présents comprenaient des représentants d'Abbott, de la Fondation Children's Investment Fund, d'Helen Keller International, de la Fondation Conrad N. Hilton de la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome, de l'Initiative internationale sur le Trachome, de la Fondation Lions Club International et de Lions Club d'Éthiopie, de la Fondation Noor Dubaï, du Fond de l'OPEC pour le Développement International, de Pfizer Inc., de la Fondation Francis I. Proctor de l'Université de Californie à San Francisco, du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, de la Rollins School of Public Health de l'Université d'Emory, de RTI International, de Sightsavers, du Groupe de travail pour la Santé dans le Monde, du Comité d'Experts sur le Trachome, de l'Agence américaine pour le Développement international, des Centres américains pour la Lutte contre les Maladies et la Prévention, de WaterAid et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Comme avec les précédents bilans du programme, le bilan de 2017 a été l'occasion de déterminer où en est chaque Programme national et de parler des progrès accomplis pour atteindre les objectifs d'élimination du trachome. Face à l'objectif d'élimination mondial du trachome fixé pour 2020, le bilan a insisté sur le fait qu'il ne restait que quatre ans et que tous les partenaires devaient rester entièrement concentrés sur leur tâche.

Les programmes du Centre Carter bénéficiaires du concours du Centre Carter ont fait des pas de géant vers l'élimination dans chacun de leur pays. En 2016, le Centre Carter a aidé à réaliser 119 365 opérations du trichiasis trachomateux , dont plus de 60% ont été pratiquées sur des femmes, qui ont deux fois plus de risques que les hommes de souffrir de la maladie cécitante. Le Centre a apporté son concours à la distribution 17 523 949 doses de Zithromax® (azithromycine) et 337 993 doses de pommade oculaire à la tétracycline (POT) offertes par Pfizer grâce à une distribution massive de médicaments (DMM). Plus de 14 000 ont été formées pour dispenser une éducation sanitaire et continuer à apporter un soutien dans la construction de latrines domestiques dans leur communauté.

Les réalisations historiques du Programme de Lutte contre le Trachome dans la région d'Amhara en Éthiopie ont reçu une attention particulière. Pour la deuxième année consécutive, le Programme de Lutte contre le Trachome dans la région d'Amhara a dépassé son objectif annuel d'interventions chirurgicales. Notamment, en 2016, le nombre de patients opérés a été le plus élevé de toute l'histoire du programme, avec 111 687 interventions réalisées. Ce résultat est largement dû à l'initiative Fast Track, qui a été lancée par le ministère fédéral de la Santé en 2015 pour rattraper le retard pris dans les opérations en Éthiopie. Après la réussite du pilote dans la région en 2015, l'initiative a été déployée dans toutes les zones en 2016. Celle-ci a fait appel à une stratégie intégrée établie, qui doit associer des centres chirurgicaux fixés, des campagnes détachées et des équipes mobiles dédiées afin de rattraper le retard pris dans les opérations du TT. L'initiative Fast Track comprend également l'engagement de former des chirurgiens au TT.

Un débat sur la façon de découvrir des cas d'opérations du TT, animé par Mme Aisha Stewart, a mis en lumière les efforts menés au Mali, au Niger et en Ouganda pour savoir comment arriver jusqu'à toutes les personnes souffrant de TT. Il a été l'occasion d'échanger sur les pratiques, les enseignements et les expériences retirés des programmes nationaux en Afrique de l'Est et de l'Ouest et d'inviter à la discussion afin d'aider des programmes nationaux à mettre sur pied leurs stratégies et à les affiner afin d'atteindre l'objectif d'élimination du TT et de faire perdurer les services après l'élimination.

Il y a eu plusieurs exposés faits par des partenaires du Centre Carter, dont celle de Mme Dionna Fry, de la Fondation Francis I. Proctor, présentant le travail accompli dans l'étude Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions sur le nettoyage du visage pour le trachome, ou « SWIFT ») en Amhara ; celui du Dr Kadri Boubacar, du Programme national de Soins oculaires (PNSO) au Niger, dans lequel il a présenté l'expérience du PNSO en matière d'enquêtes et de DMM dans des camps de réfugiés de la région de Diffa ; celui de Mme Caroline Roan, de Pfizer, qui a fait le point sur l'engagement de Pfizer envers le programme mondial ; et celui du Dr. Paul Emerson, de l'International Trachoma Initiative, qui a détaillé les réalisations de l'initiative au cours de l'année dernière et présenté le nouvel outil de suivi des expéditions de Zithromax®, un instrument qui peut être utilisé par toutes les parties prenantes pour mieux gérer la DMM.

Pour clôturer la réunion, les participants se sont entendus d'une part sur des recommandations pour chaque pays qui guideront le programme au cours de l'année prochaine, et d'autre part sur leurs objectifs d'élimination respectifs. Les coordinateurs nationaux présenteront le progrès accomplis dans le cadre de ces recommandations au bilan de l'année prochaine. Face à ces quatre années qui restent, le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter garde les yeux rivés sur les objectifs mesurables et réalisables pour chaque pays et sur la date de 2020, année de l'élimination.

CHANCE en Éthiopie

Présenté par M. Biruck Kebede, chef d'équipe sur les MTN, Ministère fédéral de la Santé, Éthiopie

Contexte

L'enquête nationale sur la cécité, la vision réduite et le trachome conduite en 2006 a révélé que 2,8 millions de personnes en Éthiopie ont 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 vivent avec le 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, pour lequel les états régionaux préparent leur propre plan directeur. Une équipe dédiée aux MTN a été formée au sein du Ministère fédéral de la Santé (MFdS) et des indicateurs MTN ont été intégrés au système de gestion des informations de santé national. 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. Pour 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 (STH), a été dressée. Les résultats du projet de cartographie globale du trachome (PCGT) aideront le travail de l'équipe chargée des MTN dans ses efforts pour l'élimination du trachome.

Chronologie

2001 : élaboration d'une directive nationale pour les soins oculaires primaires [1]
2003 : Programme de Lutte contre le Trachome lancé dans 4 districts
2006 : rédaction de directives nationales pour la distribution massive d'antibiotiques ; mise en place d'un groupe de travail national pour la lutte contre le trachome
2006-2007 : enquête de référence dans la région d'Amhara au niveau des zones
2008 : lancement de la campagne contre le trachome (anciennement MalTra) lancée dans la région d'Amhara[2]
2012 : préparation du plan d'action national pour le trachome (PAT)
2010-2014 : PCGT réalisé dans 672 districts
2013 : la lutte contre le trachome vient s'inscrire dans le Programme national pour les MTN sous la direction du contrôle et de la prévention des maladies
2015 : initiative « Fast Track » lancée par le MFdS ; finalisation du plan de transformation du secteur de la santé
2015 : le plan CHANCE élargi à 358 districts
2016 : nouvelle extension du Programme Trachome à 521 districts ; Activités CHANCE lancées dans 26 districts du NNPSR et 4 districts dans la région Élargissement de l'initiative Fast Track
2020 : date fixée pour l'élimination du trachome

[1] Document en cinq ans, actuellement au troisième cycle.
[2] La semaine MalTra (pour *Malaria et Trachoma*) était une campagne de sensibilisation semestrielle comportant une distribution massive d'azithromycine pour prévenir et traiter le trachome. En outre, les bénéficiaires ont reçu une éducation sanitaire ainsi que des analyses et un traitement contre le paludisme, avec du Coartem®.

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	**526 586**	**420 134**	**184 192 (44 %)**
Nbre de femmes opérées			**N/C[3]**
Nbre de chirurgiens formés		**1 117**	**887 (79 %)**
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	**74 204 512**	**66 065 289**	**50 364 976 (76 %)**
Doses de POT distribuées pendant la DMM			**1 171 042**
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		**Non communiqué**	
Nbre de latrines domestiques construites		**Non communiqué**	

Interventions chirurgicales (C)

Le Programme national d'Éthiopie a permis un important élargissement de ses activités chirurgicales de 2014 à 2016. En 2016, le programme a apporté son concours à 184 192 opérations du TT. Cela représente 44% de son objectif annuel, soit 420 134 interventions. Le programme a formé 887 nouveaux intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés ISOI) sur un objectif de 1 117 en 2016. Les études d'impact de 2016 montrent que 33 districts avaient une prévalence du TT inférieure au seuil d'élimination de 0,1% parmi la population totale, contre seulement huit districts en 2014. 276 districts avaient une prévalence entre 0,1% et 0,9 %, 357 districts entre 1 % et 4,9 % et pour 32 districts, la prévalence dépassait 5 %. Les enquêtes ont par ailleurs fait ressortir qu'il faut installer un service de chirurgie TT dans 665 districts.

L'initiative Fast Track, lancée en 2014 et pilotée en 2015 dans quatre régions, a été élargie à la totalité des régions dans le pays vers janvier 2016. Depuis son lancement, l'initiative a contribué à 301 279 opérations du TT dans toute l'Éthiopie. Sur l'ensemble des objectifs atteints dans le cadre de l'initiative Fast Track, la région d'Amhara a réalisé 53,42 % des opérations, ce qui est le nombre d'interventions le plus élevé pour cette initiative. 50 *woredas* sont parvenus à rattraper le retard pris dans les interventions du TT en 2016. Au mois de mars 2017, 391 758 patients ont besoin d'une intervention chirurgicale pour venir à bout du retard pris dans les opérations du TT. Au train actuel où se font les opérations, le programme devrait avoir rattrapé son retard en 2,5 ans.

En 2016, le programme a en outre porté ses efforts sur l'assurance qualité des opérations du TT, en diversifiant les approches à travers le pays. L'assurance qualité a consisté à procéder à une évaluation du résultat des opérations, qui comprend un suivi des chirurgiens auprès des patients, à valider les opérations, en réalisant une enquête auprès de 10 % des patients pour confirmer que l'intervention a été réalisée, et à mener un audit chirurgical, dans lequel les superviseurs ont opéré des contrôles sur 10% des cas afin de classer les chirurgiens en deux catégories : soit ceux obtenant un TT postopératoire est élevé, soit ceux obtenant un TT postopératoire faible. 2 386 patients ont été inclus dans ces activités, qui ont été réalisées 3 à 6 mois après chaque opération du TT. Il ressort que pour 82,4 % des patients, soit 1 965 personnes, l'issue clinique des interventions était favorable, avec la réussite de l'opération du TT et une bonne correction de la paupière.

[3] Le nombre de femmes opérées en 2015 n'a pas été communiqué pendant le bilan sur le programme.

Antibiothérapie (A)

Le Programme national a réalisé 75 enquêtes d'impact en 2016. Les données des enquêtes d'impact jusqu'en 2016 montrent que 40 districts ont une prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) inférieure au seuil d'élimination de 5 %. Sur les districts qui ont atteint cet objectif, huit sont situés dans la région d'Oromia, 14 sont dans la région des NNPS et 18 dans la région d'Amhara. 259 districts du pays restent fortement endémiques au trachome, avec une prévalence du TF plus supérieure à 30 %. Si l'on dispose de données pour la quasi-totalité des districts du pays, il en reste 20 à cartographier. Des ressources sont actuellement mobilisées au niveau du pays pour que la population éthiopienne soit couverte à 100 %. De plus, le Programme national travaille à l'uniformisation de la méthodologie des enquêtes d'impact, qui seront utilisées dans toutes les régions.

D'après le programme, il y a une augmentation substantielle des personnes traitées en 2016. Grâce à la DMM, 50 364 976 doses de Zithromax® offertes par Pfizer ont été distribuées en Éthiopie en 2016. De plus, 1 171 042 doses de POT ont été distribuées. Sur les districts qui ont reçu des médicaments, 88% ont signalé une couverture thérapeutique suffisante de 80 % ou plus.

Le Programme national pilote en ce moment une initiative intégrée en interventions de DMM pour les MTN dans les régions des NNPS et d'Oromia. La faiblesse de la couverture des DMM s'explique sans doute par le fait que les programmes de MTN sont mis en œuvre surtout verticalement. Le programme pilote actuellement un module de perfectionnement pour les AVS qui montre comment des interventions sur les MTN peuvent être intégrées au niveau de la communauté grâce aux DMM. Les résultats du pilote sont évalués par le Programme national. De plus, le programme prévoit de mener un essai au niveau des communautés, dans lequel l'azithromycine, l'ivermectine et l'albendazole seraient coadministrés.

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

L'Éthiopie a mené une enquête démographique et sanitaire auprès de 40 *woredas* en 2014-2015. Les résultats montrent que 14 % des latrines domestiques sont désormais dans la catégorie « Amélioré », et que 41% de la population des districts objets de cette enquête ont une mauvaise connaissance de la question de l'eau, l'assainissement et hygiène (Water, Sanitation, and Hygiene/« WASH »). Des améliorations ont été certes apportées dans le secteur du WASH mais il reste beaucoup de travail à accomplir pour améliorer la coordination entre les secteurs WASH et MTN afin de voir des résultats positifs au niveau communautaire. De plus, le secteur MTN ne doit pas s'appuyer uniquement sur le secteur WASH pour mettre en œuvre des activités relatives aux changements de comportement.

Les données recueillies en 2016 dans le secteur WASH montrent que parmi les données recueillies dans les régions de Tigray, d'Amhara, et d'Oromia et des NNPS, 73 % des latrines disponibles sont exploitées. Pour mesurer si des latrines sont utilisées, on se base sur trois critères : la présence d'excréments frais dans la fosse, la présence d'un sentier jusqu'à la latrine et la présence de mouches dans la latrine. La présence de mouches dans la latrine est contraire aux indicateurs du trachome. Elle constitue une preuve supplémentaire de la nécessité de développer des capacités et mettre en place une coordination entre les secteurs MTN et WASH afin d'intensifier les efforts.

En 2016, le Programme national a beaucoup travaillé à intensifier la collaboration et la coordination entre les secteurs MTN et WASH. Le MFdS a organisé une série de discussions avec les équipes Hygiène et Environnement. Celles-ci ont débouché sur un forum au niveau national sur les MTN et WASH et suscité un engagement accru de la part des deux secteurs. Au niveau régional, des réunions consultatives ont eu lieu et les intervenants MTN et WASH ont élaboré des plans d'action. En outre, le Programme national est en train de réviser les instructions aux communautés sur l'absence de Défécation dans la nature. Ces instructions seront articulées avec les interventions sur les changements de comportement pour les programmes de MTN.

Obstacles au développement du programme :

En 2016, le programme a été confronté à plusieurs difficultés. Il y a des districts qui ont eu des tournées continues de DMM mais où la prévalence du TF reste élevée. Le programme travaille à changer la situation. En outre, le programme n'a pas réussi à atteindre 100 % de couverture dans la mise en œuvre de CHANCE dans le pays. Cependant, le gouvernement a mobilisé des moyens pour améliorer la mise en œuvre et, en 2017, toucher la totalité des districts qui ne bénéficient pas actuellement de l'aide d'un partenaire de mise en œuvre. Des ressources gouvernementales ont également été mobilisées pour cartographier 20 districts qui ne figuraient plus sur les cartes et qui étaient difficiles d'accès en 2016. Le programme mettra en place des interventions CHANCE s'il s'avère que l'un ou l'autre de ces districts est endémique au trachome.

Objectifs pour 2017 :

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 391 758 patients atteints de TT ; rattraper le retard d'ici à la fin de 2017
- Former 224 ISOI et 150 superviseurs d'ISOI

Antibiothérapie (A)

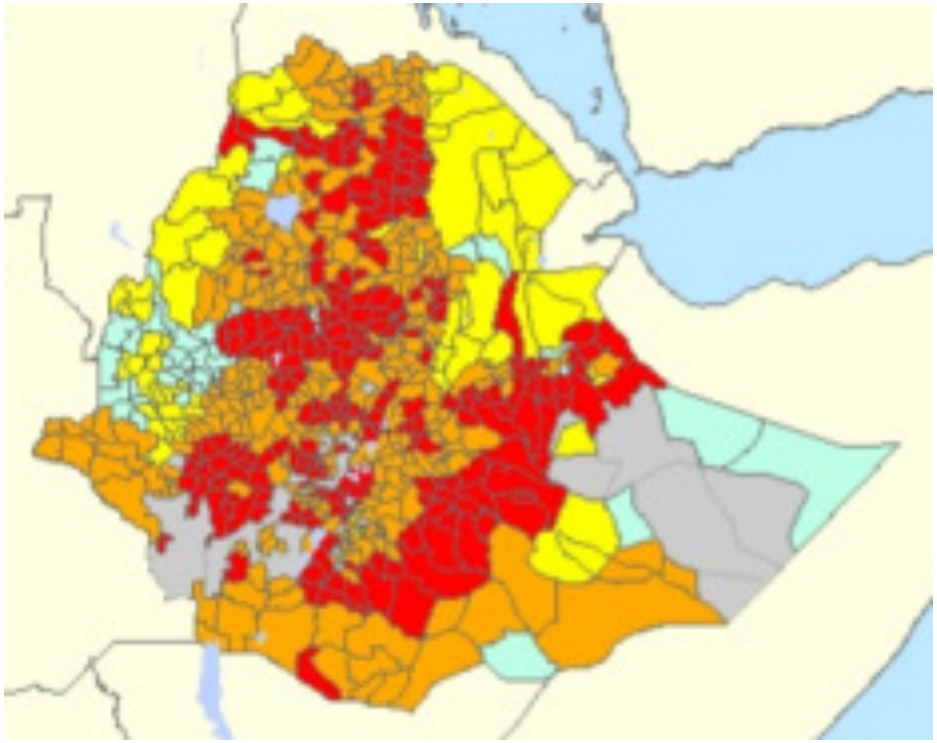
- Distribuer 74 487 150 doses d'azithromycine
- Distribuer 1 586 743 doses de POT
- Réaliser 48 enquêtes d'impact et 9 enquêtes de surveillance

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

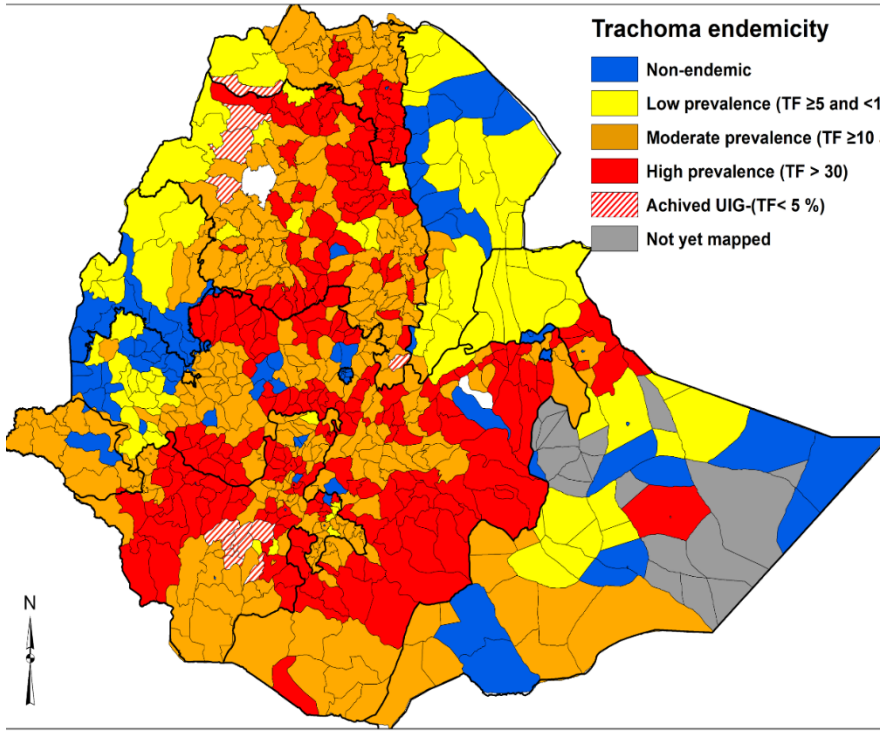
Le MFdS prévoit de lancer le Programme d'Éducation sanitaire à l'École dans tout le pays. Il est destiné à toucher 25 millions d'élèves dans 38 000 établissements. Le Programme d'Éducation sanitaire à l'École est piloté dans 100 établissements scolaires urbains et 100 écoles rurales. Il comprend 10 parties, portant sur les comportements généraux sains et la dispense d'importants services sanitaires visant des enfants et des adolescents d'âge scolaire. WASH est l'un des points centraux du programme d'enseignement. De plus, le programme va aider la communauté à intensifier son engagement sur les travaux WASH réalisés dans le cadre des MTN, souligné dans le programme de formation de perfectionnement pour les AVS.

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

Situation de référence, 2012



2016



Source : PCGT

CHANCE en Amhara, Éthiopie

Présenté par M. M. Bizuayehu Gashaw, directeur adjoint du Bureau régional de la Santé,

Bureau régional de la Santé d'Amhara

Contexte

Dans la région éthiopienne d'Amhara, une étude de prévalence du trachome au niveau des zones a été menée en 2007 pour quantifier la prévalence du trachome et du TT par zones. Selon cette enquête, on estime à 17 millions le nombre de personnes exposées au risque de trachome et à 643 904 celles qui ont eu besoin d'une opération chirurgicale pour corriger le TT dans la seule région d'Amhara. Fait décisif, l'enquête indique que toutes les zones de la région d'Amhara relèvent de la stratégie CHANCE complète, qui a été élargie à tous les districts en 2008. Le programme régional sur le trachome s'inscrit dans celui du Comité national pour la Prévention de la Cécité.

Après une à sept années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE, une enquête sur l'impact du trachome doit être menée afin de déterminer le progrès accomplis en direction des objectifs d'élimination et savoir s'il faut poursuivre l'intervention, en particulier au moyen de DMM. Des études d'impact ont été menées dans la totalité des 167 districts de la région d'Amhara de 2010 à 2015 grâce à une collaboration avec le Bureau régional de la Santé d'Amhara (BRSA) et Le Centre Carter. Elles font apparaître une baisse spectaculaire de tous les signes cliniques du trachome. D'après les résultats, sur les 167 districts, neuf avaient atteint les critères d'élimination du TF, faisant tomber la prévalence de cette maladie chez les enfants âgés de à neuf ans à moins de 5 %. Par ailleurs, les résultats montrent également que les districts restants continuent à justifier la stratégie CHANCE dans son intégralité. À partir de 2015, des enquêtes de surveillance ont été menées dans les districts où la prévalence du TF était inférieure à 5 % au moment de leur première enquête d'impact. Les résultats des enquêtes de surveillance indiquent que les réductions du TF inférieures au seuil d'élimination perdurent. De plus, en 2015-2016, les districts répondant aux critères ont reçu une deuxième enquête d'impact afin de savoir quel avait été l'effet de la stratégie CHANCE et quelle était la situation par rapport aux objectifs d'élimination. À ce jour, 17 districts d'Amhara ont atteint l'objectif d'élimination pour le TF.

Chronologie

2001 : Accord de phase I (4 districts) ; premier PAT quinquennal, révisé tous les cinq ans ; la mise en œuvre de S, N et E commence dans 4 districts
2003 : la mise en œuvre intégrale de CHANCE commence
2004: CHANCE étendu à 19 districts
2006 : étude nationale de référence ; extension de CHANCE à toute la région (167 districts)
2006-2007 : étude de référence par zones en Amhara
2008 : lancement de la campagne Trachome, précédemment désignée sous le nom de MalTra
2015 : 167 districts répondent à la première étude d'impact suite à 5 années de CHANCE ; initiative Fast Track pilotée dans la zone de Gojjam est
2016 : initiative Fast Track étendue à toutes les zones de la région d'Amhara ; programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome (PSEST) lancé dans toute la région
2020 : date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	Région d'Amhara Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	**334 351**	**102 476**	**111 687 (109 %)**
Nbre de femmes opérées			**72 050**
Nbre de chirurgiens formés		**136**	**56 (41 %)**
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	**15 898 610**	**15 898 610**	**15 004 271 (94 %)**
Doses de POT distribuées pendant la DMM	**333 638**	**333 638**	**323 355 (97 %)**
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		**3 459**	**3 459 (100 %)**
Possession de latrines		**4 924 416**	**3 772 103 (77 %)**

Interventions chirurgicales (C)

Les données des enquêtes d'impact réalisées en 2016 font apparaître des modifications de la prévalence du TT dans plusieurs districts de la région d'Amhara. Un nombre record d'opérations du TT ont bénéficié du concours du programme en 2016. 111 687 patients ont été opérés, ce qui dépasse de 9 % l'objectif annuel, fixé à 102 476 interventions. Cette réussite historique est attribuée à l'amplification de l'initiative Fast Track, au dévouement des dirigeants du BRSA et du soutien indéfectible du Centre Carter. Sur les 111 687 patients opérés, 72 050 opérations, soit 64,5 %, ont été prodiguées à des femmes, qui ont deux fois plus de chances que les hommes de contracter le TT. Le programme a par ailleurs apporté son concours à la formation de 56 ISOI, soit 41% de son objectif annuel. Il reste encore 267 823 patients à opérer. Au rythme actuel, le programme aura rattrapé son retard en 2,4 ans.

Outre son concours pour les opérations du TT, le programme a recueilli des données sur le dépistage du TT et sur les patients qui refusent l'opération. 177 802 habitants de la région d'Amhara ont été dépistés, grâce à une recherche de porte à porte. Sur les personnes dépistées, on en a dénombré 118 787 qui ont besoin d'une opération, et 94 %, soit 111 687, qui l'ont acceptée. Sur ce chiffre, 7 100 personnes - soit 6 % - considérées comme ayant besoin d'une opération ont refusé la chirurgie.

Le programme a continué à procéder à la validation des opérations du TT dans toutes les zones de la région d'Amhara, afin de vérifier que les services de chirurgie dont les patients ont bénéficié sont conformes aux rapports. 7 073 patients ont été sélectionnés sur les registres des centres médicaux pour être interrogés par une équipe de validation, qui comprend des personnes référentes des zones et des *woredas,* des coordinateurs de projet et des ISOI. Sur celles qui ont été retenues, 6 340 ont été interrogées et pour 99,4 %, soit 6 305 personnes, les opérations ont bien eu lieu. Les équipes de validation ont également mené un audit qualité des opérations du TT. Les paupières de 1 982 personnes (soit 2887 paupières) ont été examinées dans le cadre de cet audit. Il a été établi que 2 492 paupières (soit 86,3 %) avaient été bien corrigées.

Antibiothérapie (A)

Les études d'impact montrent que 18 districts d'Amhara ont une prévalence du TF inférieure à 5 %. En 2016, 94 % de la population a reçu des antibiotiques par DMM. Le programme a aidé à distribuer 15 004 271 doses de Zithromax® offertes par Pfizer et 322 355 doses de POT. Le programme est parvenu à une couverture de 80 % ou plus dans la plupart des districts. Parmi les districts où la couverture est inférieure à 80 %, beaucoup étaient des villes. Le programme a également effectué 43 enquêtes d'impact en 2016.

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

Le BRSA contribue à l'éducation sanitaire dans les communautés et les écoles de toute la région. En 2016, 3 459 villages ont reçu une éducation sanitaire. Les ISOI mènent des activités de promotion de l'hygiène au niveau communautaire tout au long de l'année, ainsi que pendant les campagnes de DMM et d'interventions chirurgicales. Il y a aussi un suivi mensuel du N et E dans toutes les communautés au niveau des ménages.

En 2016, le BRSA lancé un programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome (PSEST) régional. En collaboration avec le Bureau régional d'éducation et le Centre Carter, le BRSA a révisé les supports éducatifs qui sont intégrés aux programmes scolaires de l'école primaire dans tous les établissements de la région. La mission du PSEST est d'inciter à des changements de comportement chez les enfants scolarisés, qui peuvent jouer le rôle d'agents du changement auprès de leur communauté grâce aux leçons qu'ils auront apprises en classe. Afin de mettre en place les nouveaux programmes scolaires, les enseignants et les directeurs d'établissement ont suivi des formations pour prendre connaissance des nouveaux supports pédagogiques et apprendre à les intégrer dans les plans des cours qu'ils dispensent.

Obstacles au développement du programme :

Le programme a fait face à plusieurs difficultés en 2016. Tout d'abord, l'insécurité dans certains districts dans la zone nord de Gondar a interdit aux enquêteurs d'effectuer des études d'impact. Le programme prévoit, s'il n'y a pas de problème de sécurité, d'enquêter dans ces districts en 2017. Le programme reconnaît par ailleurs que l'on s'occupe peu des cas de TT récurrent dans la région et il attend de recevoir des instructions de la part du MFdS et du Programme national en la matière.

État actuel des recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016

Recommandation n° 1 : Au bout d'un certain temps, le programme doit évaluer la compréhension qu'ont les enseignants et les élèves des nouveaux programmes scolaires relatifs au N et E.

État actuel : La formation a débuté fin 2016. L'évaluation sera menée une fois que la formation sera terminée.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 110 921 patients atteints de TT, tous avec le concours du Centre Carter
- Former 63 chirurgiens

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 17 312 928 doses d'azithromycine avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 353 325 doses de POT avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 50 enquêtes d'impact et 8 enquêtes de surveillance

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

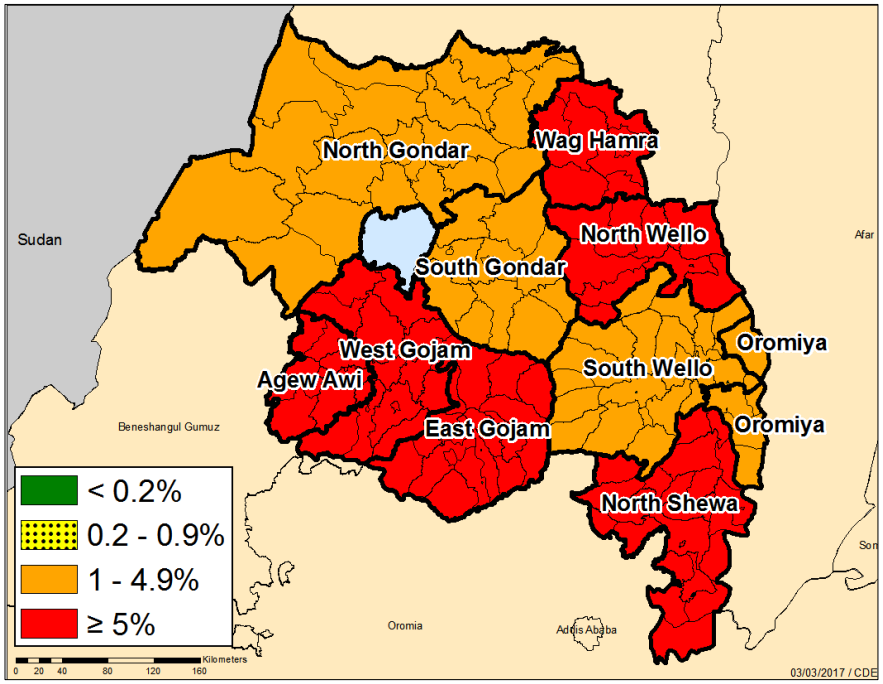
- Permettre une éducation sanitaire dans 3 459 villages avec le concours du Centre Carter
- Construire 1 152 313 latrines avec le concours du Centre Carter.

La formation des enseignants et des directeurs d'établissement au PSEST sera terminée en 2017 et on commencera à enseigner le programme dans toutes les écoles. De plus, le programme formera des

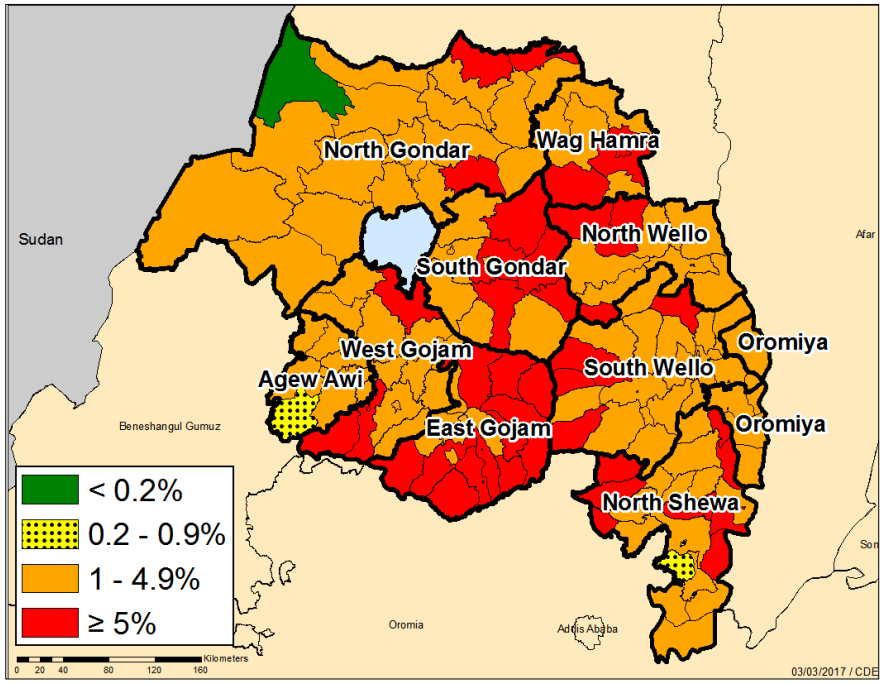
responsables de l'hygiène et de l'assainissement et des personnes référentes sur le trachome dans chaque zone sur des activités de suivi du N et E, qui seront mises en place dans des centres sanitaires et éducatifs des *woreda*. Enfin, le programme travaillera avec le BRSA à finaliser le plan régional de transformation de l'hygiène et de l'assainissement.

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

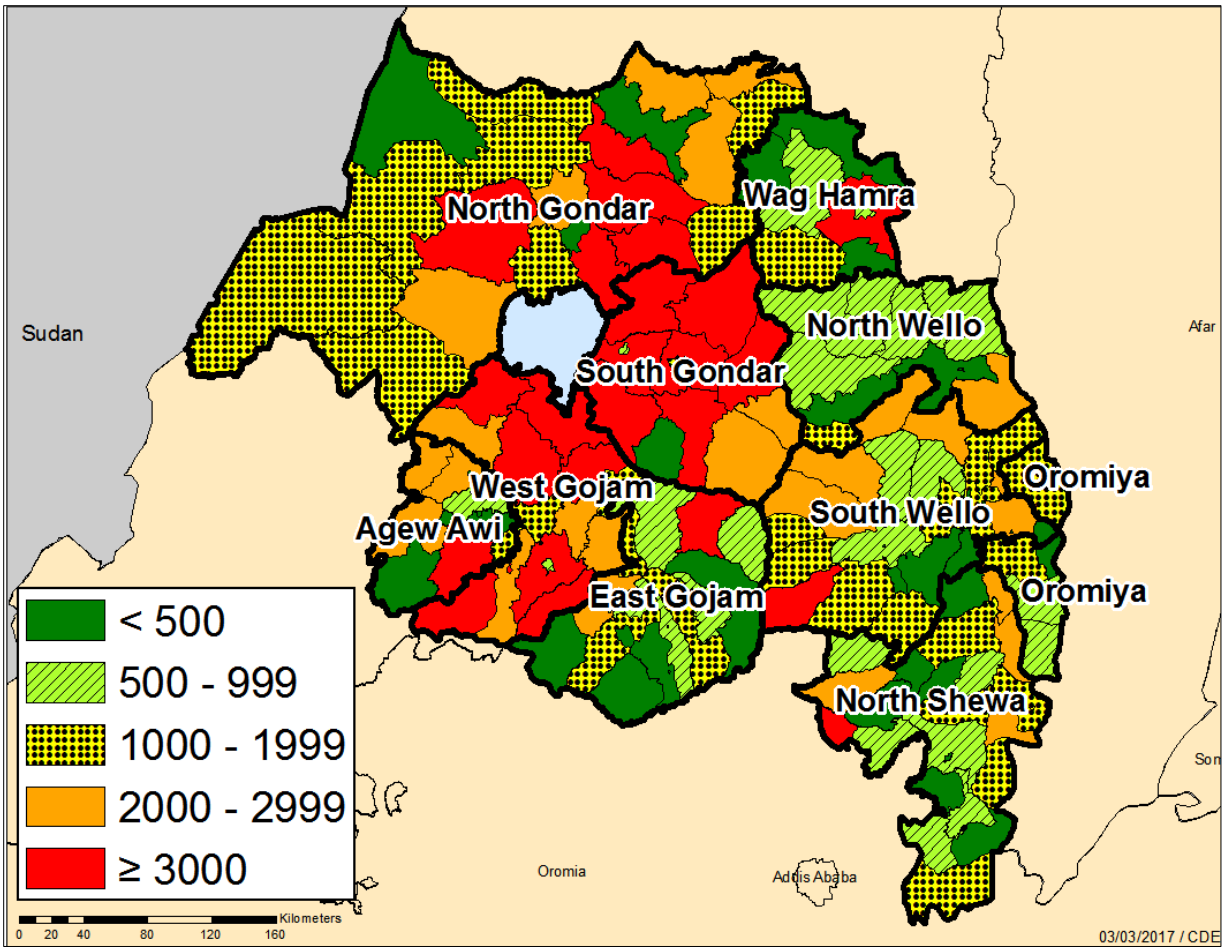
Situation de référence, 2007



2016

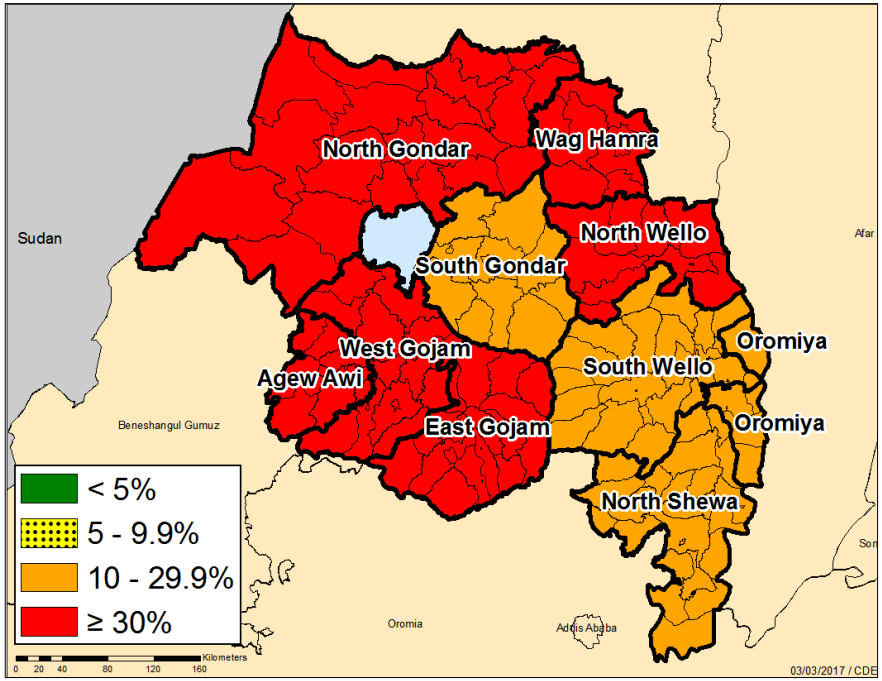


Amhara, Éthiopie : Nombre d'opérations en retard, 2016

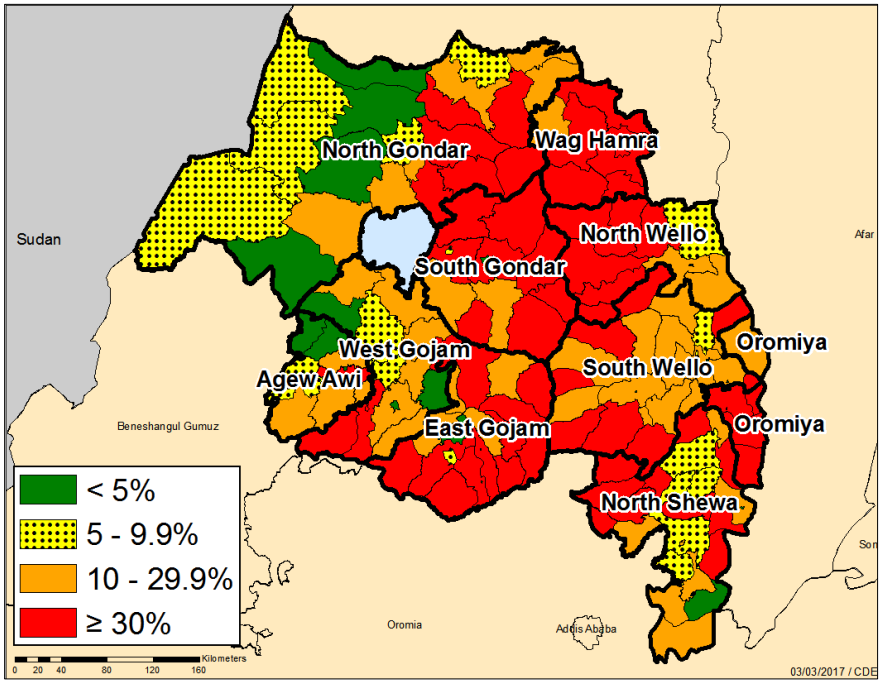


Amhara, Éthiopie : La Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

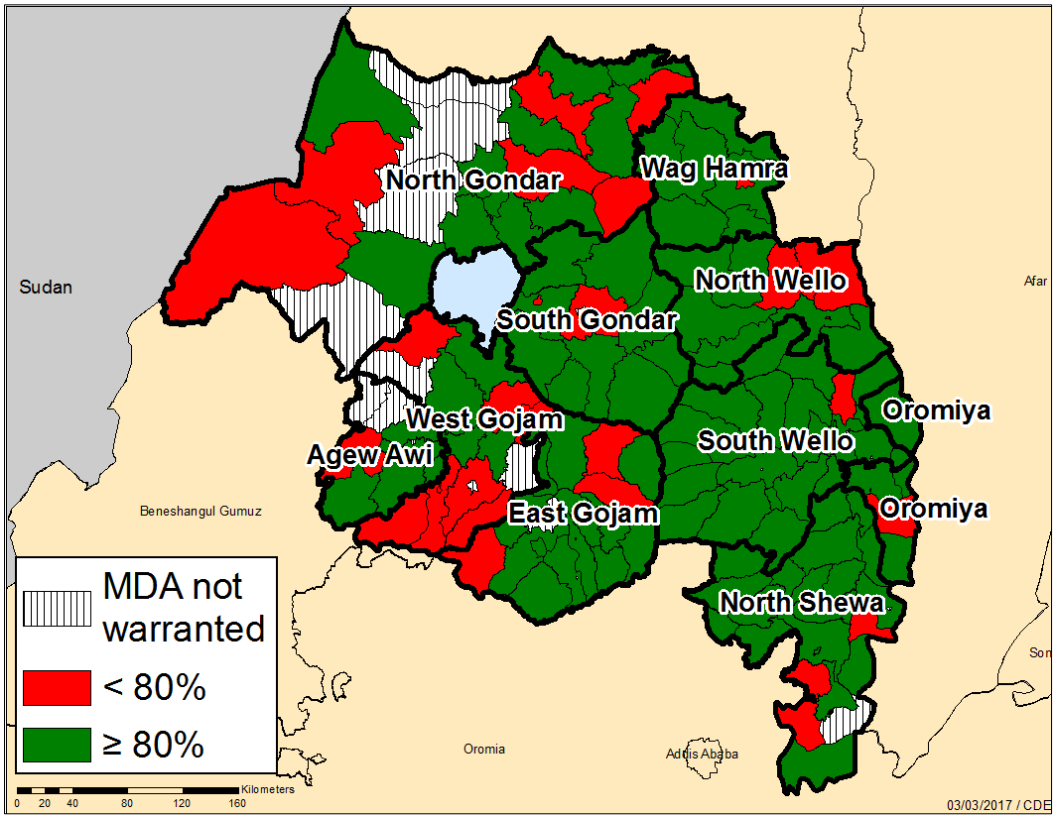
Situation de référence, 2007



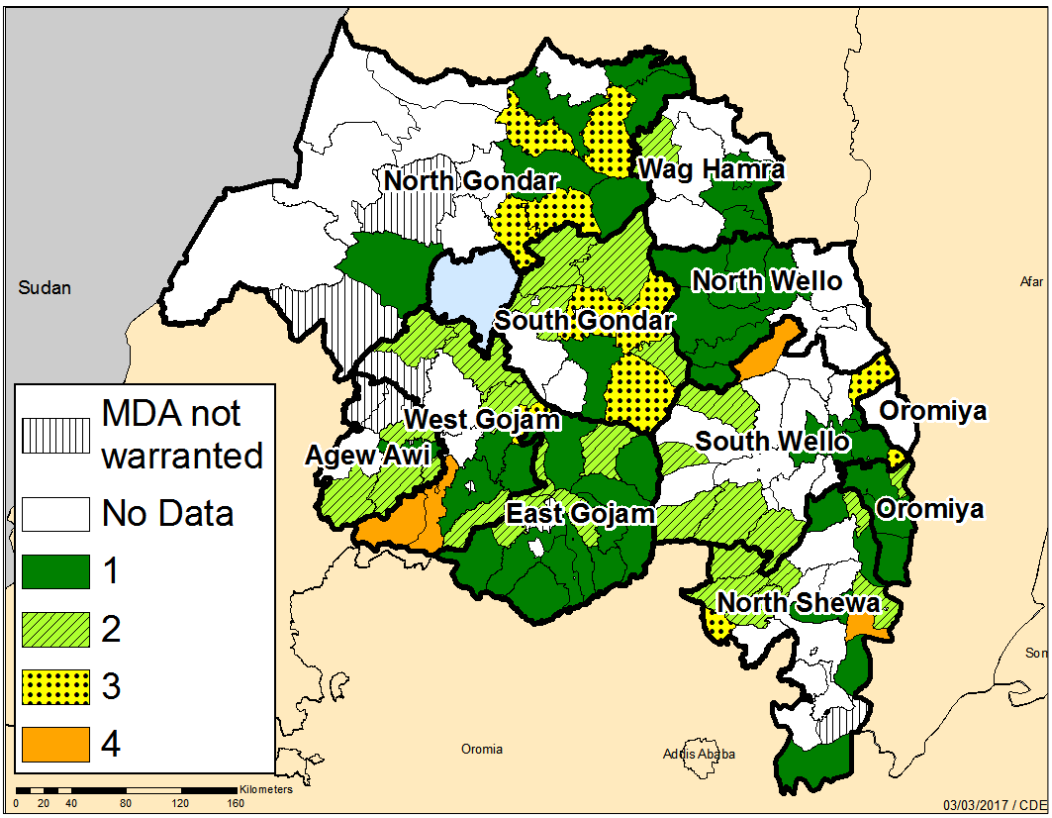
2016



Amhara, Éthiopie : couverture de la DMM, 2016



Amhara, Éthiopie : Tournées de DMM restantes, 2016



CHANCE au Mali

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

Contexte

En 1994 a été créé le Programme malien de Prévention de la Cécité (PNLC) ; mais depuis décembre 2014, il a pris le nom de PNSO. Suite à des études de prévalence menées en 1996-1997, le trachome a été reconnu comme problème de santé publique majeur au Mali. Bien que les trois priorités du Ministère de la Santé (MdS) soient le paludisme, le VIH et la tuberculose, un Programme national de Lutte contre le Trachome a été mis en place en 1999. Bien que le Mali n'ait pas de PAT officiel, à la fin de chaque année, le PNSO élabore un plan d'action pendant sa réunion de bilan annuel du programme. Le Centre Carter, ainsi que d'autres partenaires, finance actuellement la mise en œuvre des volets S, N et E, car le volet A ne se justifie pas au Mali.

Chronologie

1994 : lancement du PNLC
1996-1997: Étude nationale de référence sur la prévalence
1999 : lancement du Programme national de lutte contre le trachome
1999 : début des interventions chirurgicales
2001 : début de la distribution de Zithromax®, don de Pfizer
2003 : début des activités de nettoyage du visage et d'amélioration de l'environnement
2005-2016 : Enquêtes d'impact et de surveillance menées
2018 : date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	14 222	6 000	2 276 (38 %)	2 400	366 (15 %)
Nbre de femmes opérées			1 242		283
Nbre de chirurgiens formés		11	14 (127 %)	S/O[4]	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	60 153	60 153	42 199 (70 %)	S/O[5]	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	1 000	1 000	1 302 (130 %)	1 302	1 302 (100 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		300	227 (76 %)	300	227 (76 %)
Nbre de latrines domestiques construites		7 000	5 660 (81 %)	7 000	5 660 (81 %)

Interventions chirurgicales (C)

L'enquête initiale de 1996 au Mali a révélé que 75 % des districts étudiés étaient endémiques au trachome. Au bout de vingt années d'application par le programme de la stratégie CHANCE, d'énormes progrès ont été faits vers l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2016, le programme a opéré 2 276 patients TT, soit 38 % de son objectif annuel, fixé à 6 000 interventions. Le Centre Carter a contribué à 366 du nombre total d'interventions réalisées en 2016. Sur le nombre total de personnes opérées, 54,5 %, soit 1 242, étaient des femmes. 77 % des interventions réalisées avec le concours du Centre Carter ont été pratiquées sur des femmes. Le Programme national a par ailleurs formé 14 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT en 2016, ce qui dépasse de 27 % leur objectif annuel.

Au moyen du « ratissage », une méthode de recherche de cas en porte à porte menée par des ophtalmologistes et des spécialistes de la santé oculaire, le programme a fait passer des tests de dépistage du TT à 546 082 personnes. Sur celles-ci, on en a trouvé 0,5 %, soit 2 524, qui étaient atteintes du TT et avaient besoin d'être opérées. Sur ces personnes, 90 %, soit 2 276, ont accepté le service et 10 %, soit 248, ont refusé de se faire opérer.

Des enquêtes d'impact menées en 2016 ont révélé que l'opération du TT n'est plus nécessaire dans les régions de Menaka et de Kidal. Trois districts à Kayes, un à Koulikoro et deux à Mopti ont encore entre 500 à 1 999 personnes à opérer. Au total, il reste encore 7 051 personnes à opérer dans le pays. Au rythme actuel, il faudra environ trois ans pour rattraper le retard dans les opérations. Un plan détaillé élaboré en juillet 2016 permettra au programme de faire de gros progrès vers l'élimination.

Antibiothérapie (A)

L'enquête de référence de 1996 a révélé que toutes les régions du pays, sauf celle de Segou, avaient une prévalence du TF supérieure à 30 %. Dans les districts de Segou, la prévalence se situait entre 10 et 29,9 %. Le Programme national a fait de gros progrès pour réduire la prévalence du TF dans tous les districts. Des enquêtes d'impact montrent que tous les districts sauf trois ont atteint le seuil d'élimination de 5 % de

[4] Le Centre Carter n'a pas apporté son concours à la formation de chirurgiens en 2016.

[5] Le Centre Carter n'a pas participé à la DMM au Mali.

prévalence du TF voir moins. Des enquêtes seront menées dans les trois districts restants en 2017 et le Programme national espère que les enquêtes d'impact de 2017 montreront que tous les districts ont atteint leur objectif pour le trachome actif.

Le programme a procédé à deux enquêtes d'impact et onze enquêtes de surveillance en 2016. Le programme a été en mesure de faire des enquêtes à Kidal en 2016, région inaccessible auparavant en raison de l'insécurité. Les activités de DMM se sont interrompues au Mali en 2016, mais un sous-district a reçu une DMM en 2016. Cependant, en 2016, le programme a participé à la distribution d'une quantité limitée d'antibiotiques pour traiter des patients atteints de trachome découverts pendant les enquêtes d'impact, ainsi qu'à des patients TT après leur opération. Le programme a distribué 42 199 doses de Zithromax et 1 302 doses de POT.

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

Pour les activités de N et E, le Programme national collabore avec ses partenaires ainsi que divers services des ministères. Le Programme national a participé à l'éducation sanitaire de 227 villages en 2016. Le programme continue à participer à la formation de groupes de femmes, qui jouent le rôle d'éducatrices auprès de leur communauté et font passer les messages sur le trachome et les façons d'empêcher la propagation de la maladie. De plus, le programme continue à utiliser la radiodiffusion pour faire passer des messages sur la prévention du trachome et les bonnes pratiques d'hygiène. Le Programme national a passé contrat avec deux stations de radio par district. Des messages préenregistrés sont communiqués aux stations pour des diffusions régulières. Des responsables au niveau des districts contrôlent l'activité de diffusion à la radio. Sans participer actuellement à l'éducation sanitaire dans les écoles, le Programme national a tout de même travaillé pendant toute l'année 2016 à élaborer un programme. Les enseignants voient d'un bon œil cet ajout aux matières qu'ils enseignent. En 2017, le programme prévoit de commencer à former des élèves.

Le programme continue à promouvoir la construction et l'utilisation de latrines dans tous les districts. En 2016, le programme a formé des maçons et aidé à la construction de 5 660 latrines, ce qui représente 81 % de l'objectif annuel. Le programme travaille à intégrer les données sur les latrines communiquées par tous les partenaires. La Direction Nationale de l'Hydraulique, du ministère de l'Énergie et de l'Eau du Mali, en collaboration avec des partenaires comme le Secours Islamique et WaterAid, participe à la création et à l'entretien de points d'eau dans des communes partout au Mali.

Le programme contribue également à l'assainissement total sous la direction de la communauté (ATDC). En instituant l'ATDC, les communautés peuvent recevoir une certification indiquant qu'elles sont exemptes de défécation dans la nature (EDN) Faire valoir sa certification EDN à l'honneur incite d'autres communautés à l'obtenir. L'ATDC est mis en œuvre grâce aux services de l'assainissement et de la pollution, qui sont actuellement en train de créer une base de données à l'échelle de tout le pays pour suivre les résultats de ce projet.

Obstacles au développement du programme :

En 2016, le programme a été confronté à plusieurs difficultés. Il est très difficile de trouver les derniers cas de TT. Le ratissage va continuer à être la méthode utilisée pour identifier les patients atteints de TT. Cependant, le programme espère pouvoir profiter des expériences des autres pays et, éventuellement, modifier ses méthodes de recherche dans les zones difficiles d'accès. De plus, les refus ne sont pas faciles à gérer, mais le programme va continuer à s'efforcer d'en réduire le nombre. Enfin, l'insécurité dans les régions du nord ne cesse de poser problème au Programme national. Des accords de paix ont été signés mais il y a toujours des hostilités dans les régions du nord et du centre du pays. Le programme va poursuivre ses activités partout où cela est possible.

État actuel des recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016

Recommandation n° 1 : Le Mali doit élaborer un plan d'action détaillé avec les partenaires d'ici à juillet 2016 pour rattraper le retard des opérations du TT d'ici à la fin de 2018.

État actuel : Créé en juillet 2016, le plan continue à être mis en application.

Recommandation n° 2 : Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière.

État actuel : Il y a eu de nombreuses opportunités de collaboration transfrontalière en 2016. Le PNSO du Mali a participé au bilan annuel du Programme Trachome au Niger en octobre 2016 et des représentants du Niger ont assisté au bilan du programme au Mali en décembre 2016. Les PNSO ont également travaillé ensemble à rétablir l'enquête HEAD START, qui a produit plusieurs résultats significatifs concernant la formation de chirurgiens spécialistes du TT. De plus, les deux pays, ainsi que le Burkina Faso, ont reçu des financements de la Banque mondiale pour combattre le paludisme et les MTN. Cela offre des occasions supplémentaires de collaboration quand les pays se rencontrent pour évoquer l'usage des fonds afin de mener des activités communes.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 6 000 patients atteints de TT, dont 2 400 avec le concours du Centre Carter
- Entretenir des centres de formation pour permettre la formation des chirurgiens au TT

Antibiothérapie (A)

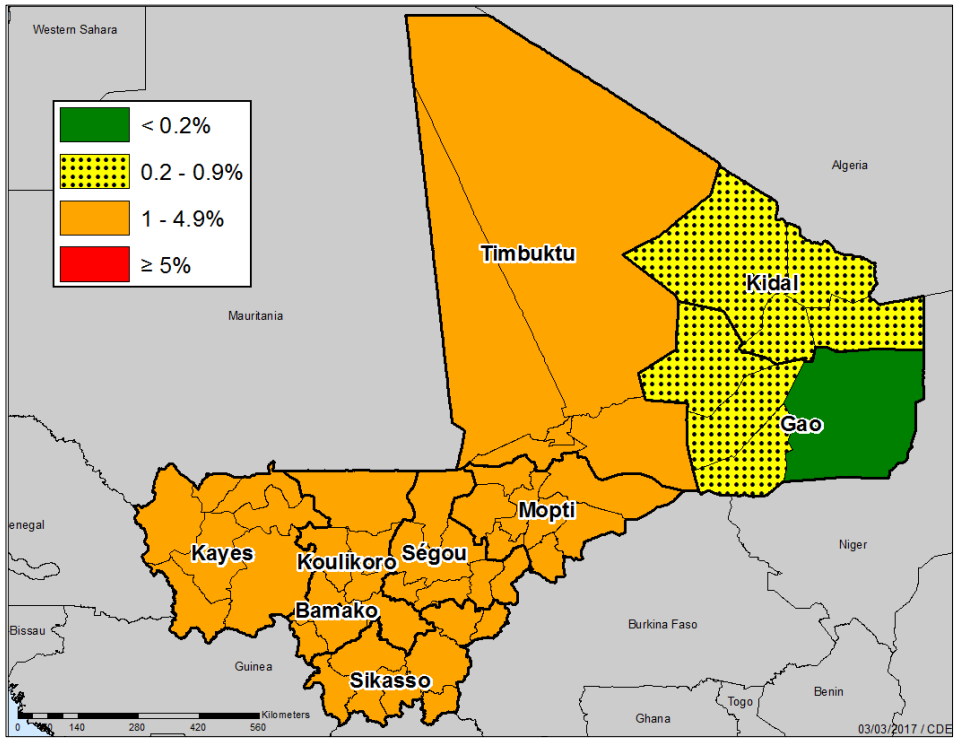
- Mener trois enquêtes d'impact pour savoir si une DMM est justifiée. Si les résultats de ces enquêtes montrent qu'il faut procéder à une DMM dans ces districts, celle-ci sera assurée par le MdS, assisté des partenaires
- Mener 14 enquêtes de surveillance

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

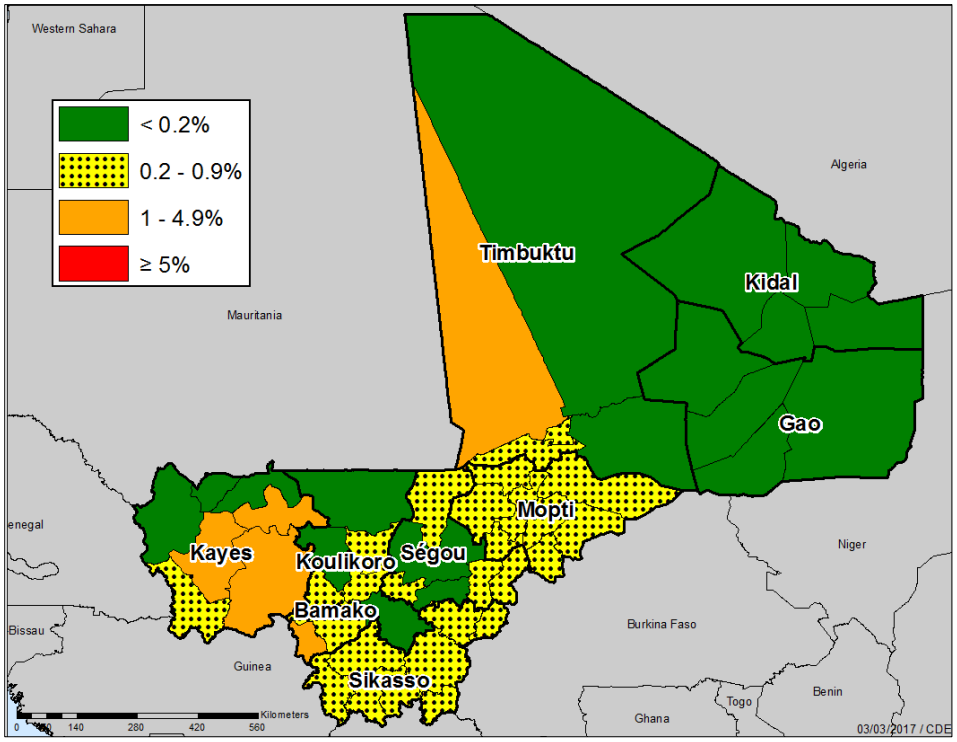
- Permettre une éducation sanitaire dans 375 villages avec le concours du Centre Carter
- Construire 6 300 latrines, toutes avec le concours du Centre Carter
- Poursuivre les activités de N et E en cours

Mali : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

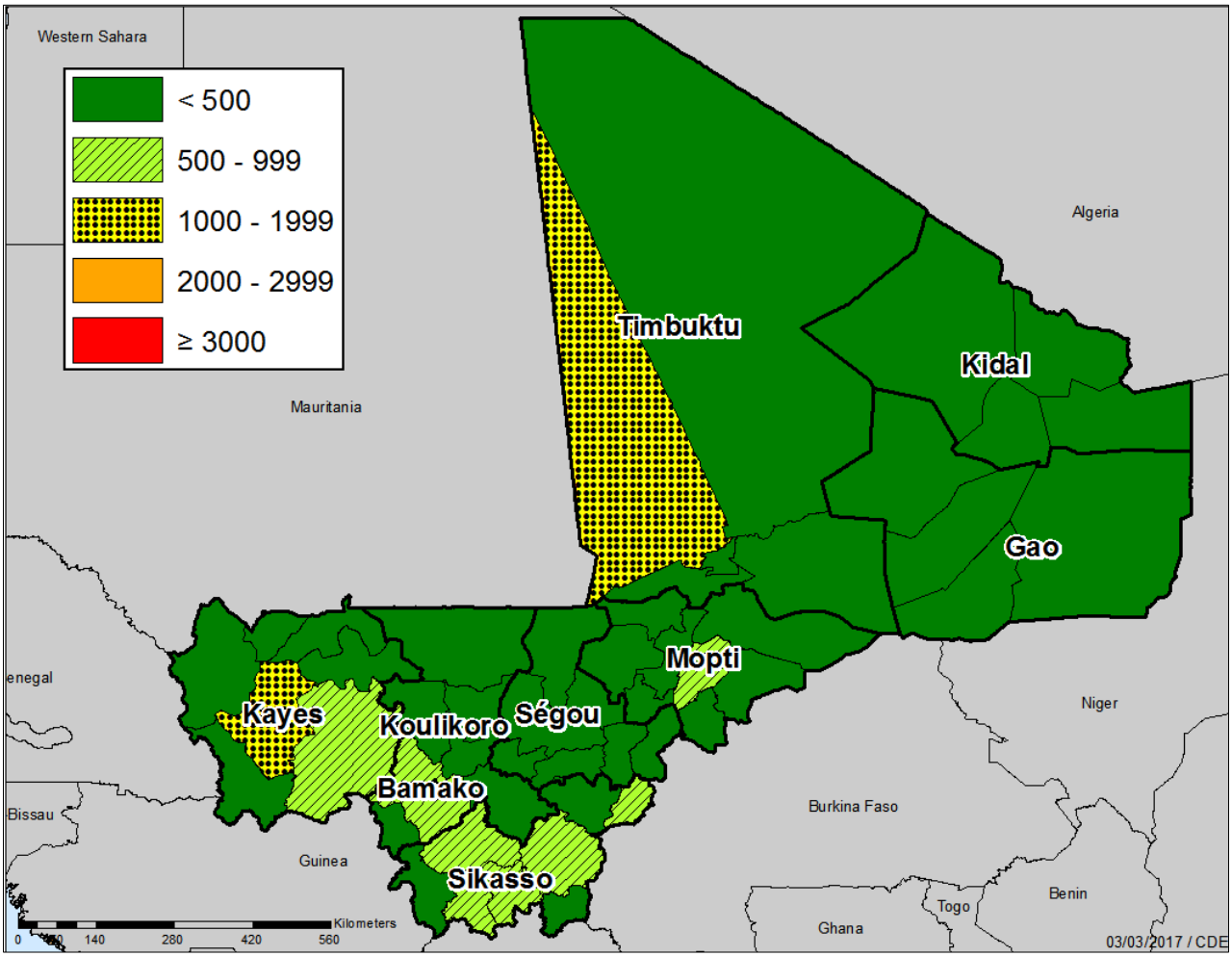
Situation de référence, 1996



2016

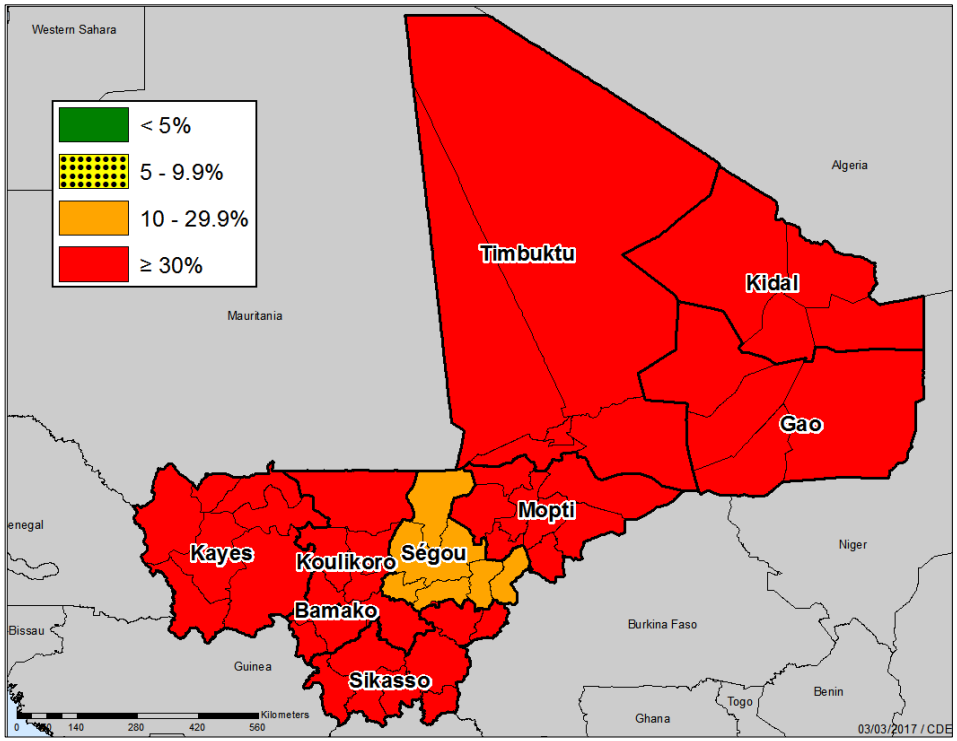


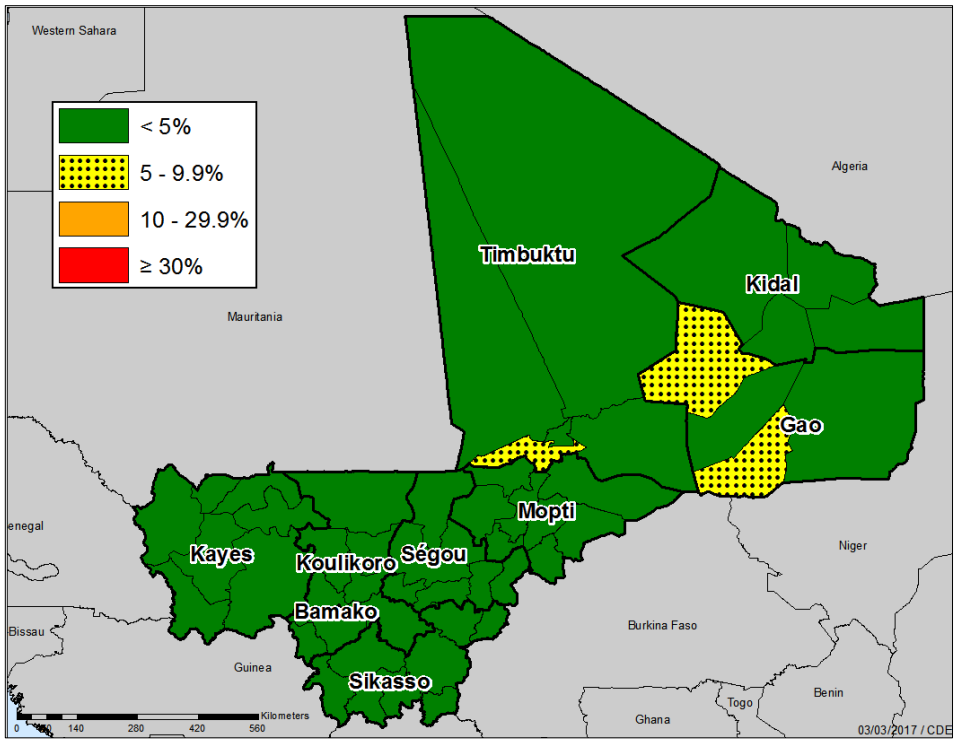
Mali : Nombre d'opérations en retard, 2016



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

Situation de référence, 1996 **2016**





CHANCE au Niger

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

Contexte

Le PNLC a été mis en place en 1987 suite à des enquêtes nationales faisant état d'une prévalence de la cécité de 2,2 %, dont un quart des cas dus au trachome. Les enquêtes régionales de référence menées entre 1997 et 1999 ont établi que 44 % des enfants âgés de un à neuf ans présentaient une TF et/ou une inflammation trachomateuse intense (TI) active et que 1 % des femmes de plus de 9 ans souffraient d'un trichiasis. En 1999, le PNLC a fondé le Groupe de Travail national Trachome, et à partir de 2001, des enquêtes de prévalence ont été menées au niveau des districts. À ce jour le trachome fait partie des MTN mais n'est pas considéré comme une maladie 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 volets 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 du MOH contre le trachome, 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 chirurgie détachée pour le TT en mars 2013. En 2013, le programme a également changé de nom : le PNLC est devenu le PNSO.

Chronologie

1987 : début du PNLC
1997-1999: études sur la situation initiale de référence menées au niveau régional
2000: Le Centre Carter commence à apporter son concours au programme
2001 : début des études de situation initiale de référence au niveau des districts
2002: la mise en œuvre de la stratégie CHANCE commence
2006 : Enquête sur l'impact du trachome (EIT) menée
2007: lancement du Programme sur les MTN
2010 et 2012 : EIT menées
2013 : le PNLC devient le PNSO
2016 : EIT menées
2020 : changement de la date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	40 529	15 000	8 139 (54 %)	10 000	6 465 (65 %)
Nbre de femmes opérées			4 738		3 790
Nbre de chirurgiens formés		40	34 (85 %)	20	20 (100 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	3 928 475	3 928 475	En cours	S/O[6]	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	172 248	116 948	En cours	116 948	En cours
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		10 000	8 203 (82 %)	8 000	8 203 (103 %)
Nbre de latrines domestiques construites		11 000	9 528 (87 %)	11 000	9 528 (87 %)

Interventions chirurgicales (C)

Le Programme national assure des opérations du TT au Niger depuis 1999. Le Centre Carter a commencé à apporter son concours aux opérations du TT en 2009. Le programme connaît une augmentation importante de ses réalisations depuis 2009. Il a atteint 54 % de son objectif annuel d'interventions chirurgicales, avec 8 139 malades du TT opérés en 2016. Sur la totalité des réalisations, le Centre Carter a contribué à 65 % d'entre elles, soit 6 465 interventions. 34 chirurgiens spécialistes du TT ont été formés en 2016, dont 20 avec le concours du Centre Carter. Les enquêtes d'impact montrent que deux districts de la région de Zinder ont plus de 3 000 opérations en retard ; neuf districts le long de la frontière sud du Niger ont entre 1 000 et 1 999 opérations en retard ; 1 district dans la région de Diffa a entre 500 et 999 opérations en retard. Au Niger, le nombre total d'opérations en retard s'élève à 32 120. Au rythme où s'effectue actuellement le travail, le programme aura atteint son objectif d'élimination d'ici à 2020.

Depuis 2011, le Programme national suit la qualité des opérations du TT grâce à des enquêtes de suivi, y compris des interviews postopératoires de patients TT. L'équipe de validation note le nom du chirurgien, indique si le patient a suivi les instructions postopératoires du chirurgien ou de l'infirmière (garder le pansement, prendre les antibiotiques, se reposer et se faire enlever les points de suture une semaine après l'intervention). Elle demande aussi aux patients TT s'ils sont contents de l'opération et si c'est une réussite du point de vue technique. Le programme a beaucoup progressé dans sa méthode de validation des opérations du TT.

Antibiothérapie (A)

Des enquêtes de référence, menées en 2002, indiquaient que le trachome était endémique dans les régions méridionales du Niger et que dans plusieurs districts, la prévalence du TF était supérieure à 30%. Grâce au programme, la prévalence du TF a considérablement reculé dans tout le pays. Le programme a participé à quatre enquêtes d'impact et quatre enquêtes de surveillance en 2016, qui ont permis de savoir comment ses activités sont mises en œuvre en 2017.

[6] Le Centre Carter ne contribue pas en ce moment à la DMM au Niger.

Des enquêtes d'impact récentes montrent que tous les districts de Dosso, Tahoua et Tillaberi sont parvenus à une prévalence du TF inférieure à 5 %. À Maradi, dans deux districts, la prévalence du TF se situe entre 5 et 9,9 % et dans 8 districts elle est entre 10 et 29,9 %. À Zinder, dans deux districts, la prévalence du TF se situe entre 10 et 29,9 % et dans 1 district, elle est entre 5 et 9,9 %. À Agadez, elle est également comprise entre 5 et 9,9 %. À Diffa, elle se situe entre 10 et 29,9 % dans tous les districts. Compte tenu de ces données, le programme va poursuivre la DMM dans les districts où elle se justifie. Les données des DMM de 2016, notamment les doses distribuées et la couverture des DMM, n'étaient pas encore disponibles au moment de ce bilan en raison d'un retard de distribution.

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

En 2016, le Programme national a participé à une éducation sanitaire continue dans 8 203 villages à travers le Niger. Il a également contribué à l'éducation sanitaire de 296 *marabouts* (chefs religieux musulmans), 300 chefs communautaires et 207 femmes, qui ont été notamment formées à la fabrication de savon. En plus des formations locales, le Programme national passe des contrats avec des stations de radio pour diffuser des messages sur le trachome. En 2016, 24 022 messages ont été diffusés dans tout le pays.

11 685 établissements scolaires ont également bénéficié d'une éducation sanitaire. Cette formation a été dispensée notamment à des chefs d'établissement : 270 à Tahoua et Dosso, 280 à Maradi et 240 à Zinder. À Zinder, 240 enseignants en ont également bénéficié. Les formations ont été données avec l'aide de HKI, à Tahoua et Dosso, et du Centre Carter, à Maradi et Zinder. Le programme a procédé à une révision des programmes scolaires, qui contiennent d'autres informations sur le trachome et expliquent comment la propagation de la maladie peut être évitée. En 2016, les régions de Maradi et Zinder ont beaucoup intensifié l'éducation sanitaire au trachome.

Le Programme national n'a pas relâché ses efforts et a poursuivi la construction et l'utilisation de latrines en 2016. Il a contribué à l'aménagement de 9 528 nouvelles latrines avec le concours du Centre Carter, et à la formation de 280 nouveaux maçons.

Obstacles au développement du programme :

L'un des défis du programme reste d'organiser la DMM conformément aux prévisions. Par ailleurs, le programme a besoin de trousses et de loupes neuves supplémentaires pour pouvoir continuer à contribuer aux opérations chirurgicales. Enfin, il cherche à inciter les chefs de villages améliorer la mobilisation au sein des communautés afin de parvenir aux objectifs d'élimination.

État actuel des recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016

Recommandation n° 1 : Le Niger doit envisager une DMM propre au trachome si le plan intégré ne peut pas être mis en place à temps.

État actuel : Le programme a contribué à deux tournées de distribution qui ont mis l'accent sur la distribution de Zithromax.

Recommandation n° 2 : Le Niger doit rechercher des possibilités de collaboration transfrontalière avec le Nigeria.

État actuel : Aucune collaboration transfrontalière avec le Nigeria n'a pas été mise en œuvre. Cependant, celle-ci sera intensifiée grâce à un financement de la Banque mondiale pour lutter contre le paludisme et les MTN. Pays frontalier du Niger, le Nigeria sera invité à des réunions concernant cette nouvelle initiative.

Recommandation n° 3 : Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière.

État actuel : La collaboration transfrontalière avec le Mali s'est améliorée en 2016 grâce au programme. Le PNSO du Mali a participé au bilan sur le Programme Trachome au Niger en octobre 2016 et des représentants nigériens ont assisté au bilan du programme au Mali en décembre 2016. Les PNSO ont également travaillé ensemble à rétablir l'enquête HEAD START, qui a produit plusieurs résultats significatifs concernant la formation de chirurgiens spécialistes du TT. De plus, les deux pays, ainsi que le Burkina Faso, ont reçu des financements de la Banque mondiale pour combattre le paludisme et les MTN. Cela offre des occasions supplémentaires de collaboration quand les pays se rencontrent pour évoquer l'usage des fonds afin de mener des activités communes.

Recommandation n° 4 : Le Niger doit envisager de mettre en œuvre un plan pour augmenter le nombre d'opérations du TT afin de réduire le nombre d'années nécessaires pour être à jour.

État actuel : Le programme a conçu un plan pour localiser les cas de TT restants au Niger.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 18 000 patients atteints de TT, dont 9 000 avec le concours du Centre Carter
- Former 60 nouveaux chirurgiens, dont 24 avec le concours du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

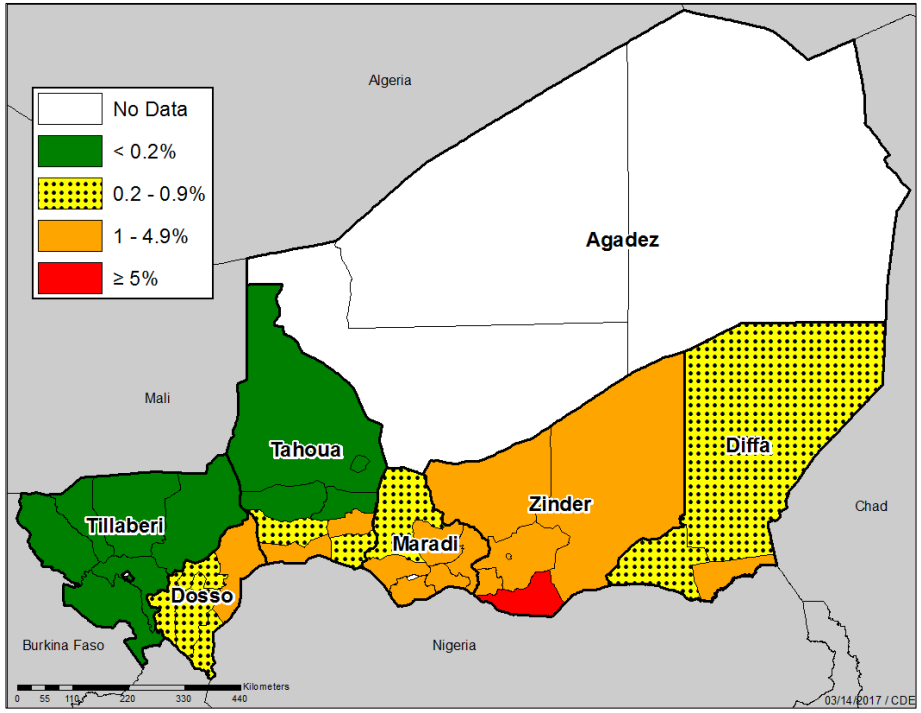
- Distribuer 3 933 971 doses d'azithromycine
- Distribuer 80 286 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 6 enquêtes d'impact et 8 enquêtes de surveillance

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

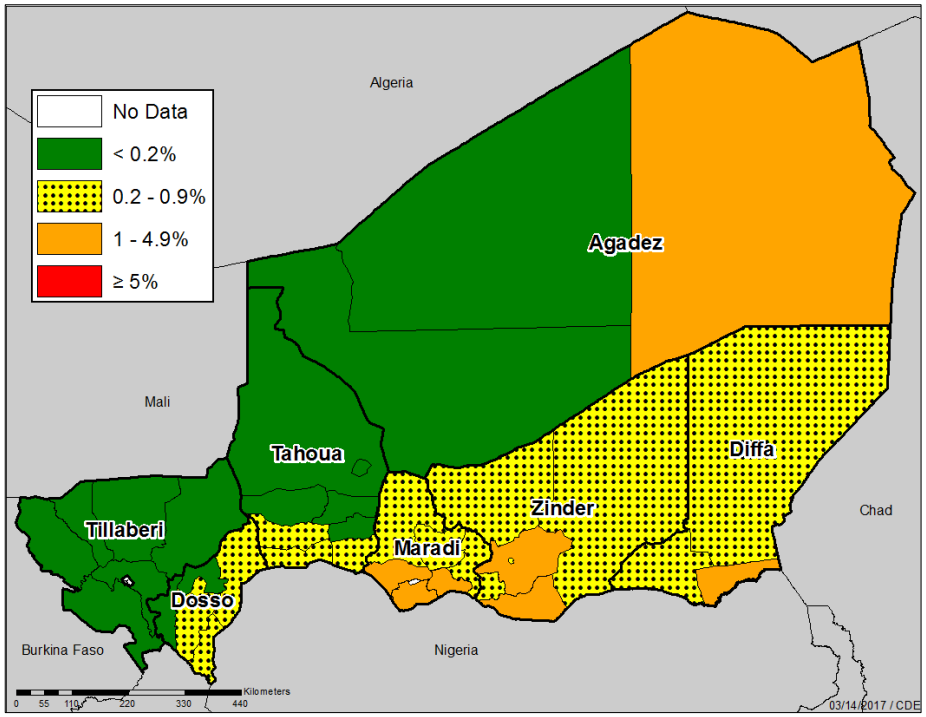
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 600 villages, tous avec le concours du Centre Carter
- Former 207 femmes à la fabrication de savon
- Former 300 *marabouts,* 300 chefs communautaires et 240 enseignants à dispenser une éducation sanitaire
- Continuer à passer des contrats avec des stations de radio pour diffuser des messages sur le trachome
- Construire 12 000 latrines, toutes avec le concours du Centre Carter
- Former 300 maçons, tous avec l'aide du Centre Carter

Niger : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

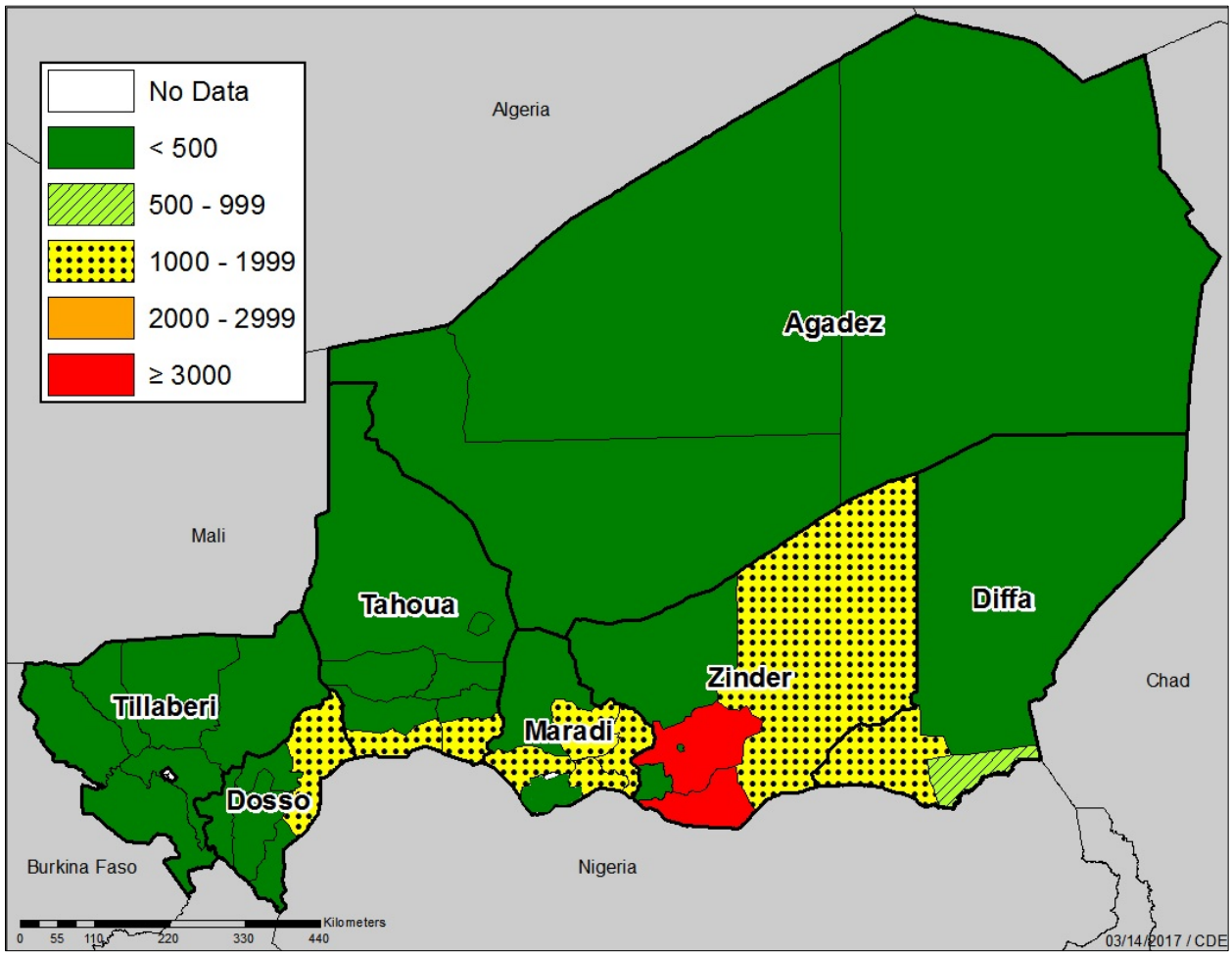
Situation de référence, 2002



2016

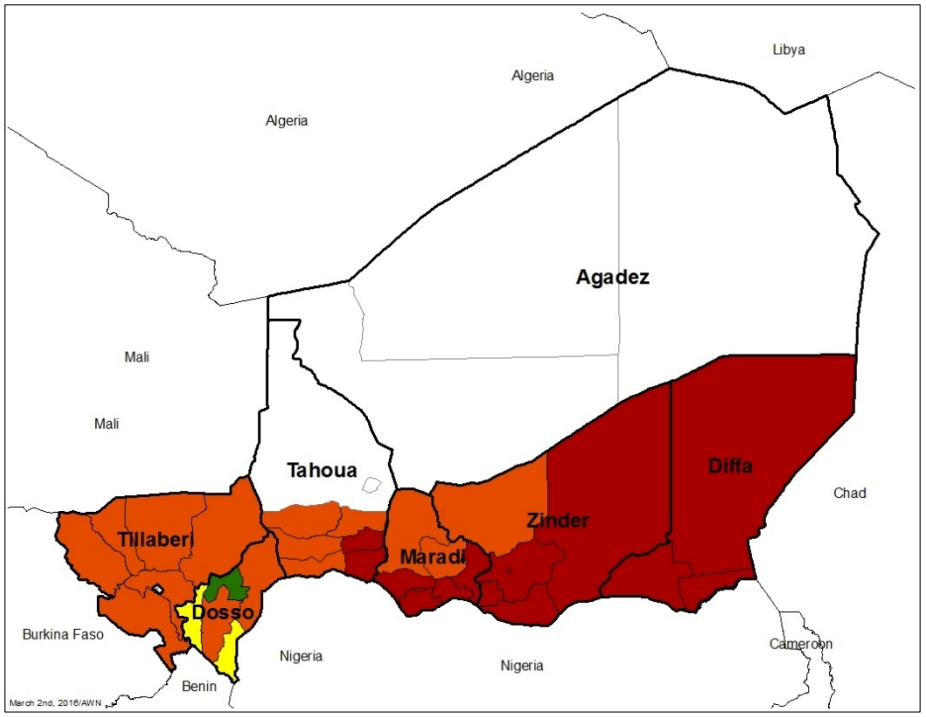


Niger : Nombre d'opérations en retard, 2016

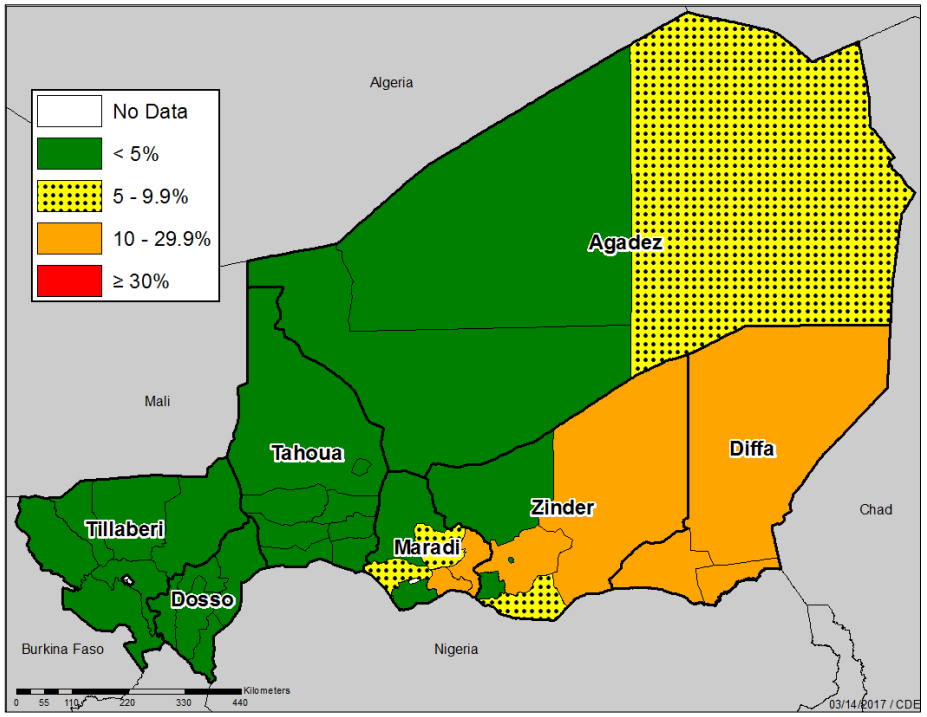


Niger : La prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation de référence, 2002



2016



CHANCE au Soudan du Sud

Présenté par Mme Aja Isaac Kuol, directrice adjointe pour les MTN et la chimiothérapie préventive,

Ministère de la Santé, Soudan du Sud

Contexte

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, pour le trichiasis trachomateux, d'une prévalence atteignant 15,1 % chez les adultes âgés de 15 ans et plus, dans certains districts de la région du Grand Nil Supérieur. Malgré cette forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement la principale priorité du gouvernement. Avant cela, le Programme Trachome dépendait du Département des soins oculaires ; en fin 2013 il a été rattaché au département des MTN. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de moyens. Dans les districts bénéficiant d'interventions CHANCE, la plupart des activités sont limitées aux composants S et A. Le PAT a été achevé en 2012.

Le programme avait initialement prévu de mener des études de référence dans cinq États du Soudan du Sud dans le cadre du PCGT et des études d'impact dans huit zones bénéficiaires du concours du Centre Carter ; mais des combats ayant eu lieu la majeure partie de l'année 2014 ont cependant empêché de réaliser les enquêtes. Depuis le début du conflit plus de 1,5 millions personnes ont fui leur domicile et un grand nombre de ces exilés habitaient dans des districts où le Programme de Lutte contre le Trachome était actif.

Chronologie

1999-2010 : Cartographie de la situation de référence
2001 : Début des activités de lutte contre le trachome
2005: Accord de paix global signé
2007: établissement du Programme de Lutte contre le Trachome par le ministère de la Santé du Soudan du Sud
2008 : Établissement du Groupe de travail Trachome
2011 : Le Soudan du Sud accède à l'indépendance
2012 : Finalisation du PAT
2013-2014: Les combats dans certaines parties du pays entraînent le déplacement des populations
2014, janvier-septembre : Suspension des activités du programme
2015 : Premières EIT menées à Budi, à Lopa/Lafon, à Kapoeta est, Kapoeta nord et Kapoeta sud
2016 : Mai-déc. : Suspension des activités du programme
2020 : date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nombre de personnes opérées	88 840 (29 districts sur 29)	2 500	0	1 000	0
Nbre de femmes opérées			0		0
Nbre de chirurgiens formés		10	0	0	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	1 699 994	245 440	175 088 (71 %)	245 440	175 088 (71 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	33 999	7 363	6 811 (93 %)	7 363	6 811 (93 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		200	776	75	776
Nbre de latrines domestiques construites		80	0	80	0

Interventions chirurgicales (C)

Le Programme national contribue aux opérations du TT dans tout le Soudan du Sud depuis 2001. Il a fait des progrès dans la cartographie des districts et dispose maintenant de données dans les régions de Unity, du Nil Supérieur, de l'ouest, du centre et de l'est d'Equatoria. Toutefois, à cause de l'insécurité, il reste une bonne partie du pays à couvrir. Les enquêtes d'impact menées en 2015 montrent que certains districts de l'est d'Equatoria ont une prévalence du TT inférieure à celle qui avait été notée au départ : celle-ci se situe entre 1 et 4,89 %, contre les plus de 10 % indiqués dans les données de référence.

Le programme a suspendu ses activités chirurgicales en mai 2016 en raison de l'insécurité. Il espère pouvoir les reprendre en 2017. Les enquêtes d'impact réalisées dans cinq districts de l'est d'Equatoria ont montré qu'il restait 3 702 personnes à opérer.

Antibiothérapie (A)

Les enquêtes d'impact ont montré que plusieurs des districts étudiés étaient hyperendémiques au trachome. Les enquêtes d'impact qui ont eu lieu en 2015 montrent que la prévalence du TF est supérieure à 30 % dans quatre districts sur cinq. Malgré l'insécurité qui règne dans la plupart du pays, le Programme national veille à distribuer des antibiotiques dans les zones accessibles. En 2016, 175 088 doses de Zithromax® et 6 811 doses de POT offertes par Pfizer ont été distribuées dans trois districts de l'est d'Equatoria. Dans chacun de ces trois districts, le programme est parvenu à une couverture de DMM de 80 % minimum. Trois à cinq tournées de DMM restent justifiées.

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

Le Programme national a mis en œuvre des activités de N et E dans 776 villages en 2016. Chaque village a reçu du matériel et une formation. Les habitants formés pour dispenser une éducation sanitaire ont dirigé des activités au moment où la DMM avait lieu dans chaque village.

Obstacles au développement du programme :

Le programme continue à être confronté à de nombreuses difficultés : l'insécurité sur les routes, le

déplacement d'une grande partie de la population en raison des combats et l'insécurité alimentaire. Le gouvernement consacre une bonne partie de ses moyens à la crise humanitaire. En outre, il reste à cartographier la plupart du pays pour déterminer si des interventions CHANCE sont nécessaires. Le programme manque également de chirurgiens formés au TT pour réaliser les opérations chirurgicales.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016 :

Recommandation n° 1 : Le programme doit s'efforcer de mettre en œuvre la stratégie CHANCE complète (en mettant l'accent sur le N et E) dans les États jugés sûrs. Pour y parvenir, le programme doit envisager d'inciter les partenaires de WASH à contribuer à la construction de latrines et à l'approvisionnement en eau.

État actuel : Aucun progrès.

Recommandation n° 2 : La communauté du trachome doit envisager d'aider le Soudan du Sud à mettre sur pied une stratégie pour rattraper le retard pris dans les opérations du TT et terminer la cartographie du trachome dans le pays.

État actuel : Aucun progrès.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 1 000 patients atteints de TT, tous avec le concours du Centre Carter
- Former 2 chirurgiens spécialistes du TT avec l'aide du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

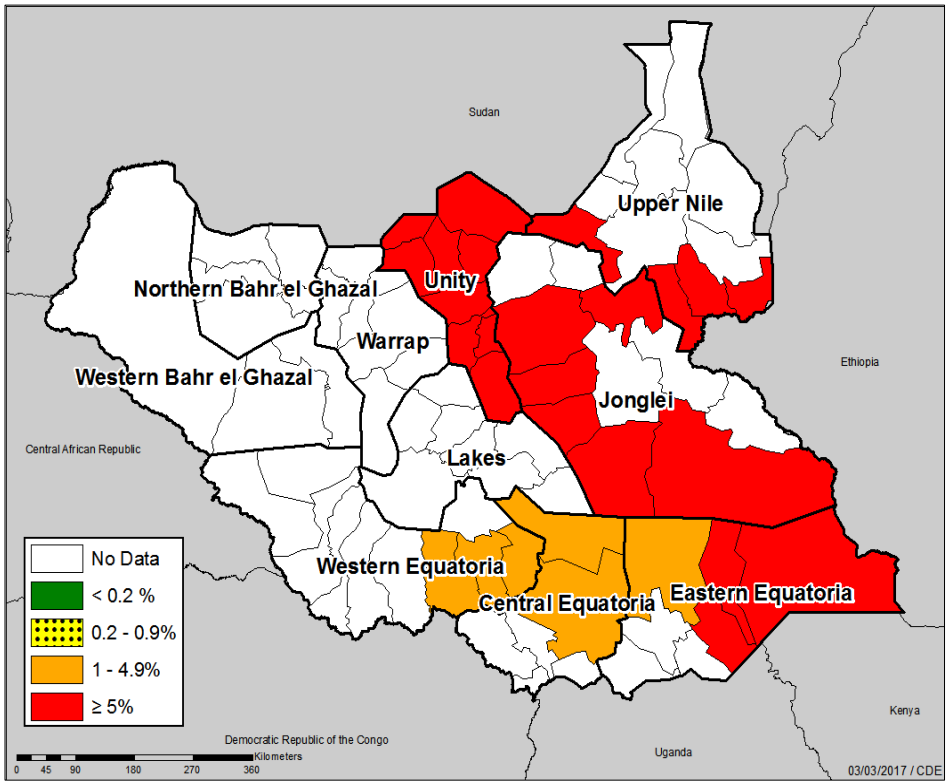
- Distribuer 468 061 doses d'azithromycine, dont 245 440 doses avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 9 552 doses de POT, dont 7 363 avec le concours du Centre Carter

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

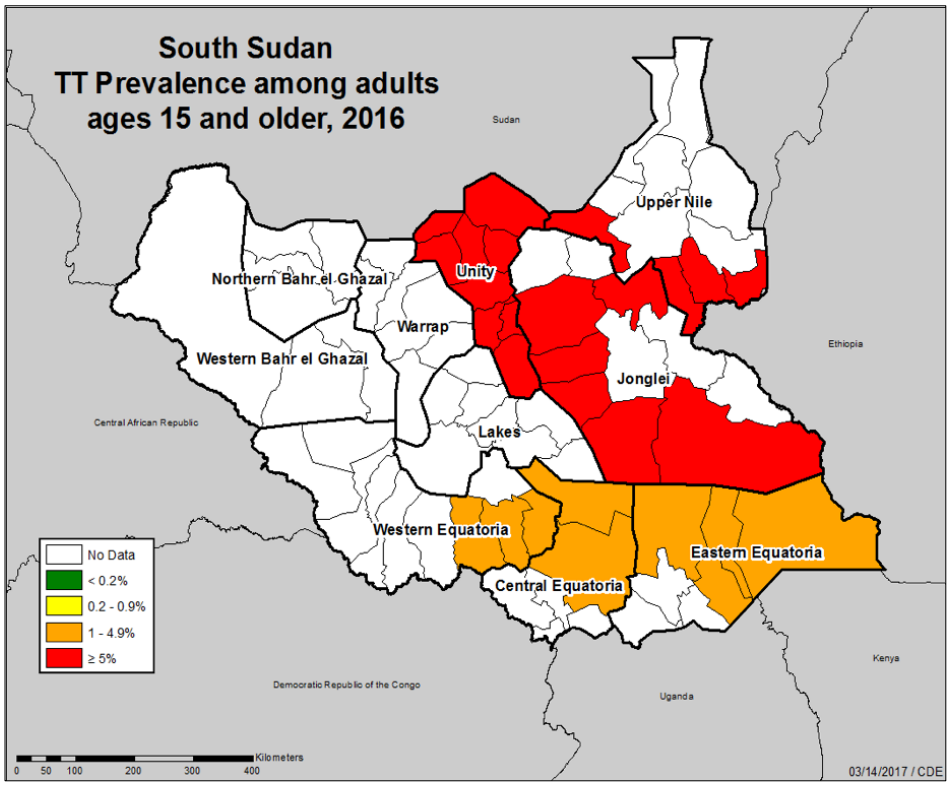
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 776 villages, tous avec le concours du Centre Carter.

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

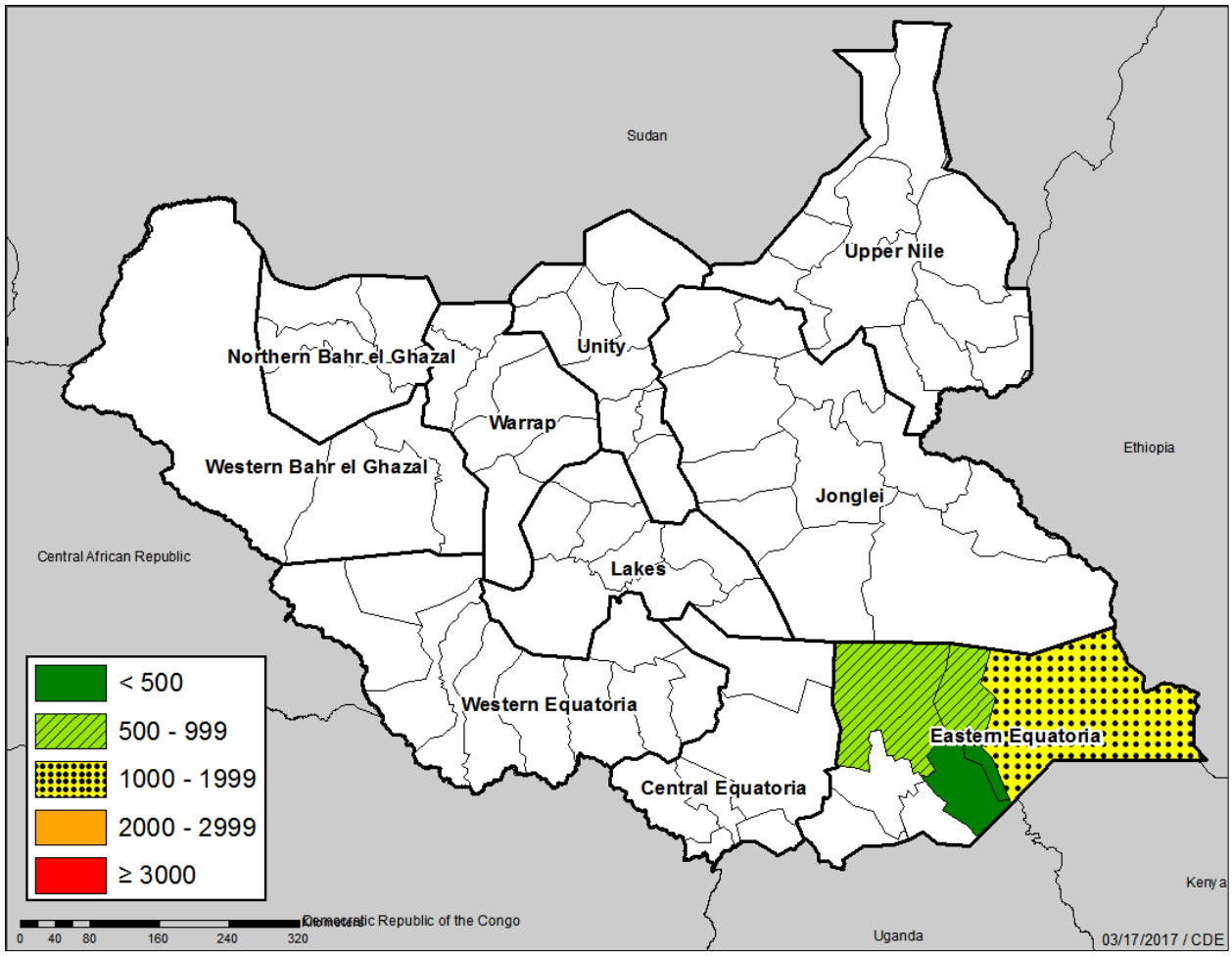
Enquête de référence, 2001-2014



2016

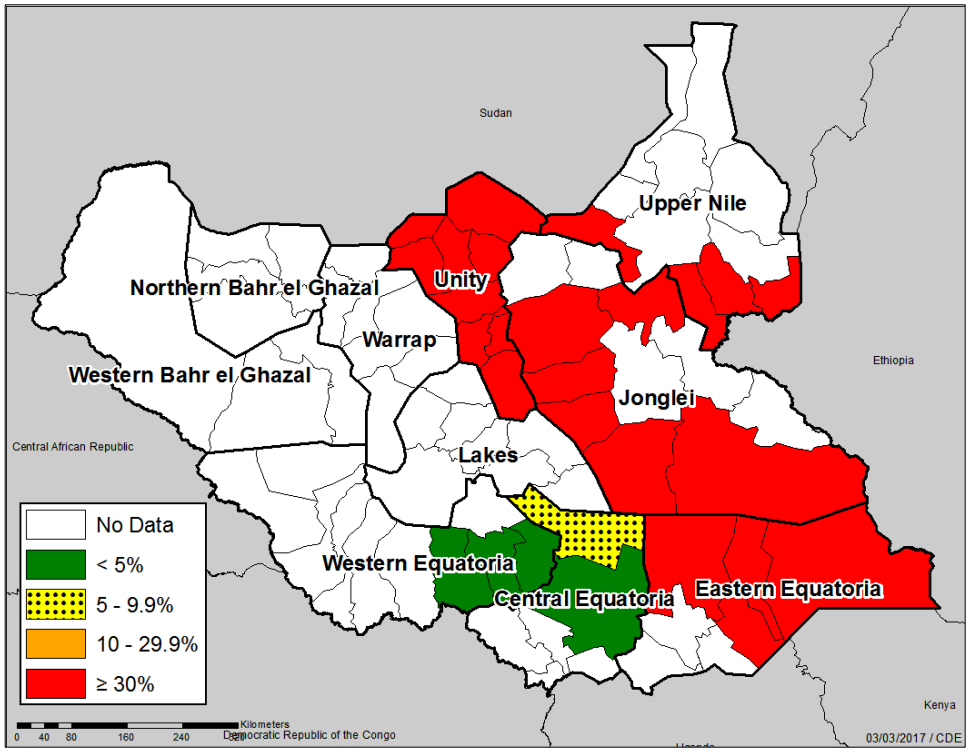


Soudan du Sud : Opérations chirurgicales en retard dans cinq comtés en 2016

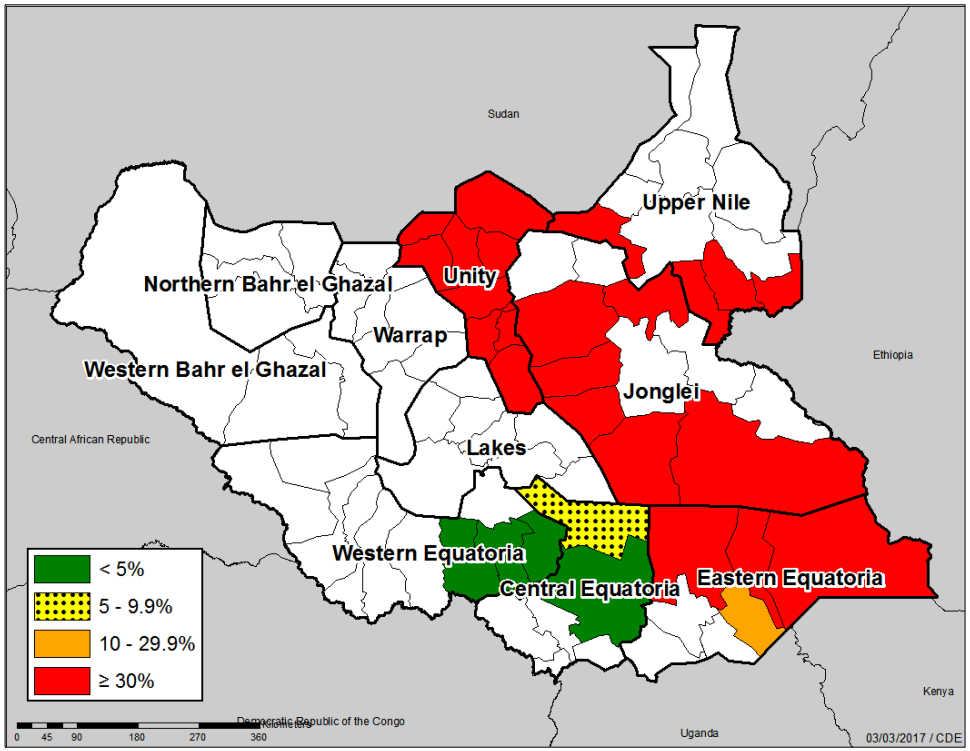


Soudan du Sud : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

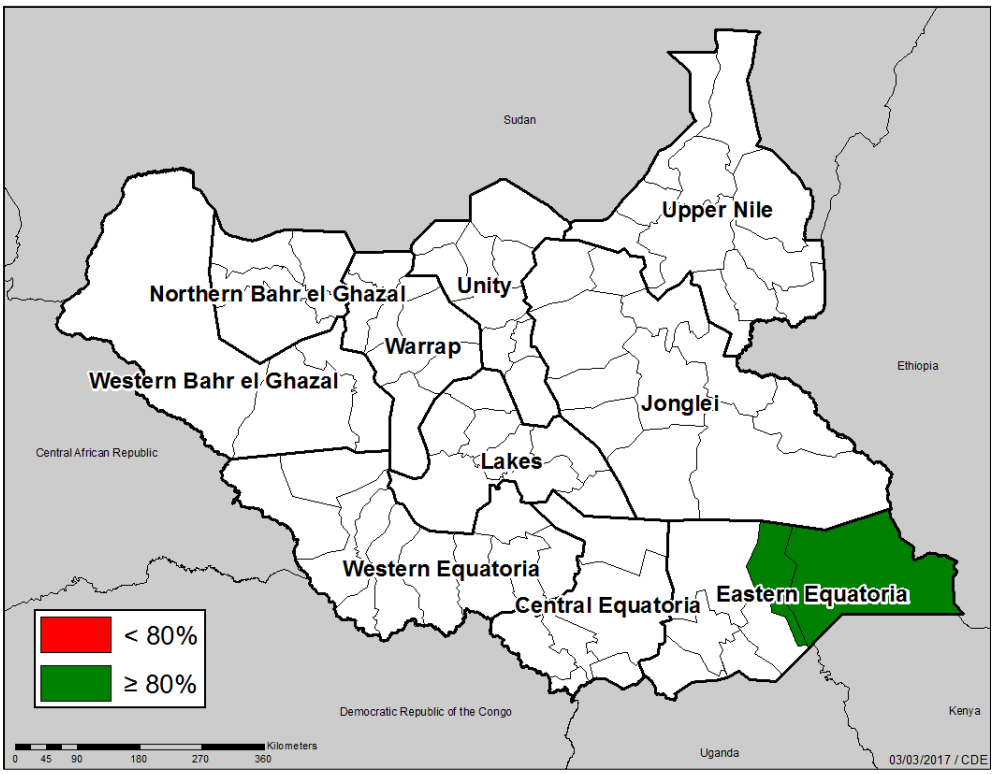
Enquête de référence, 2001-2014



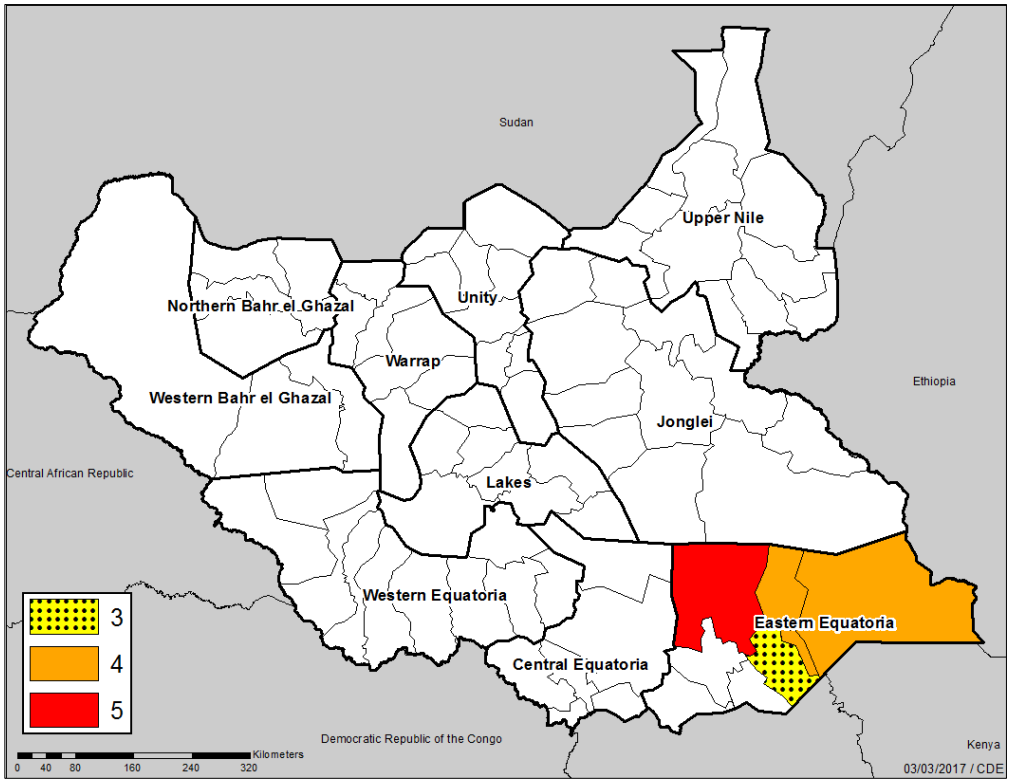
2016



Soudan du Sud : Couverture de la DMM par district, 2016



Soudan du Sud : Tournées de DMM restantes dans cinq comtés en 2016



CHANCE au Soudan

Présenté par le Dr Balgesa Elkheir Elshafie, Coordinateur national,
Programme national de lutte contre le trachome, ministère fédéral de la Santé, Soudan

Contexte

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

Une cartographie nationale de la prévalence a débuté en 2006 et a pris fin en 2010. La cartographie du Darfour et de Khartoum a été réalisée en 2015 grâce à la coordination du MFdS, du PCGT, de Sightsavers et du Centre Carter. Les interventions relatives à la S, à l'A et au N bénéficient du concours du Centre Carter, de Sightsavers et du MFdS. Les interventions relatives à E sont mises en œuvre 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 finance pas directement les activités relatives à E, il apporte son concours aux actions de plaidoyer pour ce volet.

Chronologie

1999 : Le Centre Carter commence à apporter son concours au Programme de Lutte contre le Trachome
2000: début des dons de Zithromax® par Pfizer Inc
2005: le Programme national de lutte contre trachome est transféré au MFdS
2005-2010 : enquêtes de prévalence de référence (sauf dans les États du Darfour et de Khartoum)
2006 : le manuel de formation pour l'intervention du trichiasis trachomateux (TT) est adapté localement en arabe
2010: études d'impact menées dans les États du nord et du Nil Bleu
2011 : début des campagnes mobiles du Programme national pour la lutte contre le TT
2013 : Début du soutien de Sightsavers au Programme de Lutte contre le Trachome
2014 : achèvement du programme de santé à l'école et des directives pour les enseignants sur l'élimination du trachome
2015 : achèvement de la cartographie du Darfour dans les zones accessibles ; formation des enseignants sur les programmes scolaires relatifs au trachome
2016 : Lancement du PAT ; La DMM a démarré dans les États du Darfour
2020 : date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	42 008	8 056	1 103 (14 %)	2 100	847 (40 %)
Nbre de femmes opérées			686 (62 %)		512 (56 %)
Nbre de chirurgiens formés		30	30 (100 %)	S/O	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	3 601 942	3 601 942	2 065 954 (57 %)	1 439 315	1 202 135 (84 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	72 038	72 038	20 521 (29 %)	22 986	5 521 (24 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		350	280 (80 %)	350	119 (34 %)
Nbre de latrines domestiques construites		Aucun objectif fixé	5 006	S/O	S/O

Interventions chirurgicales (C)

En 2016, le Programme national a contribué à 1 103 opérations du TT au Soudan, atteignant ainsi 14 % de son objectif annuel de 8 056 interventions. Le Centre Carter a apporté une assistance pour 847 opérations, atteignant ainsi 40 % de son objectif annuel, fixé à 2 100 interventions. Sur le nombre total d'interventions réalisées, 686 femmes ont été opérées, ce qui représente 62 % de la totalité. Le programme a par ailleurs formé 30 nouveaux chirurgiens, atteignant ainsi son objectif de formation pour 2016. Il reste 42 008 personnes à opérer pour être à jour. Au rythme où vont les travaux, il faudra 38 ans au programme pour atteindre son objectif. Pour être plus efficace et arriver à localiser les patients à opérer, le programme teste l'utilisation de détecteurs de cas de TT. Après avoir suivi une formation, les détecteurs de cas seront chargés d'amener des patients à se faire opérer et l'intervention aura lieu immédiatement après le dépistage. Par ailleurs, ils aideront les chefs communautaires à procéder à des suivis de trois à six mois pour chaque patient TT. Dans les régions où l'on estime que les données initiales de prévalence du TT sont inexactes et que des enquêtes d'impact ne se justifient pas, le programme souhaiterait ne mener d'enquêtes que sur le TT.

L'une des raisons du peu de résultats concrets en 2016 est le nombre limité de chirurgiens qualifiés capables d'opérer dans ce domaine. Seuls les ophtalmologistes sont autorisés par le MFdS à pratiquer la chirurgie du trichiasis trachomateux. Le Centre Carter, en collaboration avec le MFdS, a soumis des demandes au Conseil médical du Soudan pour faire changer cette règle afin de pouvoir former plus de gens et les envoyer sur le terrain pour offrir des opérations du TT. Mais à ce jour, toutes les demandes ont été rejetées.

Dans certains endroits, le programme a recueilli des données sur les patients ayant refusé de se faire opérer du TT en 2016. Le dépistage du TT a concerné 12 943 personnes, et on a trouvé que 567 d'entre elles avaient besoin d'une intervention chirurgicale. 518 personnes, soit 91%, ont accepté les services chirurgicaux et 49 (9 %) ont refusé l'intervention. Il n'y a pas eu d'activité de validation du TT en 2016.

Antibiothérapie (A)

Le Programme national a atteint le seuil d'élimination du TF dans de nombreux districts depuis les enquêtes de référence menées en 2007. Dans l'État de Gedaref, la prévalence du TF reste supérieure à 5 % dans trois districts. Dans l'État du Nil Bleu, elle est supérieure à 5 % dans un district. Le Darfour continue à avoir

besoin d'enquêtes de référence dans certains districts pour comprendre à quel endroit des interventions CHANCE sont nécessaires.

En 2016, le Programme national a distribué 2 065 954 doses de Zithromax® offertes par Pfizer, ce qui représente 57 % de son objectif pour 2016. Le Centre Carter a contribué à la distribution de 1 202 135 doses de Zithromax® par DMM, atteignant ainsi 84 % de l'objectif du Centre Carter. Le programme a par ailleurs distribué 20 521 doses de POT. La couverture des DMM a été supérieure à 80 % dans tous les districts traités, sauf pour un district au Darfour dans lequel la population a changé depuis le dépôt de la demande de médicament. Le Programme national a mené cinq enquêtes d'impact en 2016.

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

Pendant les DMM, le Programme national procède à des activités de N et E dans chaque district. En regroupant ces activités, il atteint davantage d'habitants. Pour mener des activités, les bénévoles sont formés à offrir une éducation sanitaire qui porte en particulier sur les façons de prévenir et de traiter le trachome. En outre, le programme propose des messages radio préenregistrés qui sont diffusés avant et pendant la campagne de DMM.

Le Programme national a continué à participer à l'éducation sanitaire dans les établissements scolaires de tout le Soudan en incluant des cours sur le trachome dans les programmes du primaire et du secondaire. Des groupes d'élèves forment des associations d'amis autour du trachome pour aller plus loin dans la promotion de l'éducation sanitaire, accorder la priorité à l'hygiène et montrer comment une bonne hygiène peut arrêter la propagation de la maladie. Les élèves ont également été invités à partager les leçons qu'ils apprennent sur la prévention du trachome avec leur famille et leur communauté.

Près de 5 000 latrines ont été construites en 2016. Des sociétés de construction de barrages contribuent à ces chantiers du programme national. Pendant la construction des barrages, la population des villages est souvent délocalisée. Le programme collabore avec ces sociétés pour que des latrines soient construites une fois que les villages ont été déplacés.

Obstacles au développement du programme :

Le programme continue à faire face à des problèmes d'insécurité dans certaines régions, en particulier celle du Nil Bleu et les États du Darfour, où il est impossible d'accéder pour mettre en place la stratégie CHANCE ou dans lesquelles les populations ne sont pas complètement rentrées chez elles. Pour les opérations du TT, le programme est confronté à plusieurs difficultés, notamment le manque de partenaires pour prendre en charge les activités chirurgicales dans l'Etat du Darfour, ainsi que le besoin d'enquêtes uniquement sur le TT dans certaines zones où les études d'impact ne se justifient plus. En 2016, le programme s'est aussi heurté à un problème d'approvisionnement en médicaments pour une DMM au Darfour dû à un changement de population après avoir fait la demande en médicaments. Il travaille actuellement à éviter ce problème à l'avenir.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016 :

Recommandation n° 1 : Le Soudan doit élaborer un plan d'action détaillé d'ici à juin 2016 pour rattraper son retard pris dans les opérations du TT d'ici à la fin de 2019.

État actuel : Les partenaires et le MFdS ont mis sur pied un plan d'application détaillé pour les activités chirurgicales de 2017.

Recommandation n° 2 : Le Soudan doit étudier les options pour réduire la durée nécessaire à une campagne chirurgicale itinérante afin de permettre à plus d'internes chirurgiennes de participer.

État actuel : Après avoir étudié les options, le programme a considéré que la contribution des chirurgiennes était efficace, sauf dans les régions non sécurisées.

Recommandation n° 3 : Le programme doit évaluer la compréhension qu'ont les enseignants et les élèves des nouveaux programmes scolaires relatifs au N et E au bout d'un certain temps.

État actuel : Une étude d'évaluation est prévue pour 2018.

Recommandation n° 4 : Le Soudan doit trouver des moyens pour collaborer avec les autres ONG qui réalisent des opérations du TT afin de s'assurer qu'elles sont bien comptabilisées et qu'elles sont conformés aux pratiques recommandées par le MFdS pour mener ces interventions.

État actuel : Des discussions sont en cours entre le MFdS, le Conseil médical du Soudan et le Programme national.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 10 000 patients atteints de TT ; dont 2 100 avec le concours du Centre Carter
- Former 30 chirurgiens

Antibiothérapie (A)

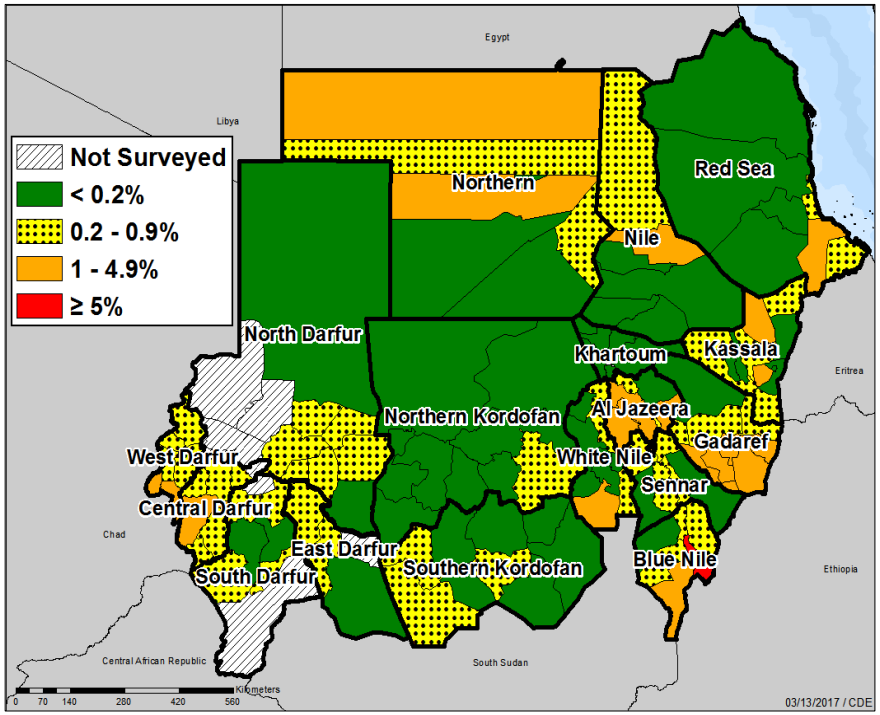
- Distribuer 2 344 762 doses d'azithromycine ; dont 490 264 avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 46 895 doses de tétracycline ; dont 9 805 avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 7 enquêtes d'impact et 1 enquête de surveillance post-endémique

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

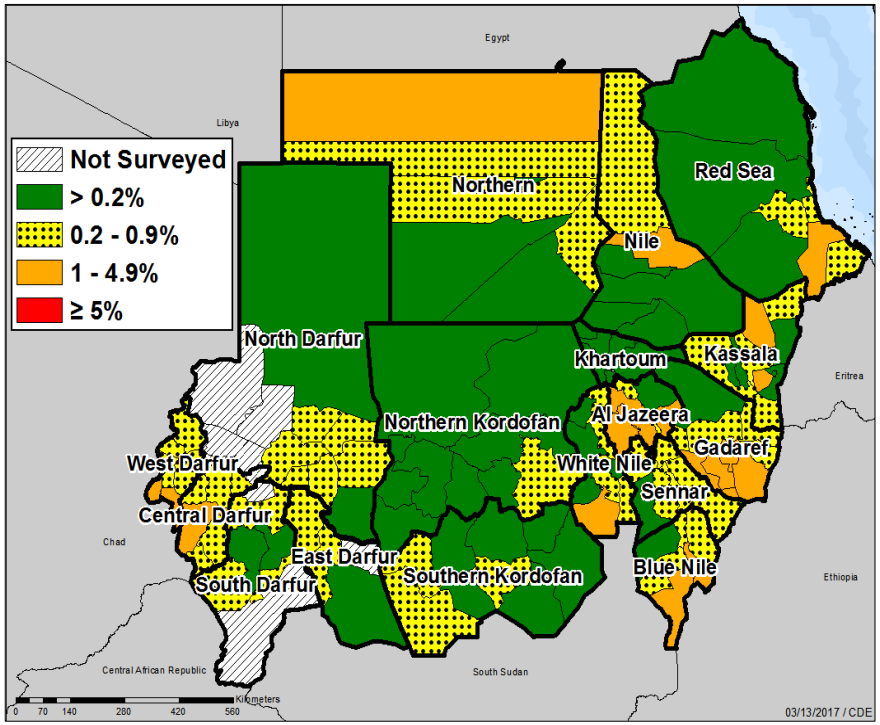
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 233 villages, tous avec le concours du Centre Carter.

Soudan : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

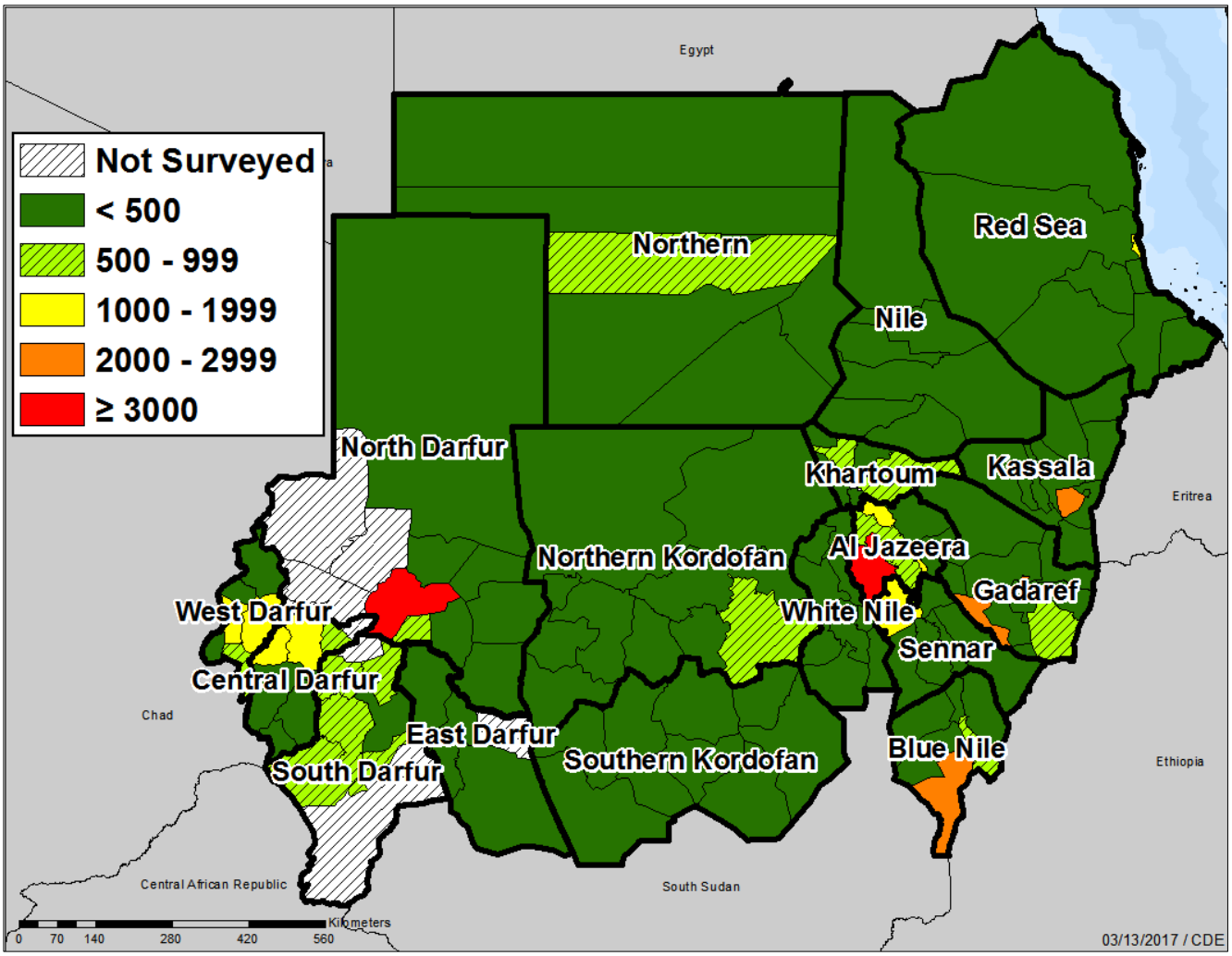
Enquête de référence, 2007-2015



2016

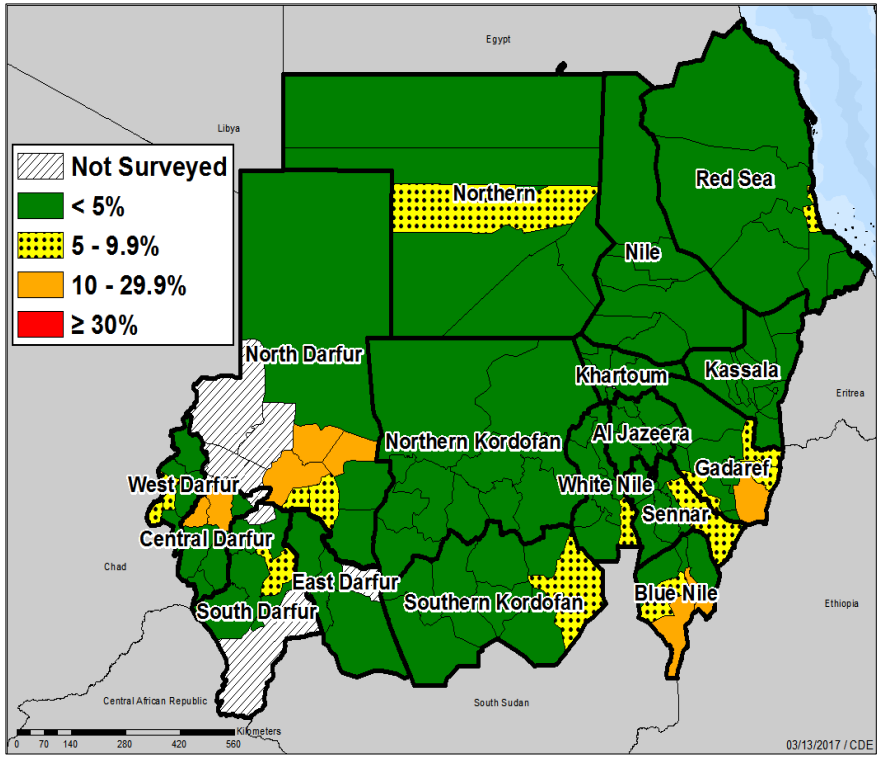


Soudan : Nombre d'opérations en retard, 2016

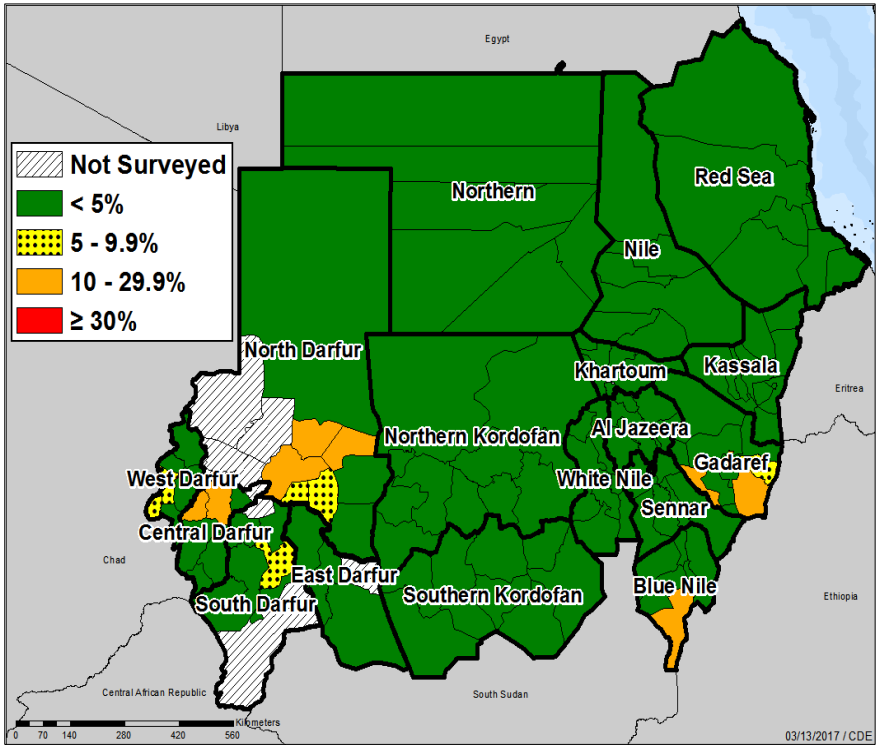


Soudan : La Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

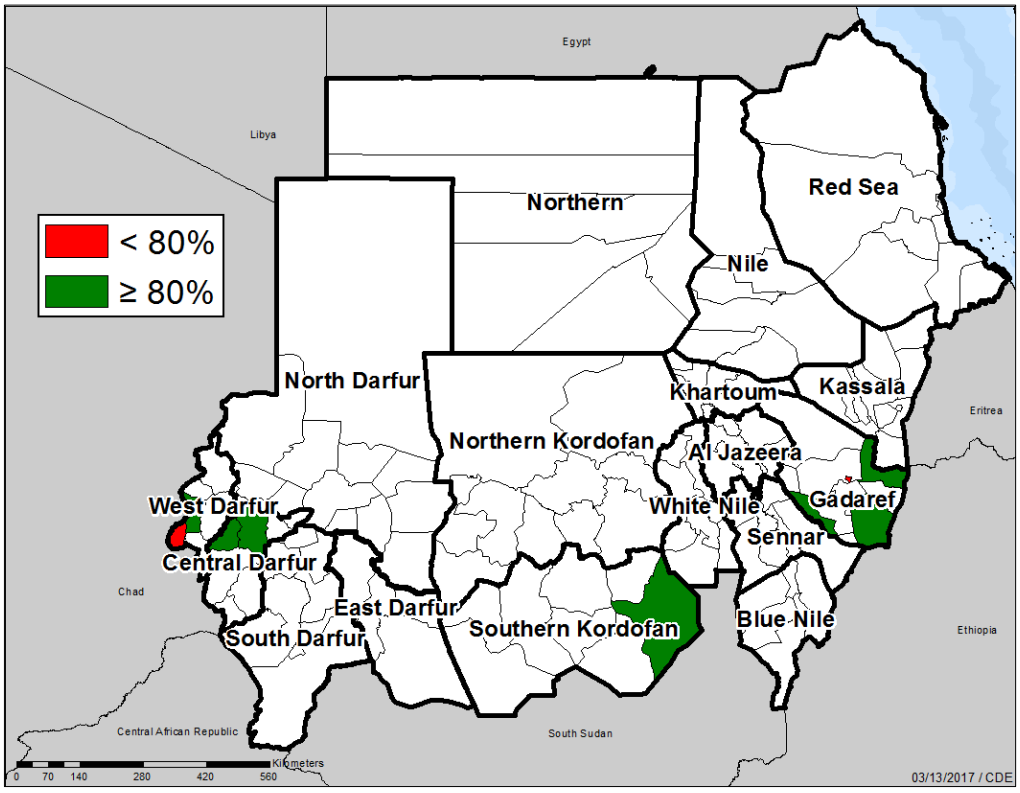
Enquête de référence, 2007-2015



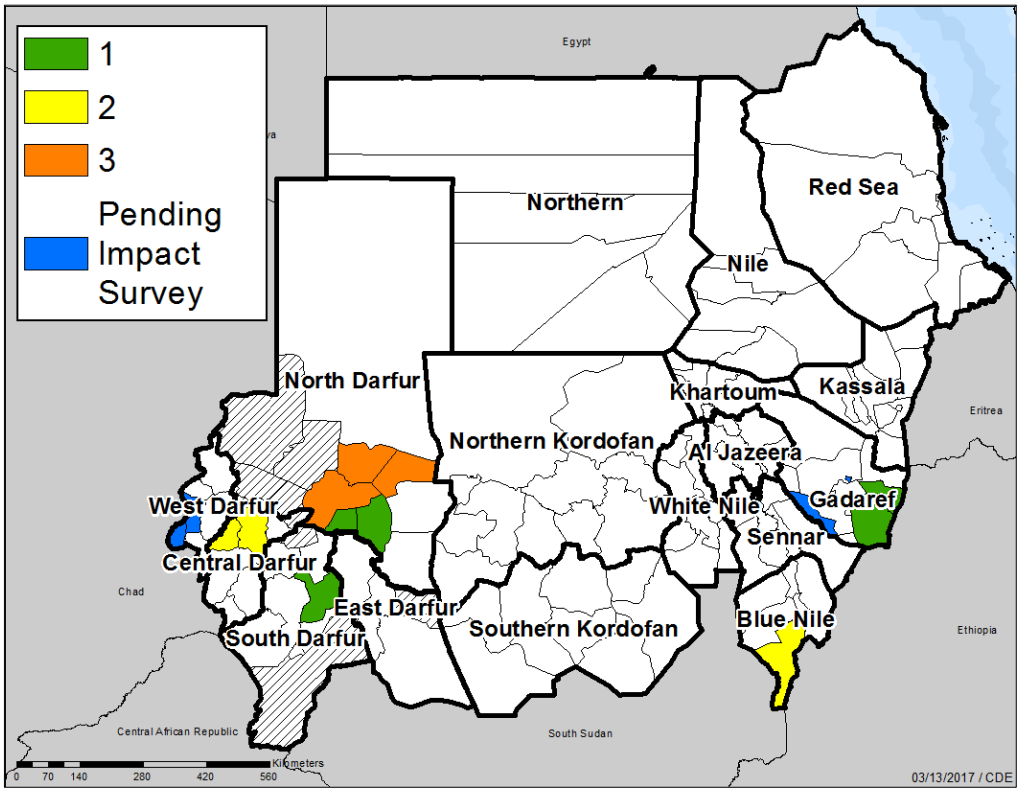
2016



Soudan : Couverture communiquée pour la DMM, 2016



Soudan : Tournées de DMM restantes, 2016



CHANCE en Ouganda

Présenté par le Dr. Patrick Turyaguma, responsable national du Programme Trachome, Ministère de la Santé, Ouganda

Contexte

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

En ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie CHANCE, il est possible de se faire opérer du TT dans les deux régions de Busoga et Karamoja et des distributions d'antibiotiques ont eu lieu chaque année dans toutes les zones où le trachome est réputé endémique. Les volets Nettoyage du visage et Amélioration de l'environnement de la stratégie CHANCE ont été incorporés dans les activités de certains des partenaires de WASH dans les régions de Busoga et Karamoja.

Après au moins trois années de DMM, des évaluations de leur impact sont en cours depuis 2013. Jusqu'à présent, ces études d'impact ont montré un recul 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 PAT en 2014.

Chronologie

2006-2014 : cartographie de la situation de référence
2007: début du Programme national de lutte contre le trachome
2007: lancement officiel de DMM pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® offert par Pfizer
2013 : élaboration du PAT et début des évaluations d'impact
2014 : Le Centre Carter devient partenaire coordinateur pour le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome
2014 : lancement du PAT
2014 : début des formations de perfectionnement pour les chirurgiens spécialisés en TT
2015 : début des rencontres transfrontalières
2017 : Février-mars 2017 : enquête de référence N et E
2020 : date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du programme en 2016

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	10 213	5 789	4 992 (86 %)
Nbre de femmes opérées			3 606
Nbre de chirurgiens formés		0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	1 958 866 (10 districts)	1 958 866	1 108 594* *il manque 2 districts
Doses de POT distribuées pendant la DMM	39 976	39 796	26 684* *il manque 2 districts
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		23 246	23 246 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites		3 880	3 420 (88 %)

Interventions chirurgicales (C)

Le Programme national a contribué à 4 992 opérations du TT en 2016, ce qui représente 86 % de son objectif annuel. Sur le nombre total d'interventions réalisées, 3 606 ont été pratiquées sur des femmes, soit 72 % du total. Le programme a fait de gros progrès pour se rapprocher de son objectif d'élimination d'ici à 2020. Il reste 5 686 personnes à opérer pour venir à bout des opérations en retard. Au rythme où va actuellement le travail, le programme espère y parvenir en deux ans.

En 2016, le programme a recueilli des données sur les refus de patients atteints de TT. Un dépistage du TT a touché 38 339 personnes. Sur celles-ci, on en a trouvé 4 992 qui avaient besoin d'être opérées, soit environ 13 % ; 4 653, soit 93 %, ont accepté l'intervention ; 276 personnes (6 %) l'ont refusée ; et 62 patients ont été épilés.

Le programme a également participé à un audit des interventions chirurgicales en 2016, dont les objectifs étaient de détecter les échecs des interventions parmi les patients opérés au cours des six derniers mois, de repérer les chirurgiens spécialistes du TT qui avaient eu plus de 10 % d'échecs sur leurs opérations et de mettre au point pour eux un plan d'interventions de rattrapage. Au total, 10 chirurgiens spécialistes du TT ont passé cet audit. Pour chaque chirurgien, les vérificateurs ont examiné 40 yeux opérés au cours des six derniers mois. Au total, 313 yeux ont été examinés pendant le contrôle chirurgical. Sur l'ensemble, 236 opérations, soit 76 %, ont été des réussites et 74, soit 24 %, ont été des échecs. Sur les 10 chirurgiens concernés par ce contrôle, trois avaient obtenu de bons résultats, trois avaient des taux d'échec de 10 à 20 % et pour quatre chirurgiens, le taux d'échec était supérieur à 20 %. Le programme a réagi à ces résultats en mettant en œuvre un plan pour améliorer l'issue clinique des interventions. Les chirurgiens dont le taux d'échec était supérieur à 10-20 % suivront une formation de perfectionnement pour améliorer leurs compétences chirurgicales. Les chirurgiens ayant eu un taux d'échec supérieur à 20 % ont été immédiatement empêchés de continuer à pratiquer des interventions et ont été affectés à d'autres activités qui ont lieu pendant les campagnes chirurgicales itinérantes.

Antibiothérapie (A)

Des enquêtes d'impact montrent que la prévalence du TF a beaucoup diminué et que de nombreux districts ont atteint le seuil de moins de 5 % de prévalence. 27 districts sur 36 districts ont arrêté la DMM. Un district a une prévalence du TF supérieure à 30 %, cinq districts ont une prévalence du TF entre 10 et 29,9 %, et pour trois districts elle est supérieure à 5 et 9,9 %.

En 2016, le programme a distribué 1 108 594 doses de Zithromax® et 26 684 doses de POT dans huit districts. Deux districts ont également participé à une DMM, mais les résultats de la distribution n'ont pas encore été communiqués bien que la DMM ait eu lieu au cours des trois mois précédents. Sur les districts ayant communiqué des données sur les DMM, six ont signalé une couverture égale ou supérieure à 80 % et deux, inférieure à 80 %. Le Programme national a terminé six enquêtes d'impact et deux enquêtes de surveillance post-endémiques en 2016. Il en ressort que dans deux districts, la prévalence du TF reste supérieure à 10 %.

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

Le Programme national a multiplié les activités de N et E en 2016. Parmi ces réalisations, il a mené 229 dialogues communautaires et journées de plaidoyer et formé 3 335 éducateurs de groupe aux soins de la tête et à l'hygiène, qui ont dirigé des équipes sanitaires villageoises, et il leur a appris comment mettre en œuvre des activités d'éducation sanitaire dans leur communauté. Le programme a relu, révisé et imprimé des brochures et dépliants de communication pour le changement de comportements et diffusé 1 540 messages radio sur le trachome. Dans les établissements scolaires, les activités de N et E comprenaient la formation théorique et pratique de dix clubs de santé et la distribution de 30 installations de lavage des mains. Au niveau national, des réunions ont eu lieu pour parler de l'actualisation des directives d'assainissement des établissements scolaires. Des contrats ont été passés avec de nouveaux partenaires, Concern Worldwide et World Vision, pour mettre en place des activités de N et E dans la région de Karamoja.

Obstacles au développement du programme :

En 2016, le programme a été confronté à certaines difficultés. Plusieurs districts ont des retards d'opérations chirurgicales peu importants, ce qui complique la localisation des cas de TT restants dans ces zones. De plus, le programme a du mal à procéder à un suivi lorsque les populations effectuent des migrations au sein de districts endémiques. Comme lors des années précédentes, le programme continue à avoir des problèmes pour se faire envoyer des données sur la couverture du traitement dans les délais par certains districts. Cela retarde la planification des activités dans ces districts. Le programme s'occupe par ailleurs de la difficulté d'accès à de l'eau non contaminée et propre dans certains districts de Karamoja.

État actuel des recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2016

Recommandation n° 1 : Le programme doit atteindre au moins 80 % de couverture dans tous les districts pour les DMM.

État actuel : En 2016, 10 districts ont procédé à une DMM. Sur les dix qui en ont été bénéficiaires, six ont atteint une couverture de 80 %, voire plus.

Recommandation n° 2 : Le programme doit mener des enquêtes après les DMM dans le plus possible de districts où le trachome est endémique afin de valider la couverture, et présenter les résultats au prochain bilan sur le programme.

État actuel : Des enquêtes de couverture de la DMM sont en cours.

Objectifs pour 2017 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (C)

- Opérer 2 500 patients atteints de TT
- Former 20 chirurgiens spécialistes du TT pour les zones faisant l'objet d'une expansion du programme

Antibiothérapie (A)

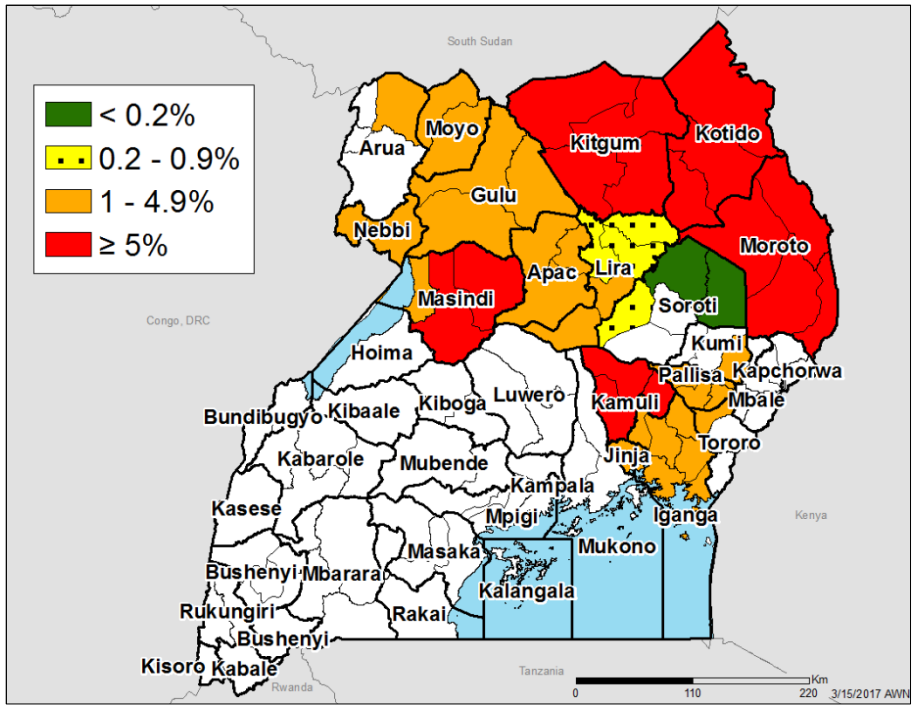
- Distribuer 285 102 doses d'azithromycine
- Distribuer 5 865 doses de POT
- Mener sept enquêtes d'impact et 12 enquêtes de surveillance post-endémique

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

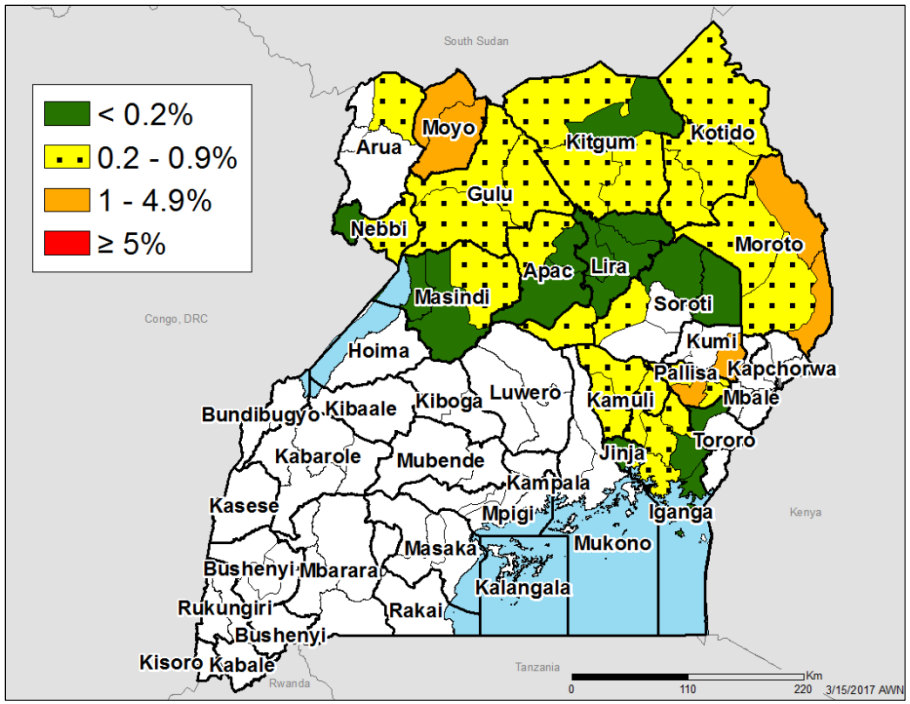
- Apporter une éducation sanitaire à 23 246 villages
- Construire 3 880 latrines

Ouganda : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

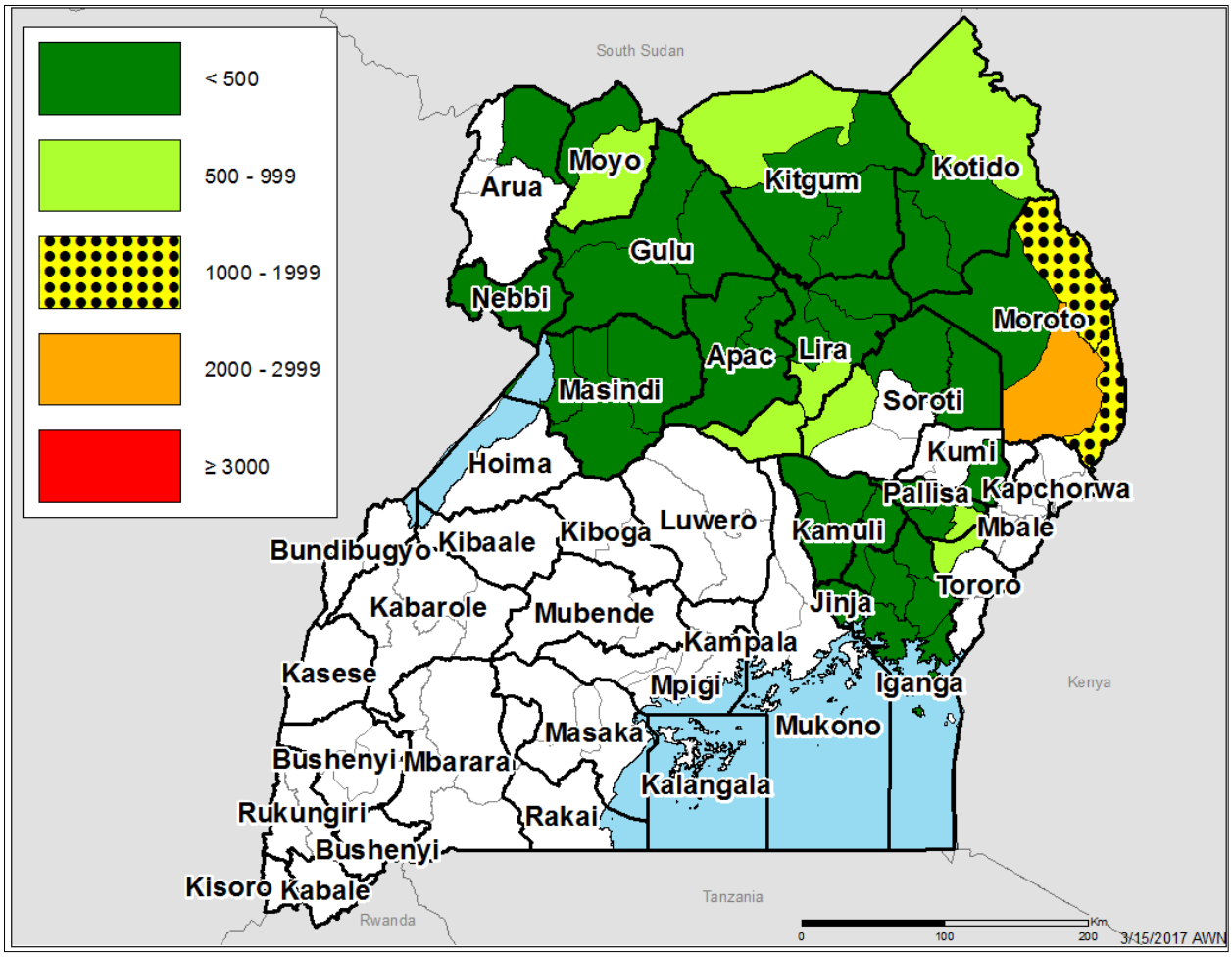
Enquête de référence, 2006-2012



2016

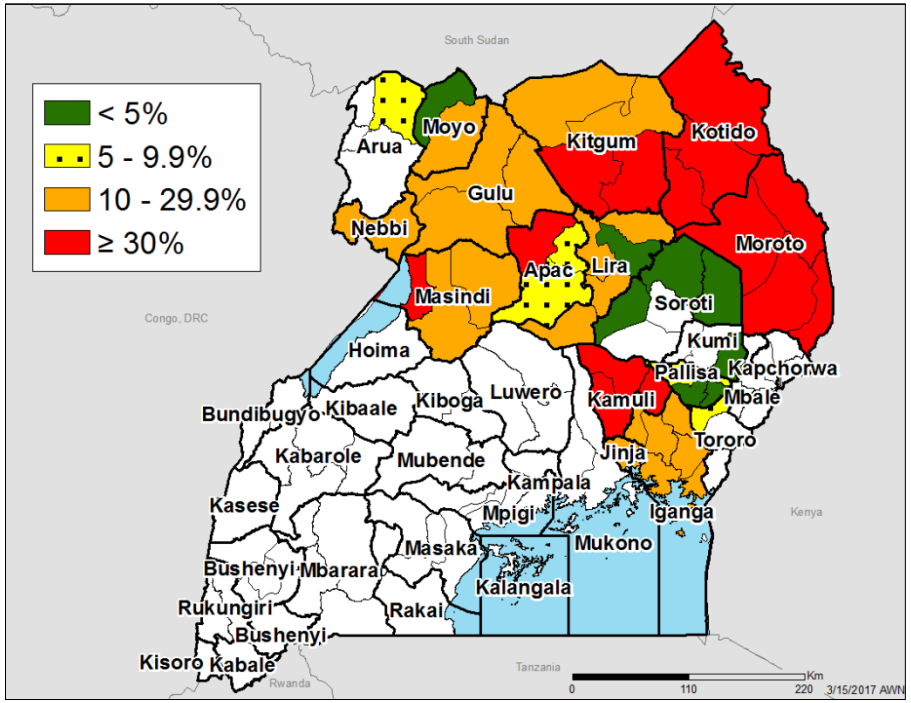


Ouganda : Nombre d'opérations en retard, 2016

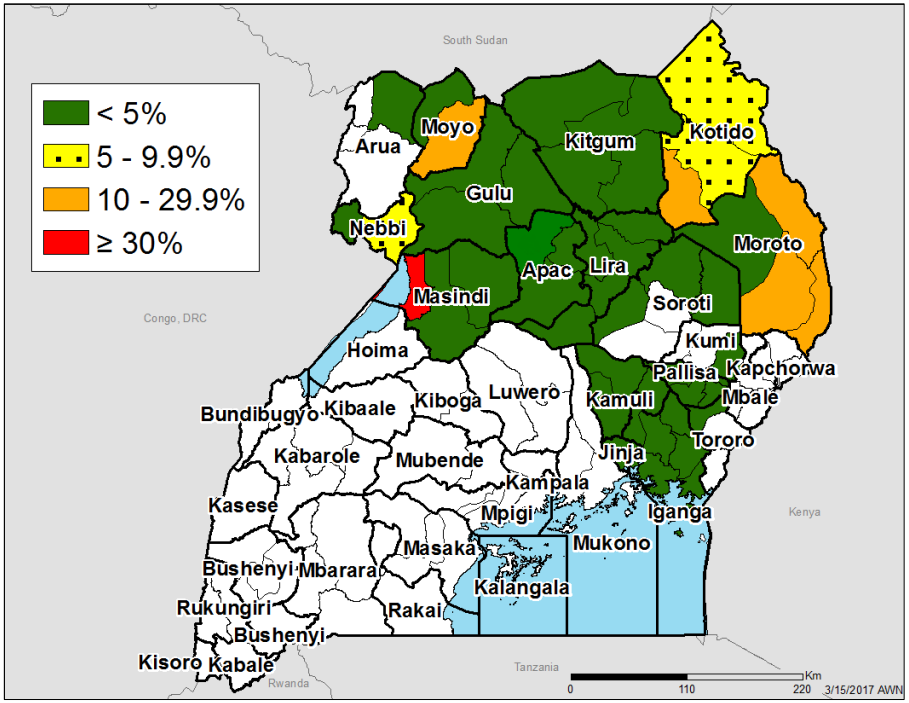


Ouganda : La Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

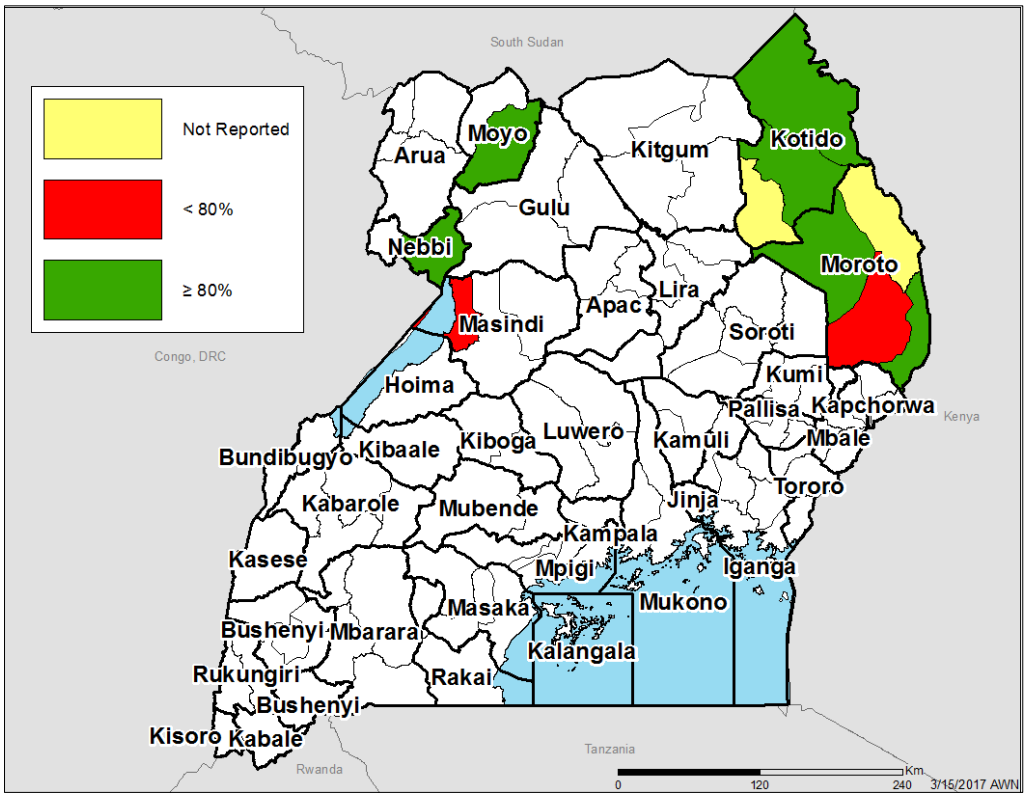
Enquête de référence, 2006-2012



2016



Ouganda : Couverture de la DMM, 2016



Ouganda : Tournées de DMM restantes, 2016

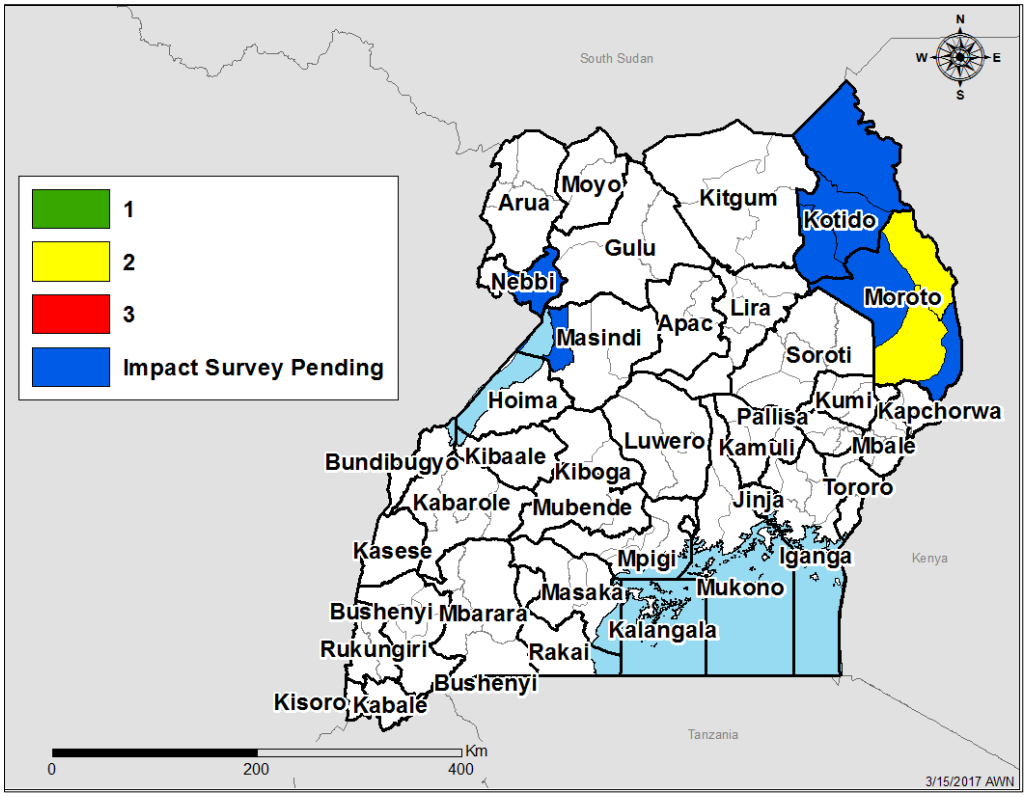


Tableau 1. Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays assistés par le Centre Carter)

Données nationales communiquées pour 2016 lors du dix-septième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 22-24 mars 2017

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total
Intervention chirurgicale							
Interventions chirurgicales	2 276	8 139	1 103	0	184 192	4 992	**200 702**
Objectif 2016	6 000	15 000	8 056	2 500	420 134	5 789	**457 479**
Pourcentage de couverture	37,9 %	54,3 %	13,7 %	0,0 %	43,8 %	86,2 %	**43,9 %**
Antibiotiques							
Azithromycine							
Doses	42 199	N/C	2 065 954	175 088	50 364 976	1 108 594	**53 756 811**
Objectif 2016	60 153	3 928 475	3 601 942	245 440	66 065 289	1 958 866	**75 860 165**
Pourcentage de couverture	70,2 %	N/C	57,4 %	71,3 %	76,2 %	56,6 %	**70,9 %**
Pommade oculaire à la tétracycline							
Doses	1 302	N/C	20 521	6 811	1 171 042	26 684	**1 226 360**
Objectif 2016	1 000	116 948	72 038	7 363	N/C	39 796	**237 145**
Pourcentage de couverture	130,2 %	N/C	28,5 %	92,5 %	N/C	67,1 %	
Éducation au nettoyage du visage et à la santé							
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	227	8 203	280	776	N/C	23 246	**32 732**
Objectif 2016	300	10 000	350	200	N/C	23 246	**34 096**
Pourcentage de couverture	75,7%	82,0%	80,0%	388,0 %	N/C	100,0 %	**96,0 %**
Améliorations de l'environnement							
Latrines	5 660	9 528	5 006	0	N/C	3 420	**23 614**
Objectif 2016	7 000	11 000	S/O	80	N/C	3 880	**21 960**
Pourcentage de couverture	80,9 %	86,6 %	S/O	0,0 %	N/C	88,1%	**107,5%**

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

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

Tableau 2. Objectifs annuels du Programme national de lutte contre le Trachome 2017 (pays assistés par Le Centre Carter)

Objectifs§ présentés lors du dix-septième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 22-24 mars 2017§

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ougand a	Total**
Intervention chirurgicale							
Personnes à opérer pour un TT	6 000	18 000	10 000	1 000	391 758	2 500	**429 258**
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine à distribuer pendant la DMM†	S/O	3 933 971	2 344 762	468 061	74 487 150	285 102	**81 519 046**
Doses de POT à distribuer pendant la DMM	S/O	80 286	46 895	9 552	1 586 743	5 865	**1 729 341**
Nettoyage du visage							
Villages à toucher grâce à l'éducation sanitaire	375	600	233	776	N/C	23 246	**25 230**
Amélioration de l'environnement							
Latrines domestiques à construire	6 300	12 000	S/O	N/C	N/C	3 880	**22 180**

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

§Tous les objectifs sont sujets à des modifications.

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

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

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

Résumé des interventions par pays, janvier - décembre 2016

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Intervention chirurgicale						
Personnes opérées pour un TT	366	6 465	847	0	111 687	**119,365**
Objectif 2016	2 400	10 000	2 100	1 000	102 476	**117 976**
Pourcentage	15,3%	64,7%	40,3%	0,0%	109,0%	**101,2%**
Antibiotiques						
Doses d'azithromycine distribuées	S/O	S/O	1 202 135	175 088	15 004 271	**16 381 494**
Objectif 2016	S/O	S/O	1 439 315	245 440	15 898 610	**17 583 365**
Pourcentage	S/O	S/O	83,5%	71,3%	94,4%	**93,2%**
Éducation au nettoyage du visage et à la santé						
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	227	8 203	119	776	3 459	**12 784**
Objectif 2016	300	8 000	350	75	3 459	**12 184**
Pourcentage de couverture	75,7%	102,5%	34,0%	1034,7%	100,0%	**104,9%**
Amélioration de l'environnement						
Construction de latrines domestiques	5 660	9 528	S/O	0	N/C	**15 188**
Objectif 2016	7 000	11 000	S/O	80	N/C	**18 080**
Pourcentage	80,9%	86,6%	S/O	0,0%	N/C	**84,0%**

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

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

Interventions cumulatives par pays, 1999-2016

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Personnes opérées pour un TT	29 636	64 128	10 021	9 668	567 568	**681 021**
Doses d'azithromycine distribuées la DMM)	698 083	3 780 384	6 285 795	2 866 711	141 114 968	**154 745 941**
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	2 622	8 203	2 561	3 574	3 459	**20 419**
Construction de latrines domestiques	105 999	113 190	S/O	646	3 225 495	**3 445 330**

S/O = sans objet

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

Données du Programme présentées pour janvier à décembre 2016

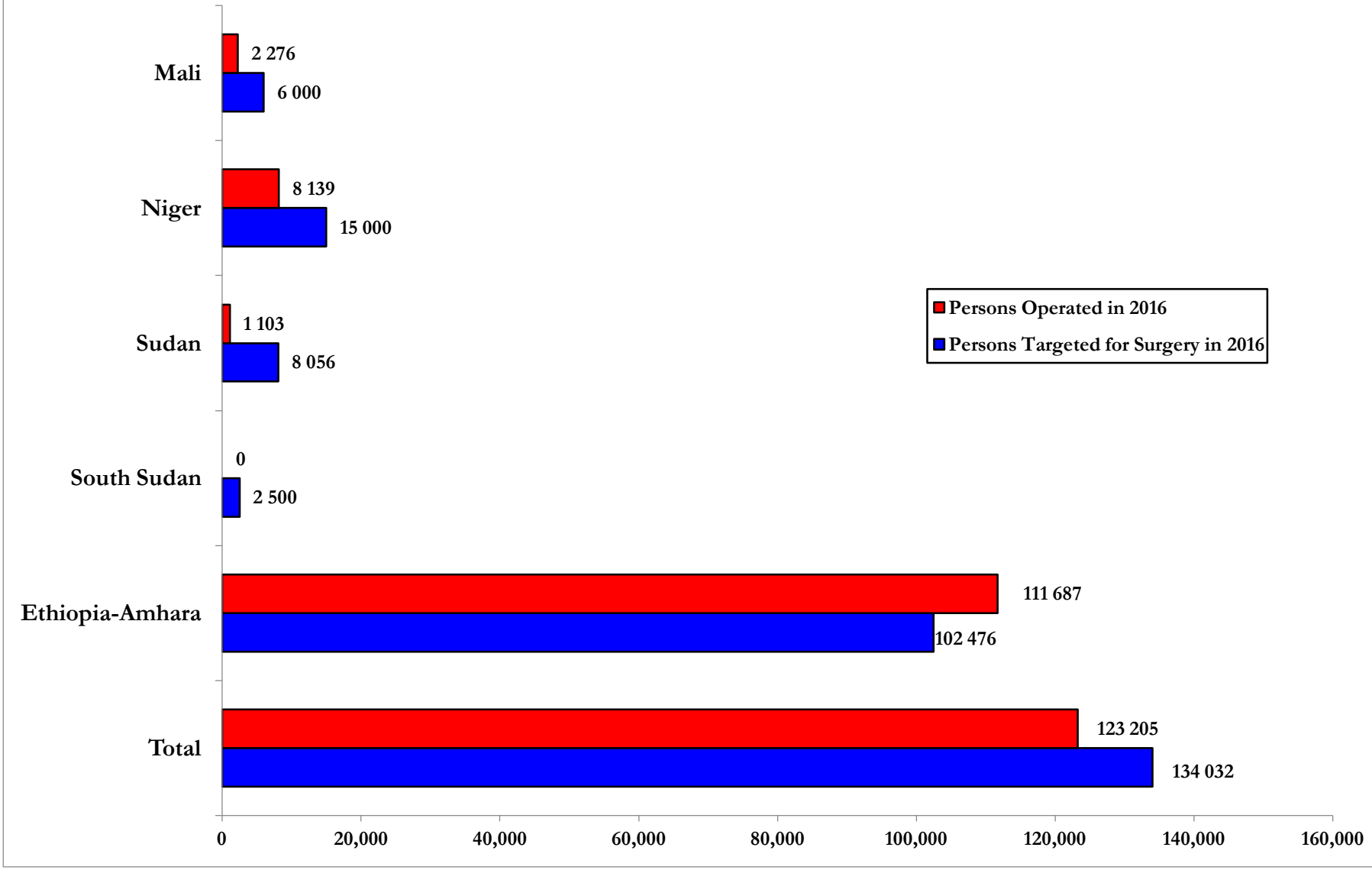


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme présentées pour janvier à décembre 2016

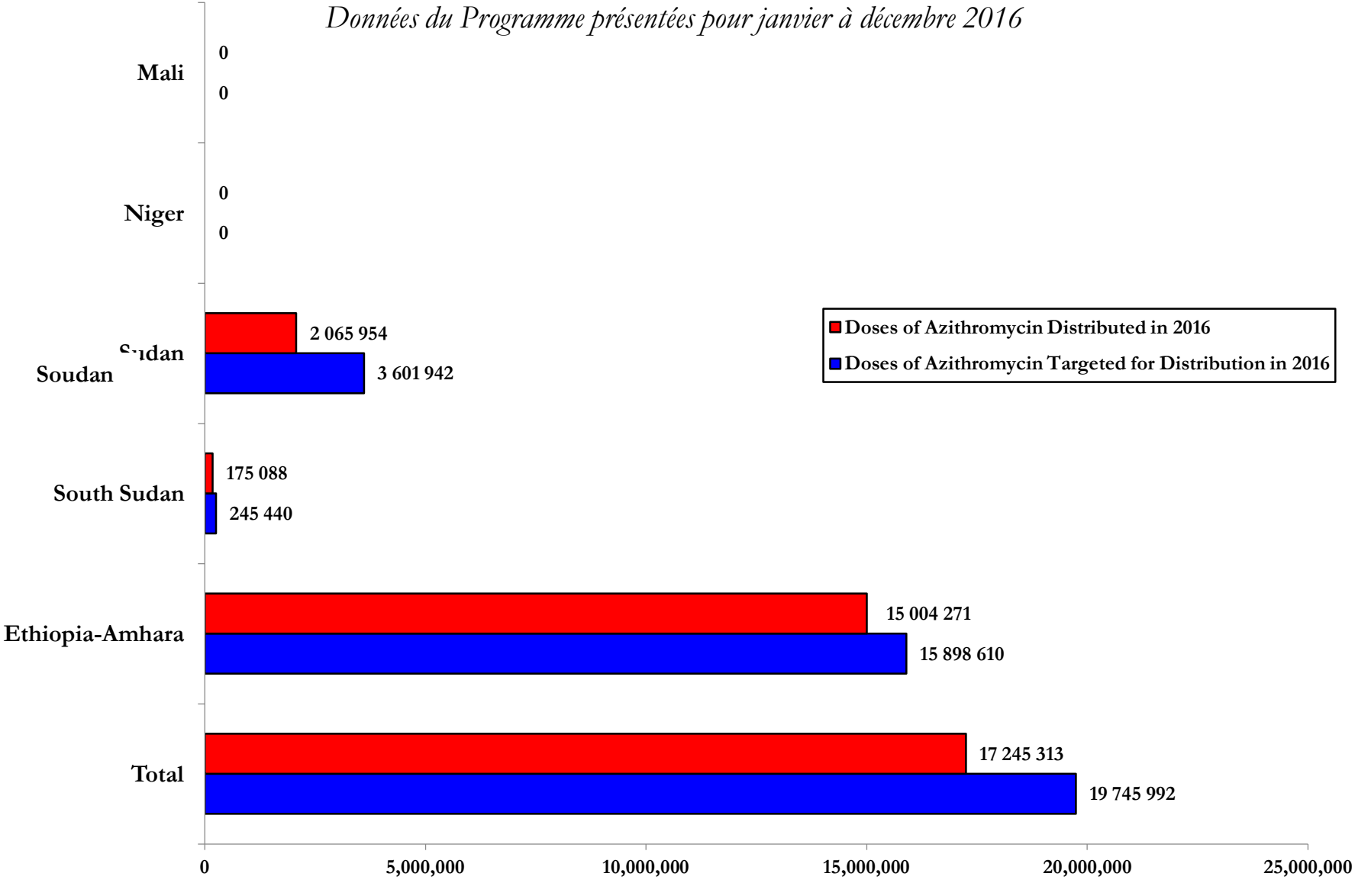


Figure 3. Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme présentées pour janvier à décembre 2016

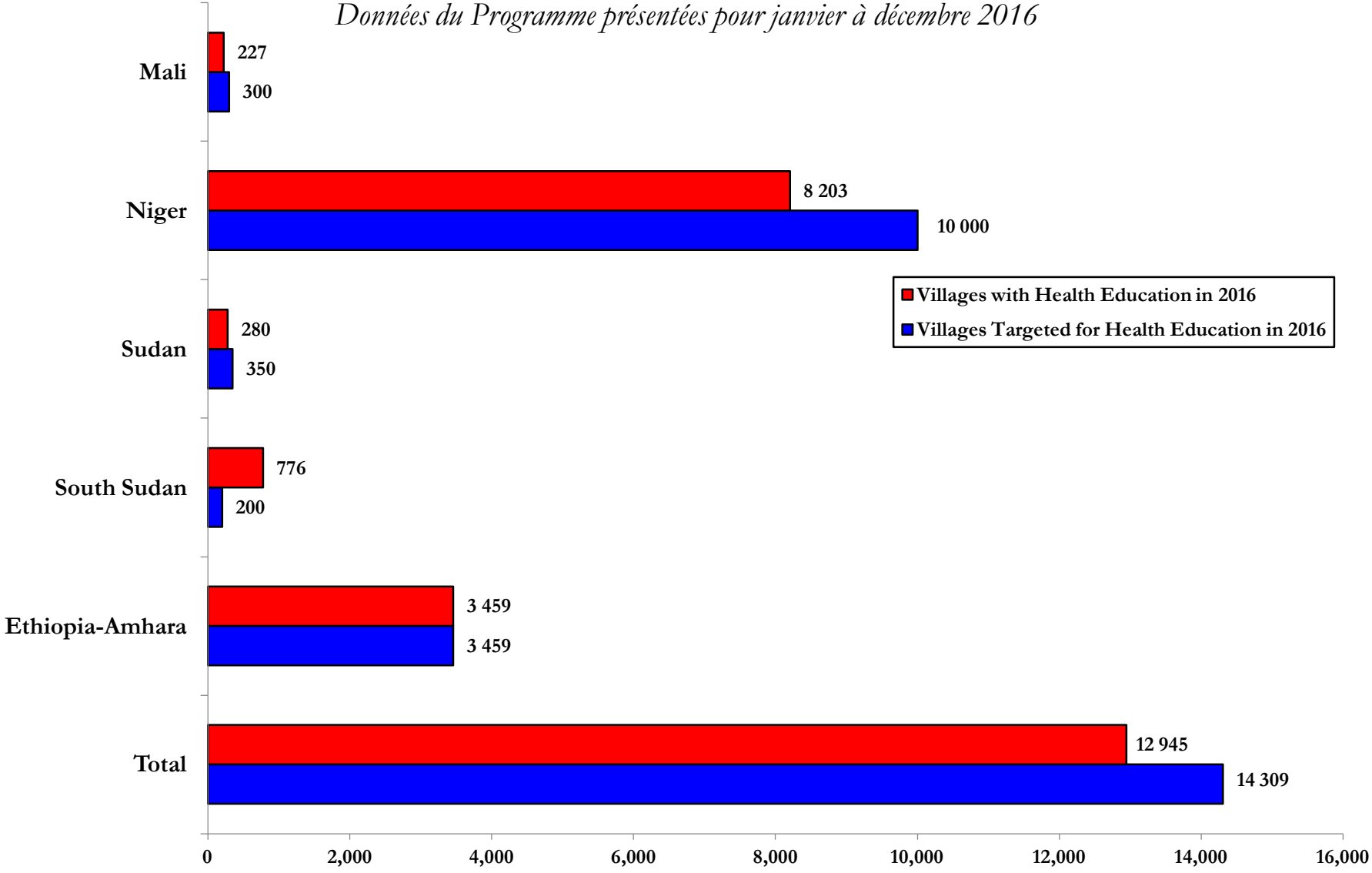
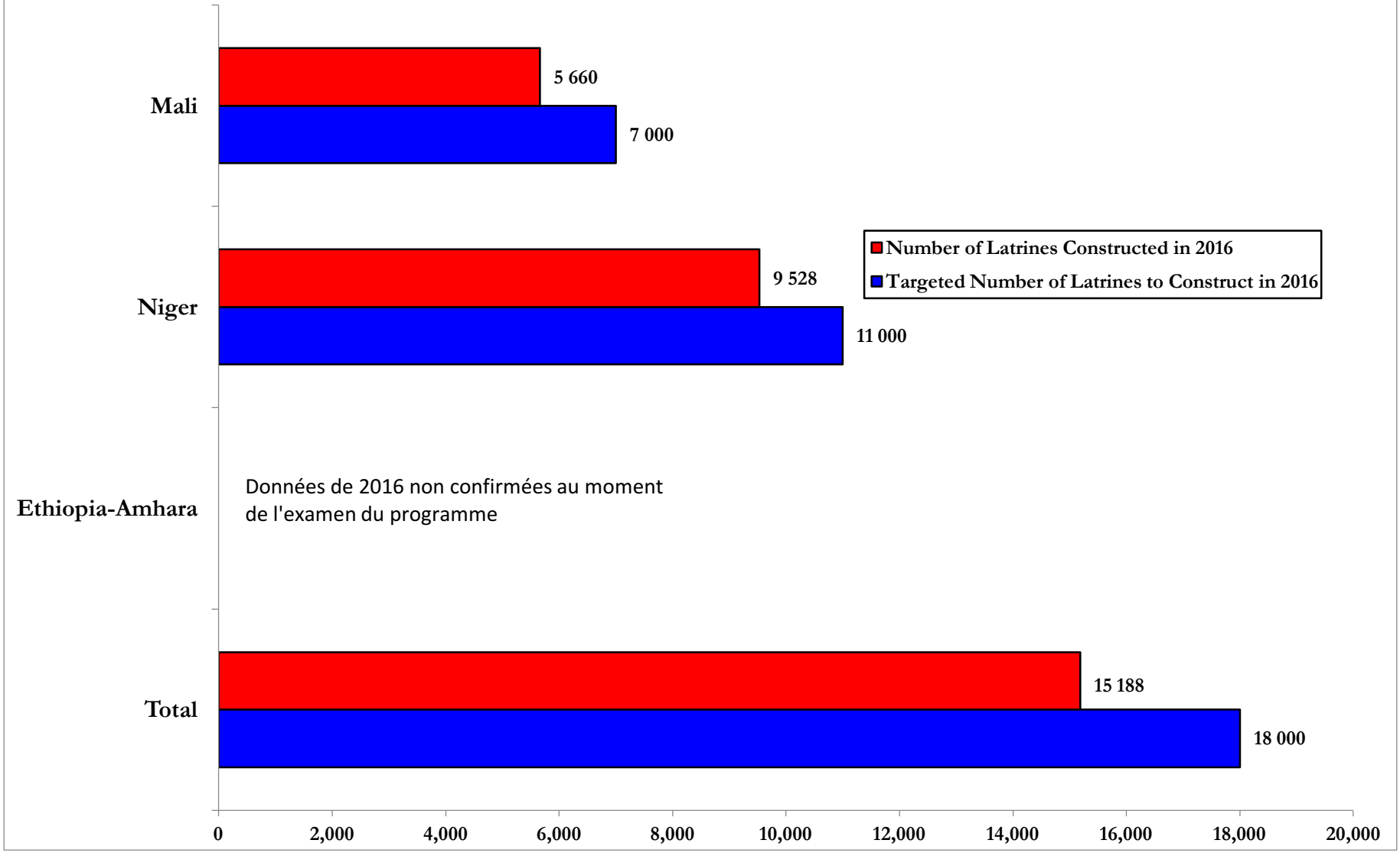


Figure 4. Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme présentées pour janvier à décembre 2016



Mesures de la couverture de la DMM en Amhara

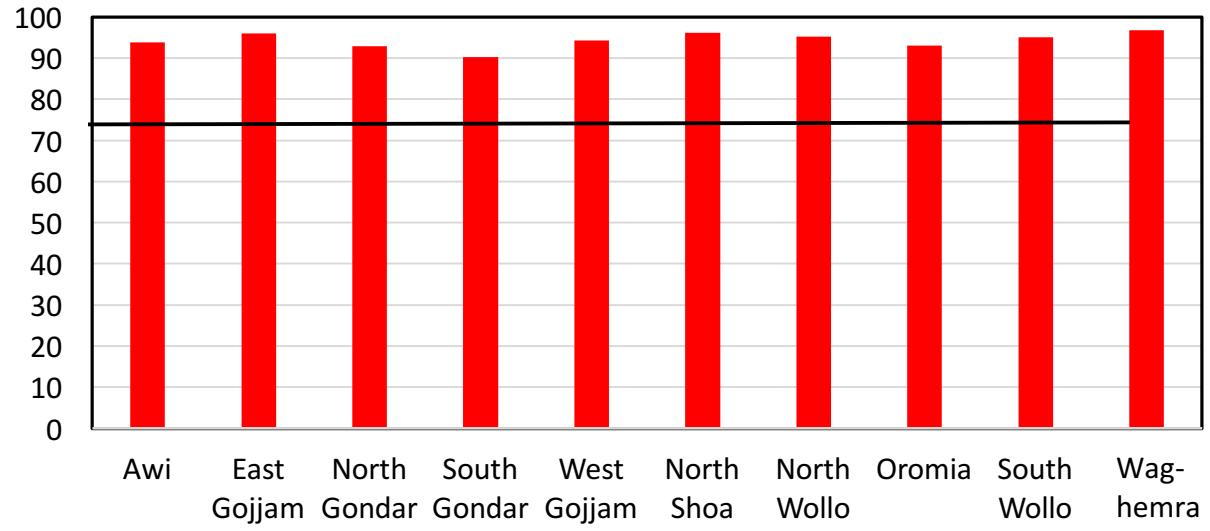
Présenté par Scott D. Nash, PhD, épidemiologue, Centre Carter, et M. Alex Jordan, étudiant diplômé, Rollins School of Public Health, Université d'Emory

Contexte

Le trachome est la principale cause de cécité évitable à travers le monde. Dans les communautés ou le niveau de prévalence au niveau du district chez les enfants de 1 à 9 ans est d'au moins 5 %, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande une DMM annuelle d'antibiotiques à l'échelle de toute la communauté. En outre, l'OMS recommande que les programmes trachome parviennent à 80 % de couverture d'antibiotiques dans les communautés traitées. Dans la région d'Amhara, en Amhara, Éthiopie, la formation aux DMM se fait par étapes : le BRSA et les partenaires forment les responsables sanitaires de zones, les coordinateurs de projet de zones et les responsables sanitaires de districts. Ces personnes forment alors les ISOI, qui sont chargés de distribuer l'azithromycine aux communautés dont elles s'occupent. À la fin d'une campagne de DMM, la couverture des antibiotiques distribués après la DMM est calculée à partir de données administratives, la formule étant le nombre de doses administrées divisé par la population totale. L'ISOI fait remonter ces informations aux responsables de district et, enfin, aux responsables sanitaires de zones, puis elles sont communiquées par zones.

À ce jour, il n'a été publié que peu d'études de couverture de la population postérieures aux DMM, qui sont essentielles pour comprendre l'efficacité des programmes de DMM. Dans la région éthiopienne d'Amhara, une DMM pour le trachome a eu lieu en janvier 2016 dans la partie ouest et en juillet 2016 dans la partie est, régions qui comprennent chacune cinq zones. Une étude de couverture de la population a été menée trois semaines après la DMM afin d'estimer la prévalence de la couverture médicamenteuse par zone autodéclarée, et la comparer à la couverture à la couverture telle qu'elle ressort des données administratives. Un contrôle des registres de médicaments a également été mené auprès des communautés où avaient eu lieu les enquêtes pour déterminer la qualité du suivi des données et évaluer la couverture pharmaceutique notée dans ces registres.

Figure 1. Répartition géographique de la couverture pharmaceutique d'administration massive d'azithromycine selon les données administratives, dans dix zones d'Amhara, Éthiopie, 2016



Méthodes

Les données administratives de couverture d'antibiotiques issues des campagnes de DMM de 2016 ont été recueillies auprès des bureaux sanitaires de zones Pour l'enquête sur la population au niveau des zones, les foyers à visiter par les enquêteurs ont été sélectionnés grâce à un modèle d'échantillonnage aléatoire par grappes en plusieurs étapes et un échantillon du médicament a été présenté à toutes les personnes des foyers retenus, à qui on a demandé de prendre le médicament pendant la campagne. Au total, 32 grappes par zone et 15 foyers par grappe ont été retenus pour l'enquête. Au moyen de tablettes électroniques équipées d'un logiciel créé exprès, les collecteurs de données ont noté les réponses au niveau des foyers et au niveau individuel. Les estimations zonales ont été pondérées d'après l'inverse de la probabilité de sélection à chaque niveau de l'enquête et les intervalles de confiance ont été calculés à partir des procédures de l'enquête.

Pour contrôler les registres de DMM, les collecteurs de données ont recherché le poste sanitaire approprié pour chacun des 320 grappes d'enquête (villages) afin de déterminer la présence de registres, de pages pour chaque famille, et le pourcentage d'individus bénéficiaires de la DMM qui avait été noté. Pour chaque foyer répertorié dans l'enquête sur les foyers post-DMM, les collecteurs de données ont tenté de repérer sa page dans le registre et d'y inscrire les renseignements de posologie relatifs à ce foyer. Les ISOI ou d'autres personnels sanitaires présents aux postes sanitaires n'ont pas été prévenus à l'avance de l'étude, afin que l'évaluation des données soit plus réaliste.

Résultats

Des données administratives de couverture, recueillies pendant la campagne de 2016, ont démontré que la totalité des dix zones d'Amhara avaient atteint une couverture d'antibiotiques supérieure ou égale à 90 % (figure 1). Pour l'étude de couverture zonale, un total de 24 248 personnes repésentant 5 184 foyers ont été dénombrées. Parmi les personnes dénombrées, 20 942 (86,4 %) étaient présentes lors de l'enquête et 99,9 % d'entre elles ont répondu aux questions sur la DMM. Dans l'ensemble, la couverture pharmaceutique rapportée par les individus de tous âges a été de 76,8 % (95 % d'intervalle de confiance [CI] : 69,3-82,9 %) et allait de 67,8 % (CI de 95 % : 55,7-77,8 %) dans la zone de Gojjam ouest à 90,2 % (CI de 95 % : 85,7-93,4 %) dans la zone d'Oromia (figure 2). Au niveau des districts, la couverture en pourcentage la plus élevée et la plus faible a été observée à Dangila Zuria (97,7 %) dans la zone d'Awi et à Raya Kobo (42,0 %) dans la zone nord de Wollo respectivement, et dans 19 districts sur 40 (48 %), l'estimation ponctuelle était supérieure à 80%.

Sur les 320 grappes où la présence de registre de DMM a été évaluée, on en a trouvé 296 (93 %) qui tenaient un registre à leur poste sanitaire. Les grappes retenues pour l'enquête sur les foyers comportaient au total 4 809 foyers étudiés, et sur ceux-ci, 3 495 (72,7 %) avaient une page dans le registre. Les entrées indiquaient qu'en tout, 76,3 % des personnes trouvées dans les registres avaient reçu un traitement antibiotique pendant la campagne de 2016. C'est à Gojjam Est que la couverture totale enregistrée a été la plus élevé, soit 89,7 %, tandis que les zones de Gondar Sud et Gondar Nord ont eu la plus faible couverture totale, avec 64,9 % et 66,9 % respectivement. Le traitement chez les enfants âgés de 1 à 9 ans a été supérieur à la couverture pour la population totale dans toutes les zones (81%).

Dans l'ensemble des dix zones, la couverture autodéclarée et la couverture notée dans le registre étaient les mêmes. Cependant, la couverture déclarée par voie administrative était plus élevée que d'une part la couverture de DMM autodéclarée et d'autre part que la couverture indiquée dans le registre, pour la totalité des dix zones (figure 3). C'est dans les zones nord et sud de Gondar que l'écart était le plus important.

Figure 2. Répartition géographique de la couverture d'administration massive d'azithromycine autodéclarée dans 10 zones d'Amhara, Éthiopie, 2016

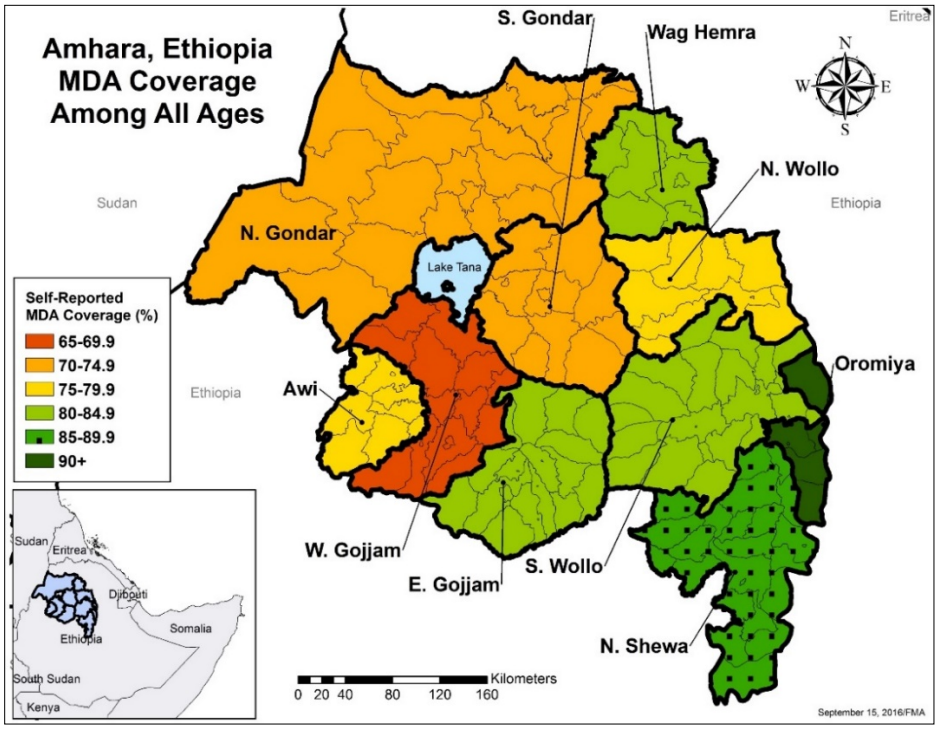
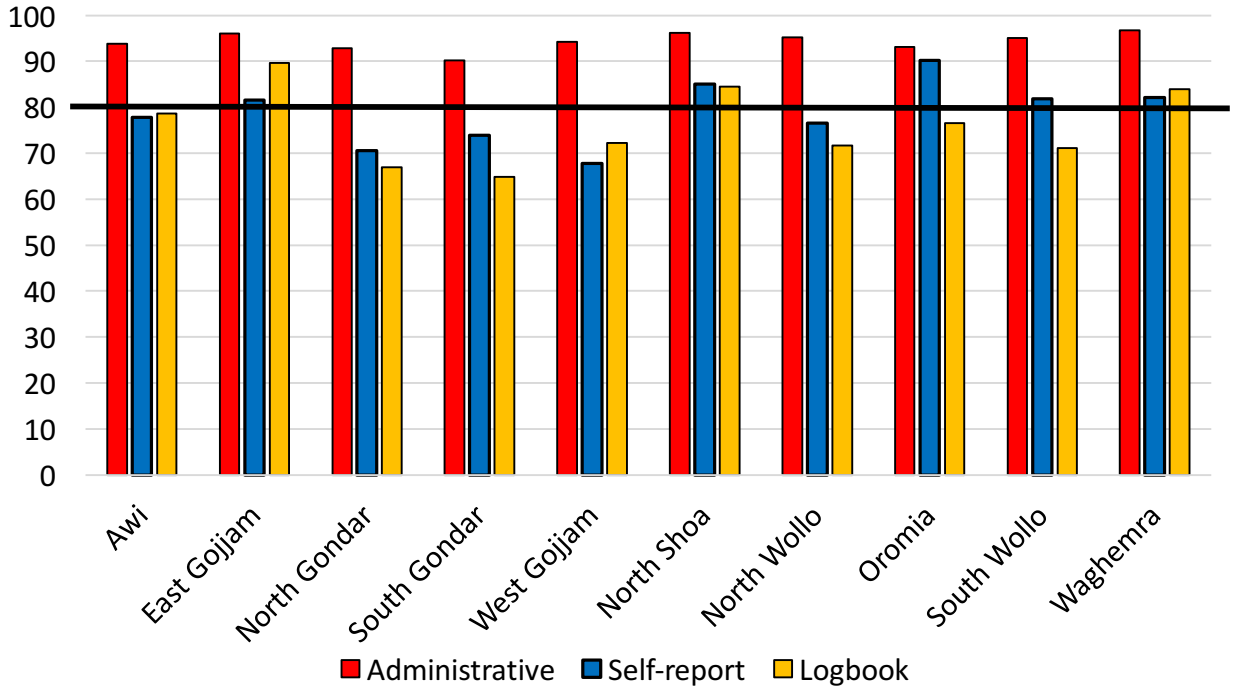


Figure 3. Comparaison entre les chiffres de la couverture par administration massive d'azithromycine dans dix zones d'Amhara, Éthiopie, communiqués par voie administrative, autodéclarée et d'après les registres de médication en 2016 :



Conclusions et prochaines étapes

La couverture autodéclarée des DMM à l'échelle de toute la région avoisinait le seuil recommandé par l'OMS de 80 %, mesurée soit par l'autodéclaration soit par le traitement enregistré dans les registres de médication. L'enquête de couverture a montré que sur 10 zones, 9 avaient une couverture ≥ 70 %, et 5 avaient atteint une couverture ≥ 80 %. Il faudra procéder à un suivi des données aux niveaux des zones et des districts qui sont inférieures aux niveaux de couverture souhaité pour voir s'il y a une amélioration. Ces bureaux sanitaires au sein des *woredas* dont les grappes avaient des registres manquants ainsi que des registres comportant un pourcentage élevé de pages manquantes doivent être contactés pour voir s'il faut faire suivre une nouvelle formation aux ISOI occupant ces postes sanitaires. Lorsque les données font état d'une faible couverture thérapeutique, il faudrait essayer de comprendre si cela reflète un moindre traitement des communautés ou une mauvaise tenue des écritures. L'analyse des données recueillies dans le cadre de cette enquête va se poursuivre afin d'essayer de répondre à cette question.

Pour en finir avec le TT : débat d'experts

Animé par Mme Aisha Stewart, directrice associée, Fondation Carter

Participants à la table ronde :
Le Pr. Lamine Traoré, Coordinateur national du PNSO, Ministère de la Santé, Mali
Le Dr Kadri Boubacar, Coordinateur national du PNSO, Ministère de la Santé, Niger
Le Dr Edridah Muheki Tukahebwa, directeur du programme sur le MTN, Ministère de la Santé, Ouganda
Mme Michaela Kelly, directrice des subventions, Sightsavers

Résumé

Au fur et à mesure que les pays approchent des seuils d'élimination du trachome, il faut peut-être tenter de nouvelles approches pour trouver les derniers patients souffrant de TT et leur proposer une opération chirurgicale. Et ces approches doivent être différentes de celles mises en œuvre jusque-là lorsque l'on étend la portée des programmes de lutte contre le trachome. De plus, au fur et à mesure que les pays parviennent aux objectifs d'élimination, en particulier celui de moins d'un cas de trachome pour un millier d'habitants au total, il faut prendre des mesures pour que les patients qui se présentent après l'élimination puissent être pris en charge par le système de santé local. Afin de partager les pratiques et les enseignements, un débat a été mené, l'idée étant de disposer d'une plateforme de partage des expériences des programmes nationaux en Afrique de l'Est et de l'Ouest et faciliter la discussion, afin d'aider les programmes nationaux à établir et à affiner leur stratégie, de manière à atteindre l'objectif d'élimination et faire perdurer les services une fois l'élimination atteinte.

Mise en œuvre d'une approche d'offre chirurgicale en porte à porte pour rattraper le retard — Niger

Entre 2001 et 2016, le PNSO, en collaboration avec les partenaires chargés de la mise en œuvre du programme, ont ramené le nombre d'opérations en retard de 110 000 à 32 120. Pour parvenir à ces résultats, on a eu recours à plusieurs des approches classiques de la chirurgie : pratiquer des opérations dans des centres médicaux ; mener des campagnes de chirurgie détachée ; et organiser des semaines d'opérations du TT au niveau national et local. Si le nombre d'opérations en retard a baissé, trois régions conservent la majorité du fardeau du TT et dans deux régions, le retard est peu élevé. Afin de planifier l'élimination, à la fin de 2016 /au début de 2017, le PNSO, les autorités de santé régionales et les partenaires chargés de la mise en œuvre sont passés de la chirurgie détachée primaire à une méthode en porte à porte, dénommée *ratissage.* Celle-ci sera menée aussi bien dans les régions ou le retard est élevé que celui où il est faible afin de pouvoir repérer les patients TT « difficiles à atteindre » et leur proposer une intervention, et continuer à réduire le retard dans les régions où le fardeau est élevé.

Utiliser des détecteurs de cas pour repérer les derniers patients TT — Ouganda

Le MdS en Ouganda, avec le concours du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust a mené des opérations du trachome dans 17 districts, situés dans les régions où la maladie est le plus endémique, Karamoja et Busoga. Pour repérer des malades, le MdS forme des détecteurs de cas (DC). Les DC sont chargés de repérer les patients de la communauté et de les mettre en contact avec les campagnes chirurgicales détachées voisines, afin de leur permettre de se faire opérer. Le nombre de DC dépend du nombre d'opérations en retard dans une zone. Le rôle des DC est de mobiliser les patients deux à trois semaines avant les campagnes itinérantes prévues. Grâce à eux, le programme peut dépister de nombreuses personnes, bien que la plupart ne soient pas des cas de TT, étant donné leur raréfaction. Cependant, quand les cas de TT sont identifiés, le programme a appris que l'aide et l'implication de diverses parties prenantes (la communauté, les chefs religieux et politiques, etc.) pouvait réduire le nombre des refus et augmenter l'adhésion à l'intervention chirurgicale. Les DC ont

joué un rôle essentiel dans la restriction du ciblage des opérations du TT en Ouganda pour identifier les « derniers » patients souffrant de TT dans toutes les communautés endémiques, y compris les endroits difficiles d'accès.

Moyens nécessaires pour une approche des interventions chirurgicales en porte à porte — Mali

Depuis l'indépendance du Mali, le trachome est un problème de santé publique. Notamment, en 1953, l'Institut d'Ophtalmologie tropicale en Afrique, alors situé à Dakar, a été délocalisé pour venir s'installer dans la capitale, Bamako, offrant ainsi une plateforme pour former des professionnels de soins médicaux à pratiquer des opérations du trachome trichiasis. De 1978 à 1986, des professionnels de soins médicaux ont été formés pour mener des opérations dans au moins cinq régions du Mali. Une enquête nationale sur le trachome, conduite de 1997 à 1998, a mis en évidence la prévalence du trachome dans chacune de ces régions, et indiqué que le TF et le TT y étaient élevés et qu'il fallait intervenir. Depuis l'enquête nationale, des stratégies ont été mises en place pour opérer les malades, leur permettant d'accéder à la chirurgie dans des centres médicaux et grâce aux campagnes chirurgicales itinérantes. Avec la diminution du nombre d'opérations en retard à travers le Mali jusqu'à 2010, l'identification des malades du TT et l'offre d'opérations chirurgicales ont exigé de plus en plus de temps et de moyens.

En 2013, conformément aux recommandations de l'OMS de l'époque, le PNSO et les partenaires ont étudié les régions au niveau des sous-districts. Les résultats des enquêtes au niveau des sous-districts ont été utilisés pour mettre au point une nouvelle approche des campagnes chirurgicales détachées : *ratissage*, une stratégie en porte à porte, qui a permis aux chirurgiens d'aller de maison en maison pour dépister les membres du foyer et proposer l'opération à ceux qui étaient atteints de trachome. En 2015, bien que les enquêtes de sous-districts ne soient plus nécessaires, le PNSO a adopté le *ratissage* comme la seule approche chirurgicale à utiliser pour trouver les derniers malades dans les zones endémiques, car celle-ci s'est avérée favoriser la détection du maximum de patients TT pour leur proposer de se faire opérer.

Mais le *ratissage*, une approche qui a été utilisée dans tout le Mali, est coûteuse, puisque, selon les estimations, chaque opération revient à entre 86 et 164 dollars. De plus, cette approche prend beaucoup de temps, car les équipes de chirurgiens doivent passer en moyenne quinze jours sur le terrain à chaque *ratissage* et il arrive qu'ils n'identifient qu'une poignée de cas. Malgré tout, pour atteindre les objectifs d'élimination, le PNSO et les partenaires chargés de la mise en œuvre vont continuer à défendre cette approche pour repérer les derniers malades et leur proposer la chirurgie.

Le transfert de moyens au système de santé pour prendre en charge les patients après l'élimination —Sightsavers

D'après l'OMS, quand les enquêtes d'impact démontrent que le district est passé en dessous du seuil de TT fixé par l'OMS, on peut arrêter la recherche de cas et les services détachés ; cependant, il faut poursuivre les services de prise en charge dans des centres statiques et les intégrer dans le système de santé pour répondre aux besoins des cas de TT isolés (ainsi que la prise en charge des cas de récidive ou des malades adressés par des médecins). Le renforcement des systèmes de santé doit veiller à ce que les actions menées dans le cadre du TT soient maintenues dans le système de santé existant. Réviser l'approche de la prise en charge du TT suppose une planification et un plaidoyer auprès des responsables sanitaires de façon à ce que les seuils d'élimination soient maintenus. Dans cette présentation, il sera question des problèmes soulevés par la transition des moyens, d'après les expériences dans les pays où Trust intervient.

Tous et partout en 2030 ! Une nouvelle ambition mondiale pour WASH et les MTN

Présenté par Mme Yael Velleman, analyste principale des politiques (Santé et Hygiène), WaterAid – pour le compte de l'OMS

Au cours de ces dernières années, on a assisté à de rapides progrès dans la collaboration entre les communautés WASH et celles des MTN. Une bonne part de ces progrès est due à la collaboration centrée surtout des aspects WASH de la prévention et de la lutte contre le trachome. En 2016, plusieurs nouveaux développements ont eu lieu, qui ont des implications importantes pour que cette collaboration continue à porter ses fruits. Cet exposé présente un aperçu de ces évolutions, en :

- Soulignant les implications pour l'Agenda 2030 concernant le développement durable pour le secteur WASH, en particulier les récentes évolutions de la surveillance mondiale ;
- Examinant les progrès accomplis sur la stratégie 2015 de l'OMS « *Assainissement de l'eau et hygiène pour accélerer et faire durer les progrès sur les maladies tropicales négligées* »[7], en mettant l'accent sur le trachome.
- Donnant un aperçu des recherches récentes sur WASH et le trachome

1. Implication de l'agenda 2030 Objectif de Développement Durable (ODD) sur WASH – « Tous et partout en 2030 »

Malgré les nombreux progrès réalisés pour améliorer l'accès aux services d'eau et d'assainissement dans le cadre des objectifs de développement du millénaire (ODM), l'ambition fixée par l'Agenda 2030 nécessite une surveillance mondiale de WASH afin de prendre en compte des aspects qui ne faisaient pas partie de l'agenda de développement précédent. Le progrès relativement lent sur l'amélioration de l'assainissement, en particulier dans les zones rurales, nécessite un agenda de surveillance capable de susciter l'investissement et d'établir des priorités. Tandis que les indicateurs des OMD se sont réduits sur la proportion de la population sans accès à des services *améliorés* de moitié par rapport aux niveaux qu'ils avaient en 1990, l'objectif 6 nécessite un accès *universel* à des services répondant à des critères plus stricts d'*accessibilité* et de *qualité*. À cet égard, les indicateurs ne comprennent pas seulement la nécessité d'**éliminer la défécation dans la nature**, mais ils renvoient aussi **à la gestion des déchets fécaux**, la réduction des **inégalités** d'accès, la mesure des pratiques d'**hygiène et l'accès partout**, au-delà du niveau du foyer, y compris dans les établissements scolaires et les centres de soins médicaux.

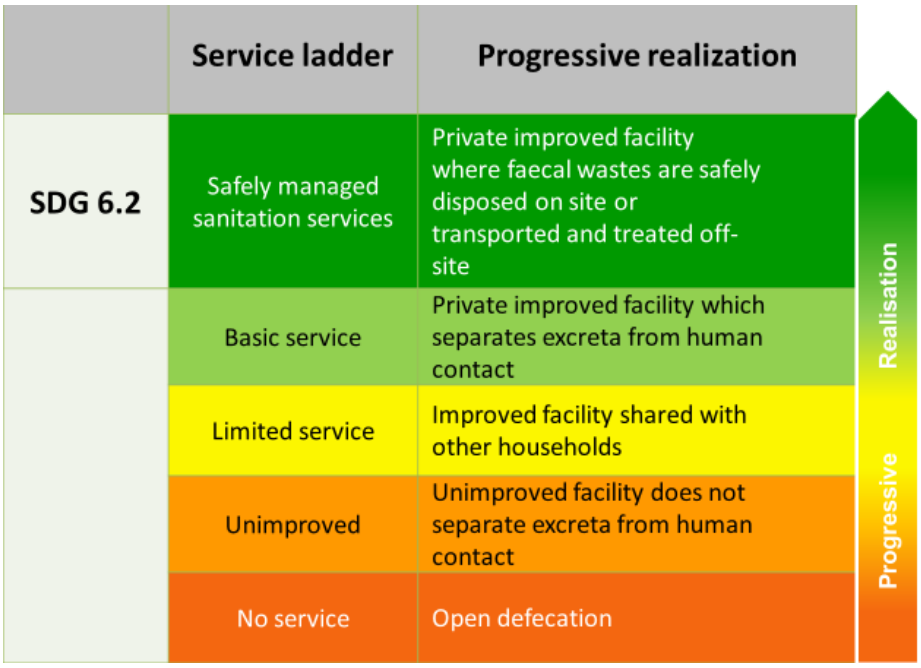
Le nouveau cadre de surveillance

Le champ d'application et le détail des nouveaux objectifs et indicateurs sont encourageants car ils font de l'assainissement et de l'hygiène des priorités ; en outre, pour la première fois, des liens explicites ont été établis avec d'autres objectifs pertinents (l'ODD 3 sur la santé et l'ODD 4 sur l'éducation). Le cadre de surveillance de l'objectif 6 comprend six sous-objectifs techniques et deux sous-objectifs sur les moyens de mise en œuvre, à l'aide de onze indicateurs. Tout en s'appuyant sur les sous-objectifs précédents des OMD (les sous-objectifs 6,1 et 6,2), il répond également à la situation générale de l'eau soulignée aux sommets de Rio de l'après-2000 (sous-objectifs 6,3 à 6,6) et reconnaît l'importance d'un environnement favorable et de moyens de mise en œuvre.

[7] Organisation mondiale de la Santé (2015). Water sanitation and hygiene for accelerating and sustaining progress on neglected tropical diseases - A global strategy 2015-2020.
http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-and-MTN-strategy/en/

Le nouveau sous-objectif en matière d'assainissement, qui a peut-être le plus d'importance pour le trachome, le sous-objectif 6,2 sur l'assainissement et l'hygiène, se définit comme suit : *« D'ici à 2030, parvenir à ce que tous accèdent à un assainissement et à une hygiène* ***suffisants*** *et* ***équitables*** *et* ***mettre fin à la défécation dans la nature****, en faisant tout particulièrement attention aux besoins des* ***femmes et des filles*** *et des personnes qui se trouvent en* ***situation de vulnérabilité ».*** indicateur **6.2.1** aux termes de ces sous-objectifs concerne « **l'utilisation par la population de services d'assainissement gérés de manière sûre à l'aide d'une installation de lavage des mains à l'eau et au savon »**. Par « assainissement géré de manière sûre », on entend une « installation d'assainissement améliorée qui n'est pas partagée avec les autres foyers et où l'élimination des matières se fait sans risque sur place ou est traitée ailleurs ».

Une nouvelle « échelle » d'assainissement a été réalisée. Celle-ci suit l'amélioration progressive de la qualité des services : défécation dans la nature (DN) ; puis services non améliorés et limités ; puis services de base (correspondant à l'ancienne définition d' « amélioré », selon les OMD) ; puis des services gérés de manière sûre, ce qui implique la gestion sécurisée des déchets fécaux sur toute la chaîne d'assainissement, de la mise en conteneur au transport, au traitement et à l'élimination/au recyclage. Des estimations mondiales sur le fardeau de la maladie pour la diarrhée suggèrent qu'en apportant des services d'assainissement d'un niveau plus élevé qui protègent toute la communauté des matières fécales, on en retirerait plus d'avantages sur le plan de la santé : passer d'une absence d'assainissement à un assainissement amélioré, on ne retire que de modestes bénéfices (16 % de réduction de la diarrhée) ; et pourtant, quand les matières sont correctement évacuées des foyers (par un assainissement et par des eaux usées gérés dans le respect de la sécurité), les bénéfices pour la santé sont bien plus élevés (63 % de réduction de la diarrhée en plus)[8] .



[8] Prüss-Ustün A, Bartram J, Clasen T, Colford JM Jr, Cumming O, Curtis V,Bonjour S, Dangour AD, De France J, Fewtrell L,Freeman MC, Gordon B, Hunter PR, Johnston RB, Mathers C, Mäusezahl D, Medlicott K, Neira M, Stocks M, Wolf J,Cairncross S. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. Trop Med Int Health. 2014 Aug; 19(8):894-905.

Lutter contre la défécation dans la nature reste une priorité :

Les études montrent de plus en plus que l'on peut retirer des bénéfices sanitaires lorsque l'on atteint un seuil élevé de couverture de l'assainissement au niveau des communautés, ce qui fait de l'élimination de la défécation dans la nature une priorité constante. La défécation dans la nature persiste dans les pays et dans les milieux à faibles revenus. Au vu des modèles démographiques, la DN est surtout pratiquée en Asie du sud-est. Son élimination peut être considérée comme le premier « barreau » sur l'« échelle » de l'assainissement. Il y a certaines tendances encourageantes : la DN a diminué entre 1990 et 2015, puisqu'elle est passée de 24 % à 13 % dans l'ensemble de la population qui la pratiquait (et, en chiffres absolus, elle a été ramenée de 1 280 millions à 946 millions) (OMS/UNICEF 2015). Mais des efforts encore plus grands restent à fournir pour l'éliminer totalement. Certaines initiatives encourageantes sont en cours, notamment au niveau politique, par exemple l'appel du secrétaire général de l'ONU à éliminer la défécation dans la nature d'ici à 2052. Par ailleurs, l'approche d'ATDC, qui favorise des communautés d'EDN où les ménages construisent leurs propres latrines avec les matériaux dont ils disposent, quoique non sans défauts, a suscité un intérêt pour l'assainissement au niveau des pays.

L'hygiène :

Si l'inclusion de questions d'hygiène dans les enquêtes nationales a été recommandée pendant toute l'époque des OMD, l'hygiène a fini par faire officiellement partie des OMD, avec une insistance sur le lavage des mains au savon. Comme on l'a vu plus haut, l'indicateur 6.2.1 concerne « l'utilisation par la population de services d'assainissement gérés de manière sûre à l'aide d'une installation de lavage des mains à l'eau et au savon. » Cette inclusion doit avoir pour résultat des données représentatives pour l'ensemble du monde de mesures de substitution aux pratiques d'hygiène qui vont être peu à peu disponibles dans les années qui viennent. De récentes données sur le lavage des mains montrent que la présence d'installations offrant de l'eau et du savon varie considérablement d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, avec une prévalence mondiale de 19 %[9].

WASH *partout :*

L'ambition « Tous, partout » exige une surveillance de l'accès à WASH dépassant le cadre des foyers. **L'accès à WASH dans les écoles** est actuellement insuffisant : moins de à 70 % des établissements scolaires dans le monde ont accès à l'eau et à l'assainissement. Ce besoin est abordé dans l'objectif général n° 4, « Veiller à une éducation de qualité, inclusive et équitable, et promouvoir des occasions de formation continue tout au long de la vie », avec l'indicateur 4.a.1 : incluant la « proportion d'établissements scolaires ayant accès à des installations sanitaires de base unisexes offrant l'eau potable, ainsi que des installations de base de lavage des mains ».[10] Le Programme commun de Surveillance de l'eau et de l'assainissement (PCS) a harmonisé la définition des indicateurs du service de base pour les écoles, ainsi qu'une échelle de service pour les milieux scolaires.

L'accès à WASH dans les centres de soins médicaux est crucial, vu l'ambition, d'ici à 2030, d'une couverture maladie universelle, l'agenda non terminé de la réduction de la mortalité maternelle et infantile et les menaces récemment apparues d'épidémies et d'infections résistantes aux maladies. Un panorama de la situation, publié par l'OMS et l'UNICEF en 2015 et comprenant des données de 54 pays, a montré que 38 %

[9] Freeman MC, Stocks ME, Cumming O, Jeandron A, Higgins JP, Wolf J, Prüss-Ustün A, Bonjour S, Hunter PR, Fewtrell L, Curtis V. Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. Trop Med Int Health. 2014 Aug;19(8):906-16.
[10] UN-DESA (2017). Liste officielle des indicateurs de ODD. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/

des centres de soins médicaux manquaient de points d'eau améliorés, 19 % d'assainissement amélioré et 35 % d'eau et de savon pour un lavage des mains digne de ce nom. Bien qu'aucun sous-objectif spécifique n'ait été fixé concernant ce problème, le PCS a rédigé des définitions normatives d'**indicateurs clés à des services WASH « de base » dans les établissements de soins médicaux,**[11] dont les données seront incluses dans de futurs rapports.

L'insistance sur l'accès universel signifie que les sous-objectifs doivent être réalisables pour tous les pays du monde, ce qui représente un défi considérable pour de nombreux pays. Les échelles de services, qui vont de l'absence de service à un service limité, puis à des services de base, puis à un niveau supplémentaire de services « perfectionnés », permettent une réalisation progressive des sous-objectifs.

Se préoccuper davantage de la réduction des inégalités

Si l'on se réfère au droit humain de l'accès à l'eau et à l'assainissement inscrit par l'Assemblée générale des Nations Unies (AGNU) en 2010, faire le bilan du nouvel objectif supposera de désagréger des indicateurs, lorsque cela se justifie, ainsi que des aspects tels que le revenu, le sexe, l'âge, la race, l'ethnicité, le statut migratoire, le handicap et la situation géographique, ou d'autres caractéristiques pertinentes. Cela suppose aussi de mettre l'accent sur les groupes vulnérables, qu'il faut identifier et mieux cibler grâce à une meilleure collaboration avec les programmes de maladie : par exemple les MTN, qui touchent les plus pauvres.

Aider les pays à atteindre les sous-objectifs des ODD sur l'assainissement.

L'OMS rédige actuellement de nouvelles directives sur l'assainissement et la santé afin de donner des conseils sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes d'assainissement destinés à préserver la santé. Les directives aideront les pays dans le cadre de l'agenda sur les ODD 2030. 1° Elles résumeront les résultats indiquant l'efficacité d'un ensemble d'interventions d'assainissement sur la santé et les répercussions immédiates sur la chaîne de causalité ; 2° elles feront des recommandations basées sur des résultats d'études pour que des politiques et des programmes d'assainissement soient conçus, mis en œuvre et suivi de façon à protéger la santé, y compris à renforcer les liens entre les efforts d'assainissement et de lutte contre la maladie, comme c'est le cas pour le trachome ; et 3°, elles serviront à identifier les lacunes de la base de résultats d'étude afin de guider de futurs travaux de recherche pour améliorer l'efficacité des interventions d'assainissement.

2. Progrès sur la mise en œuvre de la stratégie mondiale WASH et sur les MTN : focalisation sur le trachome

Des progrès ont été accomplis sur la totalité des quatre Objectifs stratégiques compris dans la stratégie, et un projet de rapport complet a été rédigé pour la réunion de 2016 du réseau des ONGD sur les MTN. Les réalisations relatives au trachome sont soulignées ci-dessous.

- **OS1 : Faire mieux prendre conscience des avantages communs d'une action conjointe entre WASH et les MTN en partageant les expériences et les données acquises à partir d'une meilleure dispense des services:** Au niveau national, les programmes sur le trachome ont été une importante occasion de communiquer la stratégie dans le cadre de l'environnement favorable à la collaboration. Il y a eu d'autres efforts pour développer des plateformes collaboratives et les soutenir : Le

[11] WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (2016). Monitoring WASH in Health Care Facilities - FINAL Core indicators and questions (revise le 25 novembre 2016). https://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/160825-FINAL-WASH-in-HCF-Core-Questions.pdf

Centre Carter a prolongé son engagement au secteur éducatif grâce à son travail en Éthiopie et au Soudan, il a élaboré des messages d'éducation sanitaire sur le trachome ainsi que des supports pédagogiques qui s'intégreront aux programmes scolaires et à la formation des enseignants. Dans le cadre du Programme Trachome au Malawi, des plans de mise en œuvre ont été mis au point avec les services gouvernementaux au niveau des pays et des districts ainsi que des comités de développement de zones et des dirigeants locaux pour assurer leur prise en charge et leur pérennité. Afin d'améliorer la documentation et le partage des enseignements tirés, l'OMS et le NNN ont collaboré à la mise au point et au partage d'un modèle d'étude de cas qui a donné lieu à la soumission d'une vingtaine d'études de cas. Celles-ci sont analysées en vue de la publication d'un résumé, et plusieurs efforts menés dans le cadre des programmes Trachome y sont mis en avant. Les exemples de collaboration sur WASH et le trachome ont également été inclus dans la publication de l'Alliance de l'OMS pour GET2020, intitulée : « Éliminer le trachome : accélérer dans la perspective de 2020 ».

- **OS2 : Utiliser les observations de WASH et des MTN pour faire ressortir les inégalités, cibler les investissements et suivre les progrès -** L'OMS a commencé à donner des orientations sur les systèmes de suivi de WASH et des MTN et sur les indicateurs en faisant examiner par des experts les sections WASH du questionnaire sur les données tropicales et les sections relatives au N et E des directives afin de valider l'élimination du trachome ; des données sur l'application des volets N et E de la stratégie CHANCE et l'accès aux services de WASH sont recueillies dans tous les pays où le trachome est endémique dans le cadre du processus par formulaire de suivi de l'élimination. Après un travail mené sous la direction du NNN pour mettre au point des indicateurs communs sur WASH et les MTN (qui sont présentés à part par Geordie Woods, de Sightsavers) l'ensemble des programmes sur le trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust (Kenya, Ouganda, Malawi et Tanzanie) ont adopté des indicateurs communs sur WASH et sur le trachome.

- **OS3 : Acquérir des données d'études plus solides sur la manière de procéder à des interventions WASH efficaces pour les MTN et intégrer les résultats dans les orientations et la pratique** - Un agenda de recherche opérationnelle pour le trachome portant sur le renforcement de la mise en œuvre du N et E a été établi grâce aux centres de collaboration du réseau de l'OMS, et les nombreuses études qui en découlent sont mentionnées à la section 3 ci-dessous. En outre, tous les programmes financés sur le trachome mettent l'accent sur le partage d'expériences sur les meilleures pratiques WASH. L'OMS a fait appel à des experts des MTN (dont fait partie le trachome) pour rédiger des directives sur l'assainissement et la santé, à travers une participation à des réunions et l'examen de chapitres propres à la maladie. Le groupe de travail WASH du NNN a commencé à créer l'outil de planification du N et E de la International Coalition for Trachoma Control (ICTC, Coalition internationale pour la lutte contre le trachome) afin de mettre au point une boîte à outils WASH pour les autres MTN.

- **OS4 : Planifier, dispenser et évaluer les programmes avec les contributions mutuelles des partenaires WASH, des travailleurs sanitaires et des travailleurs des MTN à tous les niveaux –** Une puissante dynamique a été créée pour associer les parties prenantes WASH aux groupes de travail nationaux ou les forums sur les MTN et vice versa, et les programmes sur le trachome ont joué un rôle central pour permettre d'améliorer la collaboration intersectorielle ainsi qu'entre des partenaires externes. Afin d'améliorer les efforts pour déterminer correctement les coûts et les moyens nécessaires à l'élimination du trachome, les estimations de la CILCT sur les coûts de mise en œuvre de la stratégie globale CHANCE ont été publiés. Elles comprennent les meilleures informations dont on dispose sur les coûts probables de ces interventions intégrées. Concernant les améliorations à la planification commune,

des programmes financés sur le trachome sont menés sous la direction des ministères de la santé, qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres ministères de tutelle tels que ceux de l'Eau et de l'Éducation afin de mettre le programme au point et de l'appliquer. Tous les programmes financés sur le trachome ont procédé à de vastes analyses situationnelles qui traitent du fardeau de la maladie ainsi que des services WASH présents dans les zones endémiques, afin de faciliter la planification et l'action conjointes. En Éthiopie, RTI a réalisé des cartes qui comparent l'endémicité avec la couverture du programme WASH et MTN. Par ailleurs, les données du Projet de Cartographie globale du Trachome comprennent un module sur des données WASH de base ainsi que des données clés de prévalence. Le fait qu'il faille fournir des informations sur les activités de N et E qui sont menées afin recevoir du Zithromax® offert par Pfizer pour le traitement du trachome est une incitation à poursuivre la collaboration et partager les informations. Pour contribuer à la constitution des moyens, des modules sur le N et E sont inclus dans le cours en accès libre sur le trachome de l'OMS/la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), dont le lancement est prévu pour avril 2017.

3. Les données d'études : ce que nous disent de récents examens des données pour améliorer la programmation et le suivi de l'assainissement

Documentation parallèle sur le N et E – Mandaté par l'OMS, des chercheurs de l'Université d'Emory, Maryann Delea, Hiwote Anthony et Matthew Freeman ont procédé à une analyse de la documentation parallèle [12] afin d'informer la conception des interventions en N et E, leur planification et leur mise en œuvre. Il ressort de cette analyse que les interventions en N et E ont des chances d'être plus efficaces lorsqu'elles ciblent *plusieurs* facteurs déterminants des comportements et qu'elles doivent susciter des changements de comportement et les faire durer. Elle montre en outre qu'à l'exception de certains travaux actuels, les interventions dans le cadre du N et E ne se sont pas bien accordées aux techniques d'intervention et aux activités qui permettent un changement de comportement durable ; celles-ci se sont largement préoccupées de diffuser les informations afin d'améliorer les connaissances sur le trachome, tandis que des données d'études suggèrent que la connaissance seule ne se traduit généralement pas en un changement de comportement durable. Les interventions doivent dépasser la diffusion d'informations et cibler correctement toutes sortes d'antécédents et de facteurs déterminants aux changements de comportement afin de permettre la durabilité de pratiques de N et E plus perfectionnés. Il faut également documenter plus rigoureusement comment les interventions relatives aux changements sont appliquées dans la pratique.

Trachome et assainissement – Une étude sur le trachome actif et l'utilisation de l'assainissement par les communautés en Amhara, Éthiopie,[13] a été dirigée par William Oswald et d'autres chercheurs du LSHTM, du Centre Carter, de la Rollins School of Public Health, de l'Université d'Emory et du BRSA. Elle s'est penchée sur le lien entre la prévalence du trachome actif chez les enfants de un à neuf ans et l'utilisation de l'assainissement dans la communauté. L'étude a conclu que l'on observe une corrélation négative entre l'utilisation de l'assainissement fait par la communauté et la prévalence du trachome actif parmi les enfants, ce

[12] Delea MG, Solomon S and Freeman, MC (2017). Interventions to improve facial cleanliness & environmental improvement for trachoma prevention and control (en préparation).
[13] Oswald WE, Stewart AEP, Kramer MR, Endeshaw T, Zerihun M, Melak B, Sata E, Gessese D, Teferi T, Tadesse Z, Guadie B, King JD, Emerson PM, Callahan EK, Flanders D, Moe CL, Clasen (2017). Active trachoma and community use of sanitation, Ethiopia. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé ; Réf. de l'article de recherche : BLT.16.177758 http://who.int/bulletin/online_first/BLT.16.177758.pdf

qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour inciter à l'adoption massive de l'assainissement et favoriser une utilisation durable dans toute la communauté, pas simplement au niveau des foyers.

Couverture de l'assainissement, approvisionnement en eau et trachome : Étude[14] réalisée sous la direction de l'Université d'Emory (Josh Garn et Matthew Freeman) et de l'OMS (Sophie Boisson et Anthony Solomon) en collaboration avec les partenaires gouvernementaux du PCGT pour analyser des données secondaires sur la couverture de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement réunis grâce au PCGT afin d'établir les liens entre l'accès à l'eau et à l'assainissement et le trachome et déterminer s'il existe des seuils de couverture des communautés en eau ou en assainissement qui confèrent une protection des troupeaux contre le trachome. Dans cette étude, des données de 13 pays d'Afrique subsaharienne et d'Océanie ont été analysées. Elles portent sur 884 850 enfants âgés de un à neuf ans et ont utilisé des modèles multivariés de régression de Poisson à effets mixtes. Le résultat recherché a été défini comme la présence du TF soit dans l'œil droit soit dans l'œil gauche soit les deux, et les circonstances d'exposition étaient l'assainissement au niveau des foyers, l'eau au niveau des foyers pour se laver le visage dans les 30 minutes, la prévalence d'assainissement au niveau des grappes et la prévalence de l'eau pour se laver le visage au niveau des grappes. Les résultats de l'analyse montrent que l'assainissement et l'eau au niveau des foyers ont tous deux un effet protecteur (RP = 0,87 (0,83, 0,91)) et RP = 0,81 (0,75, 0,88) respectivement). Autre constat de l'étude, il existe un effet des troupeaux sur l'assainissement, faisant ressortir une tendance linéaire significative, ce qui laisse penser qu'il faut un seuil de 80 à 90 % pour que cet effet apparaisse. Pour l'eau, aucun seuil ne se dégage nettement. L'étude apporte des éclairages sur les niveaux de couverture en eau et en assainissement de la communauté qui pourraient être nécessaires pour mieux endiguer le trachome. D'après les résultats, tout indique que l'accès à de l'eau, un assainissement et une hygiène dignes de ce nom peuvent être importants pour parvenir à l'objectif d'élimination du trachome de 2020.

4. Conclusions

Des progrès continuent à être réalisés, en collaboration avec l'espace trachome, qui est souvent précurseur dans le développement d'outils, d'approches et de plateformes de collaboration pour élargir la collaboration entre les parties prenantes WASH et MTN.

L'implication de l'agenda des ODD sur le secteur WASH et les données qui ressortent des analyses citées soulignent la nécessité de continuer à mettre l'accent sur une collaboration étroite avec les parties prenantes de WASH, afin de mettre en œuvre des approches qui contribuent à l'accès universel à des services WASH de qualité conformes aux résultats indiquant un contrôle durable de la maladie. Cela suppose d'envisager d'insister à nouveau sur l'accès universel aux services de base et sur un passage progressif aux services des niveaux supérieurs, ainsi que de renforcer l'efficacité des efforts de communication dans le cadre des changements de comportement au sein des programmes trachome.

La stratégie mondiale sur WASH et les MTN continue à être un bon outil pour assurer l'action sur le partage de l'information, les efforts conjoints de suivi, le renforcement des données d'études et les instructions, et pour améliorer la planification commune et les processus de dispense des programmes.

[14] Garn JV, Boisson S, Willis R, Bakhtiari A, al-Khatib T, Amer K, Batcho W, Courtright P, Dejene M, Goepogui A, Kalua K, Kebede B, Macleod CK, Kouakou IIunga MM, Abdala Mbofana MS, Mpyet C, Ndjemba J, Olobio N, Pavluck AL, Sokana O, Southisombath K, Taleo F, Solomon AW, Freeman MC (2017). Sanitation and water supply coverage thresholds associated with active trachoma: modelling cross-sectional data from 13 countries (en préparation).

Le programme scolaire d'éducation à la santé dans la région d'Amhara

Présenté par M. Eshetu Sata, responsable du programme sur le trachome, Centre Carter, Éthiopie

La lutte contre le trachome, avec sa stratégie CHANCE à quatre volets, promeut l'hygiène personnelle et environnementale à travers les composantes de N et E. Celles-ci ont notamment pour but d'inciter au nettoyage du visage ainsi qu'à la possession de latrines et à leur utilisation. Le Centre Carter, en partenariat avec le BRSA, agit en faveur de la stratégie CHANCE dans son intégralité depuis 2003, date à laquelle a commencé la DMM avec de l'azithromycine. Bien que les volets S et A interviennent à des moments distincts pendant l'année, les volets N et E ont lieu en permanence et dépendent des changements de comportement pour que leur adoption se généralise.

Pour promouvoir les volets N et E de la stratégie CHANCE, le Centre Carter et le BRSA encouragent plusieurs activités et aident à leur mise en œuvre. Au niveau de la communauté, ils incitent les familles, en particulier celles qui ont de jeunes enfants, à pratiquer le nettoyage du visage. De plus, chaque foyer d'une communauté est invité à construire ses propres latrines, à les entretenir et à les utiliser. Au niveau régional, le Centre Carter et le BRSA cherchent à collaborer avec les partenaires de WASH pour cibler des améliorations WASH dans les communautés où la prévalence du trachome est élevée. Enfin, la prévention du trachome et l'hygiène sont enseignées dans les écoles primaires grâce au Programme d'éducation sanitaire à l'école sur le trachome (PSEST) qui vient d'être révisé.

À partir de 2015, le BRSA, le Bureau national régional d'éducation d'Amhara, Le Centre Carter et l'Université de Californie ainsi que la Fondation Francis I. Proctor de Californie à San Francisco ont révisé les programmes scolaires d'éducation sanitaire sur le trachome qui avaient été créés en 2003 et modifiés en 2008. La révision complète le PSEST qui vient tout juste d'être lancé. Déployé à l'automne 2016, le nouveau PSEST a commencé par former des formateurs et prévoit de former plus de 15 000 enseignants et directeurs d'établissements à travers la région.

En bref, le PSEST révisé vise à équiper les enfants scolarisés de connaissances sur le trachome et leur donne les moyens de partager ces connaissances avec leur famille et les membres de leur communauté, auprès desquels ils jouent le rôle d'acteurs du changement. Des supports visuels du PSEST par niveau, qui viennent d'être révisés, ont été mis au point. Ils contiennent des documents de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, un manuel pour les formateurs et les enseignants ainsi que des aides visuelles à utiliser en classe pour accompagner les plans de cours. En plus des cours en classe sur le trachome, l'hygiène et de l'assainissement, le PSEST a aussi élaboré des lignes directrices pour établir ou consolider des clubs de santé à l'école sur le trachome, ou des groupes d'élèves dont la tâche est de faire passer des messages, dans l'établissement et dans la communauté. Pour suivre les progrès du PSEST, un solide plan de suivi et d'évaluation a été mis au point, comprenant des évaluations régulières sur le nettoyage du visage dans les écoles.

D'octobre 2016 à février 2017, 8 229 chefs d'établissement, enseignants et superviseurs de groupes scolaires ont reçu une formation de formateurs dans les cinq zones est de la région d'Amhara. Ces formateurs ont eu pour tâche de former à leur tour d'autres personnes travaillant dans les systèmes scolaires. Une fois cette formation de formateurs en route, les bureaux régionaux de santé et d'éducation ont mené une évaluation initiale pour mieux comprendre l'accès aux interventions WASH dans les établissements scolaires de la région d'Amhara. Au total, 8 384 établissements scolaires ont été visités, soit près de la totalité des écoles de la région. Parmi les écoles évaluées, 62,8 % avaient une latrine fonctionnelle, 20,2 % disposaient d'eau pour se laver les mains et le visage, 25,5 % avaient des clubs sur le trachome actifs et 66,4 % des 822 326 enfants

rencontrés présentaient un visage propre, sans larmoiement ou écoulement nasal. Au bout d'une année complète d'application du PSEST, cette évaluation sera reconduite pour voir s'il y a des changements dans la mise en œuvre de WASH et si le programme est disponible dans les établissements scolaires de la région. Afin de suivre les progrès régulièrement, un ensemble d'indicateurs ont été mis au point pour permettre aux écoles de communiquer des résultats chaque mois.

N et E : comment la planification commune s'est construite

Présenté par Mme Angelia Sanders, directrice associée, Centre Carter. Geordie Woods, Conseiller MTN/WASH sur les changements de comportement et la communication, Sightsavers

La boîte à outils N et E et la collaboration entre partenaires

La CILCT définit le N et E dans le cadre de la stratégie CHANCE comme un ensemble d'interventions ciblées portant avant tout sur les changements de comportement et la promotion de comportement sains autour de l'hygiène et de l'assainissement pour l'élimination du trachome ; la création de normes et d'habitude sociales grâce au dialogue communautaire ; et le développement de capacité autour de l'intégration de WASH. Un outil de planification en N et E, « *Tout ce dont vous avez besoin pour le N et E* », a été rédigé comme document pour aider tous les partenaires participant aux programmes nationaux de lutte contre le trachome. Écrit dans une langue facile à comprendre, il n'exige pas des lecteurs qu'ils soient des experts ou des spécialistes, que ce soit pour le trachome ou WASH. Il offre des approches de planification et des méthodes graduelles pour coordonner les initiatives WASH, ainsi que d'autres initiatives, dans le cadre d'un programme CHANCE intégré. La boîte à outils peut être téléchargée sur le site de la CILCT à : http://www.trachomacoalition.org/FandEtoolkit.

Le Programme national d'élimination du trachome de l'Ouganda s'en est servi pour amplifier ses activités de N et E. Tout d'abord, les responsables ont mené une analyse de situation qui comportait des informations au niveau des districts sur des statistiques WASH, les activités WASH correspondantes qui ont été menées et les partenaires WASH intervenant sur le district. Une réunion de parties prenantes a ensuite été organisée avec des représentants du MdS, du ministère de l'Éducation et des Sports, du ministère de l'Eau et de l'Environnement, des partenaires chirurgicaux et distribuant les antibiotiques, des organisations WASH travaillant dans les régions de Busoga et Karamoja et des donateurs. Au cours de cette réunion, des lacunes ont été identifiées dans la programmation actuelle, une liste des façons dont les différents ministères et partenaires pouvaient travailler ensemble a été créée, des ordres de priorités ont été définis quant aux activités qui devaient être financées par les fonds disponibles et les participants se sont mis d'accord sur les qualités qu'un partenaire WASH devait avoir pour bénéficier d'un financement. Des termes de référence ont été établis et diffusés, pour permettre aux ONG de se porter candidates. Un groupe de travail a examiné les propositions et sélectionné des partenaires à financer. Cinq organisations ont été choisies : Concern Worldwide, le centre universitaire Johns Hopkins University pour les Programmes de Communication, WaterAid, Water Mission et World Vision. Voici les activités auxquelles le programme a accordé une priorité : l'intégration de messages sur le nettoyage du visage et sur le trachome dans les stratégies et les activités WASH dans les régions de Busoga et Karamoja (17 districts) ; la révision et la diffusion d'instructions nationales d'assainissement pour les établissements scolaires ; la révision et la diffusion de consignes d'assainissement nationales ; et la mise au point d'une stratégie de communication pour les changements de comportements, à utiliser dans le cadre de campagnes médiatiques.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Des indicateurs communs sont essentiels pour qu'une collaboration intersectorielle puisse avoir lieu. Pour concrétiser cette mise en commun, il est utile de réunir les secteurs WASH et MTN et d'arriver à un consensus sur un suivi conjoint MTN et WASH. De cette façon, la méthode Delphi a demandé l'avis des spécialistes et obtenu un consensus autour d'indicateurs communs. Cet effort a été le fruit d'une table ronde

européenne organisée en septembre 2014, lors de laquelle nous avons cherché à proposer un noyau d'indicateurs permettant une collaboration entre les secteurs. La liste définitive des indicateurs représente un accord général sur les avis d'un grand nombre d'experts de divers horizons, issus aussi bien du secteur WASH que du secteur des MTN. Le noyau d'indicateurs qui a résulté de ces travaux est largement applicable à de nombreuses MTN, pour lesquelles il existe un lien WASH direct en termes de prévention et de contrôle. La liste commune est alignée aux indicateurs proposés dans le sous-objectif WASH de l'ODD6 dans le cadre du suivi ordinaire des programmes, et doit les compléter. Cette série d'indicateurs n'est pas destinée à être exhaustive, mais c'est un minimum qui doit théoriquement être cohérent d'un programme à l'autre. De plus, un grand nombre des indicateurs retenus correspondent à des informations qui sont normalement recueillies par le secteur WASH au niveau des districts ou au niveau national.

Ils constituent la base d'un cadre de suivi et d'évaluation N et E mis au point en Ouganda en 2016. Il y a actuellement deux critères d'évaluation : le pourcentage d'enfants ayant le visage propre ; le pourcentage de villages dans les zones du projet ayant reçu une certification EDN. Il y a quatre réalisations : la promotion de comportements sains et hygiéniques ; une meilleure propreté environnementale et l'amélioration des pratiques d'assainissement ; un meilleur accès et la disponibilité de points d'eau améliorés pour tous les usages domestiques ; et la promotion de comportements clés pour encourager la prévention et le traitement du trachome. Dans chaque catégorie de réalisations figurent des activités pour lesquelles les partenaires communiquent des résultats au MdS chaque trimestre. La mise en œuvre de ces activités permet de faire des progrès pour répondre aux critères généraux et parvenir à des réalisations au sens large.

Expériences de la Zambie et du Kenya

Le programme Zambie se greffe sur le système de gestion des informations (SGI) WASH « du mobile au web », construit et étendu grâce à l'aide d'Akros, désormais actif dans tous les districts ruraux. Le protocole WASH du SGI produit des indicateurs mensuels sur l'accès à l'assainissement et à l'eau dans un serveur réseau convergé (en « nuage ») hébergé au ministère du Gouvernement local et de l'Hébergement. Pour y faire figurer le suivi du N et E, des comités instaurés au niveau des villages inspectent chaque mois le visage des enfants et notent le nombre d'enfants qui se présentent avec et sans mucosités et mouches sur la figure. Un bénévole communautaire, défenseur de la cause WASH, rend ensuite visite au village, enregistre les données sur un téléphone portable de base avec une application facile à utiliser. Les données sont ensuite envoyées sur le réseau mobile au serveur en réseau nuage et sont agrégées dans DHIS2, un système d'information en accès libre sur internet. La plateforme développe ainsi des indicateurs de la couverture du nettoyage du visage, sous forme de pourcentage de propreté dans chaque village. Les données sont alors redirigées automatiquement vers des agents communautaires du changement. Au moyen de tablettes, les chefs s'informent sur les villages qui obtiennent de bons résultats et sur ceux qui ont encore besoin d'être aidés. Des responsables sanitaires de districts ont accès à des tableaux de bord avec des indicateurs d'assainissement en temps réel dans toute la zone dont ils s'occupent, ce qui permet des interventions ciblées. Des responsables au niveau des provinces peuvent suivre les résultats enregistrés au niveau des districts sans avoir à supporter de grosses dépenses de carburant. Ces mêmes agents du changement, ainsi que des volontaires communautaires munis de téléphones portables, reçoivent des rappels par SMS sur les DMM prévues dans leur région et sont invités à inciter à la participation.

Au Kenya, des équipes de travail sur le trachome aux niveaux national et des districts ont été mises en place et interviennent dans les douze comtés où le trachome est endémique. Des représentants WASH, des représentants pour l'éducation et des membres des conseils municipaux font partie de ces équipes, dans lesquelles ils jouent un rôle actif. Un point sur la situation initiale pour N et E a été établie afin de saisir

d'indicateurs clés en la matière. Dans les écoles primaires, où les enfants ont entre quatre et treize ans, l'enseignant chargé du programme sanitaire ou le directeur observe les visages propres et leur donne une note d'après trois principaux marqueurs : l'écoulement oculaire, l'écoulement nasal et les mouches qui s'envolent du visage au bout de trois secondes. Cette procédure a été répétée trois jours de suite et une proportion moyenne a été déduite sur le pourcentage de visages propres parmi la population d'enfants scolarisés. Des travailleurs sanitaires pour l'environnement ont supervisé des bénévoles en santé communautaire (BSC) pour recueillir des données sur des marqueurs de changements environnementaux : absence ou présence de latrines fonctionnelles, fosse à ordures ou à compost, installation de lavage des mains et accès à l'eau. Les données ont été présentées sous forme de tableau et analysées pour déduire les ratios et les proportions de la communauté : accès du village à un point d'eau fiable, présence de récipients pour se laver les mains, latrines et fosses à ordures/compost : et écoles : proportion d'accès aux latrines par sexe, présence récipients pour se laver les mains et pourcentage d'élèves qui ont le visage propre. L'expérience du Kenya a montré qu'il est impossible de réunir rapidement des données de base pour une programmation par les systèmes en place, les structures et les personnes référentes existantes, telles que les BSC et les administrateurs locaux. Les données analysées ont été présentées au niveau des comtés et des sous-comtés et ont permis de catalyser la planification de programmes qui n'aurait pas été possible à partir d'une analyse au niveau national.

Méthodes sérologiques pour l'évaluation du trachome

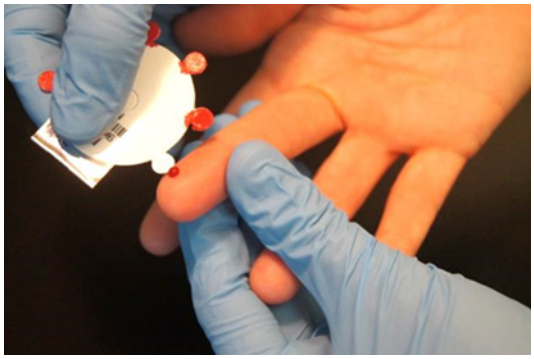
Présenté par le Dr Diana Martin, microbiologiste-chercheur, Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention

Contexte

Dans le cadre d'une réunion sous la conduite de l'OMS sur les diagnostics des MTN, il a été proposé que les anticorps contre les antigènes de *Chlamydia trachomatis* (Ct) soient un marqueur valable du trachome. Des réponses aux anticorps se développent quand, en réaction au stimulus antigène, les cellules B possédant un récepteur de surface qui reconnaît l'antigène (en principe une protéine de surface issue des bactéries) commence à se diviser et à sécréter cet antigène de surface comme anticorps, soit normalement un IgG. Une fois que les pathogènes disparaissent, la population de cellules B se rétracte mais subsiste à des niveaux plus élevés qu'avant l'infection et reste stimulée pour réagir rapidement à l'infection qui suit. Comme le trachome est dû à une infection oculaire répétée à Ct, il est à prévoir qu'une forte proportion d'enfants vivant dans des communautés où le trachome est endémique aura des niveaux élevés d'anticorps.

Méthodes

Les données présentées émanent de diverses études dans différents pays à différents stades des activités du programme. Toutes les études ont été menées conformément à l'éthique et à leur protocole, et ont reçu l'autorisation en bonne et due forme des institutions locales et nationales de chaque pays. Tous les participants ont donné un consentement éclairé et, sinon, ce sont les parents et les tuteurs qui l'ont signé pour les enfants de moins de dix-huit ans.

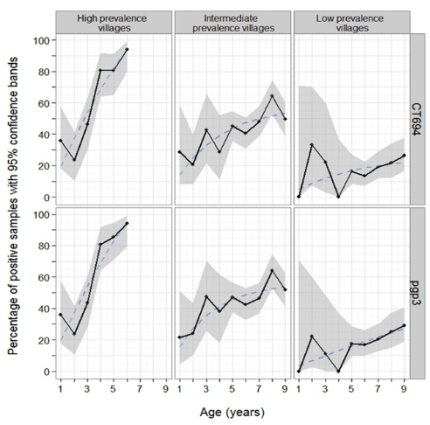


Une goutte de sang a été prélevée sur l'empreinte du doigt sur du papier filtre (voir à droite), puis séchée à l'air, conservée à -20° C et expédiée à CDC pour analyse. Le sérum a été élué des taches de sang séché et les tests d'anticorps à Ct ont été réalisés à l'aide d'un test d'immunodosage multiplexe à suspension de billes magnétiques.

Données

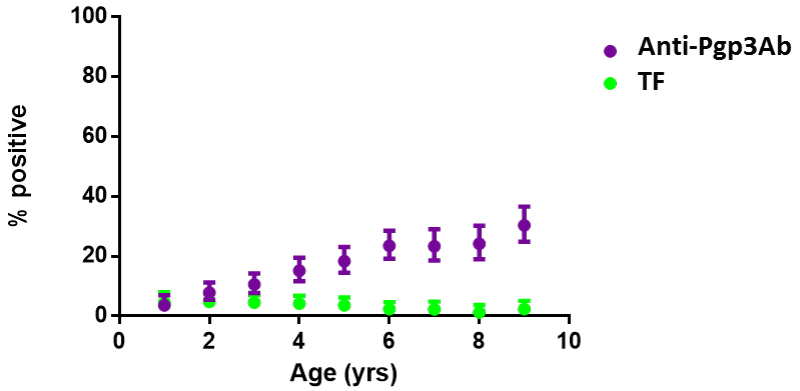
Des données préliminaires suggèrent que les réactions aux anticorps chez les enfants vivant dans des communautés où le trachome est endémique sont proportionnelles à la quantité de TF et d'infections oculaires : plus il y a de TF/d'infections, plus la proportion d'enfants ayant une réponse aux anticorps contre les antigènes Pgp3 et CT694 de Ct est élevée (figure 1). L'augmentation de la séropositivité avec l'âge suggère également que les réactions aux anticorps correspondent à une exposition cumulative à l'infection oculaire à Ct qu'elles peuvent être un marqueur de transmission susceptible d'être utilisé pour la surveillance, contrairement à un outil diagnostic servant spécifiquement à la détection de cas.

	High	Medium	Low
Age	1-6	1-9	1-9
N	208	969	538
TF (%)	47.0	14.5	2.8
Infection (%)	24.0	8.1	2.0
Pgp3+	62.0	33.0	21.2
CT694	61.5	34.0	18.4



Des données du Népal montrent que les courbes de séroprévalence des anticorps selon l'âge sont très différentes lorsque l'on évalue les réponses de la même communauté avant et après l'administration massive de médicaments.

Un critère de jugement essentiel montrant une transmission active ou récente est l'augmentation de la séroprévalence selon l'âge chez les enfants de 1 à 9 ans. On l'observe même au niveau de l'enquête d'impact :

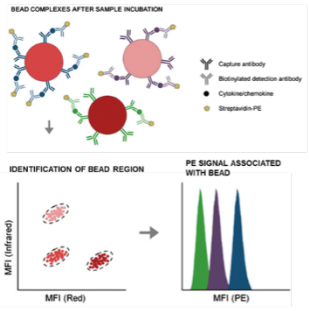


il se peut que l'usage optimal de la sérologie dans un milieu post-endémique ne soit pas un seuil de séroprévalence absolu, mais il l'est lorsque l'on étudie cette augmentation de la séroprévalence selon l'âge, par

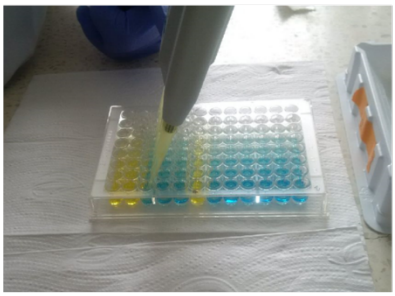
exemple en évaluant la pente de la courbe ou en utilisant ces données pour calculer un taux de séroconversion. D'autres données sont nécessaires pour déterminer l'usage optimal de la sérologie et savoir comment estimer ces paramètres.

Enfin, nous voulons que les outils de surveillance soient aussi commodes à utiliser que possible pour les pays. Pour que les tests d'anticorps puissent être réalisés n'importe où, quels que soient les moyens matériels ou humains, nous avons adapté le test à billes multiplexe pour en faire un test ELISA et un test d'immunodosage à flux latéral rapide. Chacun de ces tests correspond à des scénarios d'usage optimal :

- **Multiplex Bead Array**
  - Test for responses to many different pathogens at once
  - DCIM WASH study (Mali), SWIFT study (Ethiopia), PRET (Niger)



- **ELISA**
  - Can only test for responses to one protein at a time
  - Semi-quantitative
  - Malawi, Ghana, Ethiopia



- **Lateral Flow Assay**
  - Pgp3 antigen
  - Field testing in Tanzania, Nepal, Ethiopia, SI
  - Rapid turnaround
  - Not quantitative

Conclusion

Les tests d'anticorps constituent un moyen de mesure de la transmission qui ne requiert qu'une formation minime et que l'on peut éventuellement intégrer dans d'autres activités de surveillance nécessitant des prélèvements sanguins.

Le processus de validation du trachome

Présenté par le Dr Anthony Solomon, médecin conseil spécialiste du trachome, Organisation mondiale de la Santé

En 2016, l'OMS a publié le document intitulé *Validation de l'Élimination de trachome comme problème de santé publique*, une série de procédures opératoires normalisées indiquant comment mener des validations officielles de l'élimination du trachome. Ce document détaille les informations que les programmes nationaux doivent soumettre à l'OMS, notamment un dossier type afin de faciliter une structuration optimale des informations, et il décrit le processus que suivra l'OMS pour l'étudier.

Il y a plusieurs tâches à effectuer avant de soumettre un dossier. En voici une liste générale : 1. Des enquêtes doivent être réalisées pour savoir si des interventions sont nécessaires. 2. La stratégie CHANCE doit être mise en œuvre lorsqu'elle est nécessaire. 3. Des enquêtes d'impact et de surveillance doivent être menées pour confirmer que les seuils d'élimination du TT et du TF ont été atteints. En entreprenant ces activités, les programmes nationaux sont invités à remplir le dossier type en y saisissant les informations au fur et à mesure, plutôt que d'essayer de le remplir en totalité après coup.

Lorsque les pays remplissent le dossier, ils ne doivent oublier aucune rubrique portant la mention « obligatoire ». Certaines sont également « facultatives » mais les programmes sont invités à les remplir. Le dossier est disponible en ligne en anglais, français, espagnol et portugais : http://www.who.int/neglected_diseases/resources/who_htm_MTN_2016.8/en/.

L'essai SWIFT : assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome

Présenté par Mme Dionna Fry, coordinatrice de l'étude, de l'Université de Californie à San Francisco, Fondation Francis I. Proctor

Justification et contexte

Le trachome, qui est dû à une infection oculaire chlamydiale, est la principale cause infectieuse de cécité dans le monde et fait l'objet d'efforts en vue de son éradication.[1] Pour y parvenir, l'OMS recommande la stratégie CHANCE en quatre volets : Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changements [2]. De nombreux essais cliniques ont démontré l'efficacité des distributions massives d'azithromycine mais, dans les zones où le trachome est hyperendémique, les antibiotiques seuls semblent insuffisants à éradiquer la maladie.[3-10]

Parmi les acteurs qui travaillent sur le trachome, beaucoup croient que la promotion de l'hygiène du visage et les améliorations de l'environnement (c'est-à-dire les volets N et E de CHANCE) sont essentiels pour prévenir la récidive du trachome une fois que les distributions massives d'azithromycine auront cessé. Mais le corpus de données d'études suggérant l'efficacité de mesures autres qu'antibiotiques pour le trachome est extrêmement faible.[11-13] Qui plus est, il y a très peu d'études qui ont mis en application l'ensemble des mesures WASH pour le trachome, même si ceux qui croient en l'efficacité de la totalité des composantes WASH combinés est la seule efficace pour empêcher la transmission du trachome sont nombreux dans la communauté des acteurs du trachome.

SWIFT est un essai randomisé par grappes mené avec le concours financier du National Eye Institute (numéro de subvention U10EY023939, IP Keenan) pour tester l'efficacité d'une intervention WASH complète pour le trachome et d'autres maladies tropicales négligées. Nous testons également une stratégie concurrente pour prévenir la récidive du trachome après des traitements massifs, qui consiste en traitements trimestriels d'azithromycine chez les enfants infectés uniquement. Notre but est de permettre d'élucider l'efficacité de ces interventions WASH, coûteuses et difficile à mettre en œuvre. Une connaissance des effets bénéfiques d'un ensemble des mesures WASH sur la santé permettra de mieux évaluer à terme le rapport qualité-coût de la mise en œuvre de WASH en Afrique subsaharienne. Diverses parties prenantes qui se consacrent à l'élimination du trachome pourront s'appuyer sur les résultats de cet essai : organisations non gouvernementales, ministères de la santé et bailleurs de fonds.

Buts spécifiques

But spécifique n° 1 : Déterminer l'efficacité des mesures non-antibiotiques dans la lutte contre le trachome

- *Hypothèse n° 1 :* La prévalence de l'infection oculaire à Chlamydia sera plus faible dans les grappes randomisées pour recevoir à l'ensemble de mesures WASH que dans celles qui n'en bénéficient pas.

But spécifique n° 2 : Déterminer l'efficacité d'une lutte contre le trachome à l'aide d'antibiotiques sur des enfants infectés.

- *Hypothèse n° 2A :* L'incidence de l'infection oculaire à Chlamydia chez les enfants non-infectés d'âge préscolaire sera plus faible dans les grappes où les enfants infectés d'âge préscolaire sont régulièrement traités à l'azithromycine que dans les grappes non traitées à l'azithromycine.
- *Hypothèse n° 2B :* La prévalence de l'infection oculaire à Chlamydia dans les grappes randomisées pour recevoir des traitements périodiques à l'azithromycine sera non inférieure à celles traitées par un seul traitement de masse à l'azithromycine.

But spécifique n° 3 : Modéliser le rapport coût-efficacité à long terme de stratégies concurrentes de lutte contre le trachome après plusieurs tournées de distributions massives d'azithromycine.

- *Hypothèse n° 3 :* Nous évaluerons le rapport coût-efficacité incrémentiel d'un ensemble de mesures WASH intégrées comparé à, d'une part, une stratégie d'antibiothérapie ciblée et, d'autre part, l'absence d'intervention particulière sur dix ans et nous nous attendons à ce que ce soit l'ensemble des mesures WASH qui soit favorable à ce rapport sur le long terme.

Plan expérimental

Nous menons un essai randomisé par grappes sur 88 grappes expérimentales dans le district de Wag Hemra de la région éthiopienne d'Amhara. L'essai comprend l'étude WUHA, pour Water Uptake in Amhara (le captage d'eau à Amhara) et l'étude TAITU, pour Targeted Antibiotic Intervention for Trachoma in Under-5s (distribution ciblée d'antibiotiques pour le trachome chez les moins de cinq ans). Vingt grappes WUHA reçoivent un ensemble de mesures WASH complet (à comparer à 20 grappes qui ne reçoivent aucune intervention jusqu'à la fin de l'essai). Dans l'étude TAITU, 16 grappes d'enfants infectés reçoivent un traitement trimestriel à l'azithromycine (à comparer à 16 grappes qui ne reçoivent pas d'antibiotiques et 16 qui reçoivent des antibiotiques, mais avec un certain retard).

Unité de randomisation et population de l'étude : Pour l'étude TAITU, l'unité de randomisation est le village. Pour WUHA, nous avons randomisé les zones de captage d'eau des écoles parce qu'une partie de l'intervention a lieu au niveau des établissements. Cependant, les résultats de WUHA ne seront évalués que dans une seule grappe par académie, constituée de tous les foyers dans un rayon de 1,5 kilomètre entourant un point d'eau potentiel choisi.

Suivi des populations : Pendant les trois années que durera l'essai WUHA, nous procéderons au suivi annuel d'un échantillon aléatoire de 30 enfants âgés de 0 à 5 ans et de 30 enfants âgés de 6 à 9 ans dans chaque grappe. Nous allons par ailleurs examiner 30 sujets de plus de 10 ans, à l'évaluation initiale et à 36 mois. De plus, nous allons continuer à examiner la cohorte des 0 à 5 ans sélectionnés aléatoirement pour passer les examens initiaux. Au cours des deux années que durera l'essai TAITU, nous procéderons au suivi de tous les enfants de 0 à 5 ans dans chaque grappe ainsi que d'un échantillon aléatoire de 30 enfants âgés de 8 à 12 ans. Par ailleurs, nous allons continuer à examiner la cohorte initiale des 0 à 5 ans chaque année.

Critères

- ***Critère principal :*** Prévalence de l'infection oculaire à Chlamydia chez les enfants âgés de 0-5-ans à 24 mois pour TAITU et à 36 mois pour WUHA
- ***Critères secondaires :*** Infection oculaire à Chlamydia dans les autres tranches d'âge, trachome cliniquement actif dans toutes les tranches d'âge, anthropométrie (taille et poids) dans la cohorte des enfants de 0 à 5 ans à l'évaluation initiale, présence du pneumocoque nasopharyngé chez les 0 à 5 ans, présence et densité d'infections helminthiques transmises par le sol détectée par une réaction en chaîne par polymérase (RPC) et des préparations de milieu de transport SAF chez les 0 à 9 ans, tests d'anticorps de taches de sang séché chez les 0 à 9 ans et visites postérieures stratifiées par âges pour noter la diarrhée et d'autres infections.

Progrès de l'étude

Recherches formatives : Nous avons précisé les messages et repéré les obstacles à l'amélioration des comportements en matière d'hygiène en recourant à des discussions par petits groupes au début de l'étude.

Pour la promotion de l'hygiène, nous utilisons deux messages clés qui incitent à prendre des habitudes (par exemple, « faites une toilette du visage matin et soir » et « utilisez les latrines chaque fois que vous défèquez »).

Recensement et examens : Nous allons procéder à un recensement de la population et à des examens dans toutes les grappes d'étude sélectionnées, chaque année de l'essai. Le recensement réalisé à la visite de référence a eu lieu en décembre 2015 et celui effectué à douze mois, en décembre 2016. Des agents de recensement se sont rendus dans chaque foyer de la zone d'étude à 88 grappes. Ils ont noté le numéro de téléphone portable du foyer et les renseignements démographiques de chaque personne du foyer (nom, âge et sexe). Il a été demandé aux foyers de faire la liste de toutes écoles, centres médicaux et points d'eau qu'ils utilisaient. La localisation GPS a été relevée pour tous les foyers, les centres médicaux et les points d'eau. Des examens de référence ont eu lieu de janvier à mars 2016, et des examens en 2017. Les données du recensement et des examens ont été recueillies au moyen d'un système électronique de saisie de données adapté aux besoins.

Intervention menée dans le cadre de TAITU : Dans les 16 grappes ciblées, les enfants âgés de 0 à 5 ans dont les tests de dépistage de Chlamydia étaient positifs à l'évaluation initiale ont reçu un traitement en avril, juillet, et octobre 2016. Un traitement antibiotique a été administré à toutes les personnes consentantes dans les 16 grappes ayant reçu une DMM en avril 2016. Le traitement dans le cadre de la DMM aura à nouveau lieu dans ces 16 communautés en avril de cette année. Cette année dans les grappes visées, les enfants âgés de 0 à 6 ans dont les tests de dépistage de Chlamydia étaient positifs pendant la période d'examens de 12 mois recevront trois cycles de traitement au cours de 2017.

Intervention menée dans le cadre de WUHA : Un spécialiste de l'hygiène local et dix agents de promotion de la santé (APS) aident le coordinateur de l'étude à mettre en œuvre l'ensemble des mesures WASH de façon à ce que toutes les grappes de l'étude aient un recours important à l'intervention WASH.

- ***Eau :*** Nous travaillons avec les services du Secours catholique (CRS) à construire un point d'eau (développement de la source, puits creusé à la main ou forage superficiel) dans chaque communauté où a lieu l'intervention et de dispenser une formation au conseil local de gestion de l'eau. La construction des points d'eau a commencé à l'issue des examens de référence (mars 2016), et 19 points d'eau sur 20 sont achevés.
- ***Assainissement :*** Nous faisons campagne pour qu'une latrine soit construite par foyer.
- ***L'hygiène*** *:* Nous mettons en place une éducation à l'hygiène à la fois dans les foyers et dans les établissements scolaires, et nous faisons la promotion des changements de comportement. Dans ces deux cadres, nous insistons sur les habitudes à prendre concernant le nettoyage du visage, le lavage des mains et l'utilisation des latrines.
    - *Promotion de l'hygiène dans les foyers* : Des agents de promotion de la santé, qui vivent dans les communautés où ont lieu les interventions, se rendent dans chaque foyer au moins une fois par mois pour inciter à des changements de comportement en faveur de l'hygiène. Nous avons réalisé un manuel illustré de 65 pages sur l'hygiène contenant des conseils émanant des bureaux sanitaires et des bureaux d'éducation aux niveaux des régions, des zones et des *woreda* et qui contient des contributions de membres des communautés au moyen de tests pilotes. Cet ouvrage pédagogique est utilisé par les APS. Un exemplaire du livre et un poste de toilette (un bidon muni d'un robinet et d'un miroir) ont été distribués à tous les foyers en août et septembre 2016. En outre, quatre savonnettes par foyer sont distribuées tous les mois. Nous nous servons également de l'infrastructure communautaire actuelle, existant sous la forme d'agents de

vulgarisation sanitaire désignés par le gouvernement, de membres de l'Armée de Développement de la Santé et de prêtres locaux pour contribuer aux améliorations en matière d'hygiène. Quarante-neuf prêtres et 224 membres de l'Armée de Développement de la Santé ont assisté à une formation WASH sous la conduite de l'équipe de SWIFT. Enfin, tous les enfants d'âge préscolaire de l'étude WUHA ont reçu une distribution massive unique d'albendazole en juillet 2016 pour compléter celle qui lieu dans toute la région d'Amhara dans les établissements scolaires.

- *Promotion de l'hygiène à l'école :* En partenariat avec le Centre Carter, nous avons élaboré un programme d'enseignement de l'hygiène interactif pour le primaire, pour chaque niveau. De nombreux groupes de discussion et ateliers aux niveaux de la région, des zones et des *woredas* ont été organisés pendant les travaux sur ce programme. 166 enseignants ont été formés à ce programme en juillet 2016, qu'ils ont commencé à exploiter cet automne.
- *Formations :* L'équipe SWIFT en poste en Éthiopie a suivi la formation de l'ATDC. L'équipe SWIFT en poste en Éthiopie et les conseillers des clubs scolaires WASH ont suivi la formation sur l'hygiène et de l'assainissement pour les enfants. Toutes deux ont été dispensées par le CRS.

Indicateurs du processus WASH : Nous utilisons le cadre de référence « RE-AIM », pour Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, and Maintenance (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien) pour voir si les interventions WASH sont mises en œuvre comme prévu. Nous ne cessons de contrôler leur adoption afin de prendre des mesures pour l'améliorer si nécessaire. Ce contrôle se fait par des vérifications au hasard sur place des foyers, la construction de nouveaux points d'eau et par l'intermédiaire des établissements scolaires des grappes d'intervention. Les agents de promotion de l'hygiène font également appel à de mini-contrôles sur place pour suivre les progrès de chaque foyer et fixer des objectifs. Nous menons par ailleurs une enquête annuelle pour un tiers des foyers pendant le recensement. L'enquête porte sur l'accès à WASH et dans quelle mesure il est utilisé. Les enquêtes de référence ont été achevées en décembre 2015 et les enquêtes à douze mois auprès des foyers, en décembre 2016.

Références

1. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol. 2012;96(5):614-8.
2. Organisation mondiale de la Santé. Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases : a roadmap for implementation. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2012. 37 p. p.
3. Schachter J, West SK, Mabey D, Dawson CR, Bobo L, Bailey R, et al. Azithromycin in control of trachoma. Lancet. 1999;354(9179):630-5.
4. Bailey RL, Arullendran P, Whittle HC, Mabey DC. Randomised controlled trial of single-dose azithromycin in treatment of trachoma. Lancet. 1993;342(8869):453-6.
5. Solomon AW, Holland MJ, Alexander ND, Massae PA, Aguirre A, Natividad-Sancho A, et al. Mass treatment with single-dose azithromycin for trachoma. N Engl J Med. 2004;351(19):1962-71.
6. Chidambaram JD, Alemayehu W, Melese M, Lakew T, Yi E, House J, et al. Effect of a single mass antibiotic distribution on the prevalence of infectious trachoma. Jama. 2006;295(10):1142-6.
7. House JI, Ayele B, Porco TC, Zhou Z, Hong KC, Gebre T, et al. Assessment of herd protection against trachoma due to repeated mass antibiotic distributions: a cluster-randomised trial. Lancet. 2009;373(9669):1111-8.
8. Lakew T, House J, Hong KC, Yi E, Alemayehu W, Melese M, et al. Reduction and return of infectious trachoma in severely affected communities in Ethiopia. PLoS Negl Trop Dis. 2009;3(2):e376.

9. Gebre T, Ayele B, Zerihun M, Genet A, Stoller NE, Zhou Z, et al. Comparison of annual versus twice-yearly mass azithromycin treatment for hyperendemic trachoma in Ethiopia: a cluster-randomised trial. Lancet. 2012;379(9811):143-51.
10. West SK, Munoz B, Mkocha H, Gaydos C, Quinn T. Trachoma and ocular Chlamydia trachomatis were not eliminated three years after two rounds of mass treatment in a trachoma hyperendemic village. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48(4):1492-7.
11. Resnikoff S, Peyramaure F, Bagayogo CO, Huguet P. Health education and antibiotic therapy in trachoma control. Rev Int Trach Pathol Ocul Trop Subtrop. 1995;72:101-10.
12. West S, Munoz B, Lynch M, Kayongoya A, Chilangwa Z, Mmbaga BB, et al. Impact of face-washing on trachoma in Kongwa, Tanzania. Lancet. 1995;345(8943):155-8.
13. Rabiu M, Alhassan MB, Ejere HO, Evans JR. Environmental sanitary interventions for preventing active trachoma. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2:CD004003.

Le trachome dans les camps de réfugiés dans la région de Diffa, au Niger

Présenté par le Dr Kadri Boubacar, Coordinateur national du PNSO, Ministère de la Santé, Niger

Depuis plus de trois ans, la présence de Boko Haram, dans la région de Diffa, au Niger, près des frontières du Tchad et du Nigeria, crée une insécurité continuelle. Conséquence de cette insécurité, des camps de réfugiés en provenance du Nigeria ont essaimé à Diffa, au Niger, et les Nigériens qui vivent dans la région, surtout ceux qui sont situés près de la frontière, font l'objet de déplacements internes. Les réfugiés et les déplacés internes (DP) se sont installés dans ces camps, tout comme les villages voisins. Situation alarmante, des réfugiés arrivant du Niger viennent du nord du Nigeria, une région où l'on soupçonne que le trachome est endémique. Bien sûr, des activités CHANCE ont lieu en permanence dans la région de Diffa, mais les interventions, limitées en raison de l'insécurité constante, ne concernent que les habitants de villages établis. Elles ne vont pas jusqu'à couvrir les réfugiés et les DP qui vivent dans des camps, car ces zones sont sous le contrôle d'agences des Nations Unies.

En 2016, le PNSO a mené une enquête de prévalence dans onze camps de réfugiés de la région de Diffa, en collaboration avec le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) et les autorités de santé régionales. L'enquête portait sur 100 enfants âgés de 1 à 9 ans de chaque camp de réfugiés, ainsi que 100 adultes de 15 ans et plus. Son but était de donner une estimation de la prévalence du TF et du TT dans chaque camp. Au total, 1 102 enfants âgés de 1 à 9 ans et 1 136 de 15 ans et plus ont été étudiés dans les onze camps de réfugiés.

Il ressort des résultats de l'enquête que la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans, supérieure à 5 % dans les onze camps de réfugiés, oscille entre 6 à 23 %. La prévalence du TT chez les adultes de 15 ans et plus se situe entre 1,9 à 10 %. La prévalence du TF et du TT rend les interventions de la stratégie CHANCE, DMM comprises, justifiées dans chacun des sites de réfugiés étudiés.

Suite à l'enquête de prévalence, à l'automne 2016, le PNSO, en collaboration avec l'UNHCR, a mené des DMM dans les onze camps de réfugiés étudiés. 10 849 réfugiés ont été traités, et sur ce chiffre, 10 454 ont reçu du Zithromax offert par Pfizer ; quant aux 395, non éligibles à l'azithromycine, ils ont reçu de la pommade oculaire à la tétracycline. Sur les 13 000 personnes vivant dans les onze camps de réfugiés, 85,8 % ont été traités par DMM.

Même si l'insécurité reste un problème perturbateur pour les activités courantes de CHANCE dans la région de Diffa, le PNSO, en collaboration avec des partenaires dont l'ONU, a compris qu'il avait la possibilité tout à la fois de mener des enquêtes sur les réfugiés vivant dans des camps établis et de les traiter afin de réduire la prévalence du trachome. Étant donné que des réfugiés proviennent de la région où le trachome est soupçonné d'être endémique, poursuivre la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans les camps et la région voisine de Diffa reste un aspect important du Programme national de lutte contre le trachome au Niger pour progresser vers l'objectif d'élimination de 2020.

Point sur GET 2020

Présenté par le Dr Anthony Solomon, médecin conseil spécialiste du trachome, Organisation mondiale de la Santé

L'Alliance de l'OMS pour GET2020 est un partenariat qui regroupe des ministères de la santé des pays où le trachome est endémique, des organisations non gouvernementales (ONG), des partenaires du monde universitaire, des donateurs ainsi que d'autres parties intéressées, sous la direction de l'OMS. L'Alliance existe pour aider les pays endémiques dans leurs efforts pour parvenir à éliminer le trachome comme problème de santé publique.

Sa préoccupation principale reste la qualité, et cette préoccupation se renforce chaque année. On l'a vu en particulier dans les données recueillies, à la fois chez le PCGT et son successeur, Tropical Data. Cette préoccupation sur la qualité est également évidente dans le domaine de la chirurgie, où l'innovation a été déterminante pour garantir des résultats de qualité. On en trouve notamment une illustration dans la création de HEAD START, un outil que les chirurgiens spécialistes du TT stagiaire (et expérimentés) peuvent utiliser pour améliorer leurs compétences chirurgicales.

Dans les antibiotiques, il y a eu une amplification considérable au cours de ces dernières années. Les données font ressortir une augmentation supérieure à 50 % de 2014 à 2016 dans le nombre annuel de doses distribuées dans les pays endémiques, puisqu'elles sont passées de 52 millions de doses en 2014 à plus de 80 millions doses en 2016, avec des chiffres définitifs qui sont actuellement établis à partir des programmes nationaux. L'augmentation s'est d'abord vue dans la région d'Amhara en Éthiopie, avec le concours du Centre Carter, et a poussé d'autres pays à passer à la vitesse supérieure. C'est à l'Initiative internationale sur le Trachome et Pfizer que l'on doit cette réussite, ainsi qu'à l'engagement des ministères de la santé, de leur personnel, de la communauté des donateurs et les communautés affectées par le trachome.

Le programme mondial reste confronté à de nombreux défis dans tous les volets de la stratégie CHANCE tandis que les pays endémiques s'efforcent d'atteindre l'élimination. L'Alliance travaille à relever ces défis : renforcer peu à peu la qualité des opérations du TT et des données recueillies sur celles-ci ; trouver d'autres moyens de distribution des antibiotiques ; financer des recherches pour trouver de nouveaux outils pour lutter contre le trachome ; et collaborer avec des organisations pour trouver des solutions pour des interventions de N et E durables.

Certes des progrès ont été accomplis dans le monde mais il reste encore beaucoup de travail. Depuis mars 2016, le nombre des personnes qui ont besoin de se faire opérer du trachome est estimé à 3,2 millions de personnes, et près de 200 millions de personnes vivent dans des districts où les volets A, F et E sont nécessaires. Selon l'OMS, ces chiffres devraient baisser en 2017. Les données des enquêtes d'impact menées en 2015 indiquent que les interventions en A, N et E produisent leurs effets. C'est l'Éthiopie qui reste le plus grand défi pour le programme mondial, puisqu'elle compte 75 millions de personnes ayant besoin d'interventions A, N et E. L'Alliance conserve toute sa détermination et sa concentration pour éliminer le trachome.

Point sur l'Initiative internationale sur le Trachome : Faire mieux et plus intelligemment

Présenté par le Dr Paul Emerson, Directeur, Initiative internationale sur le Trachome

Résultats

Fin 2016, le nombre cumulé de traitements d'azithromycine expédiés par l'Initiative internationale sur le Trachome (IIT) pour l'élimination du trachome a été de 638 millions, à 36 pays au total. Avec plus de 120 millions de traitements expédiés à 24 pays en 2016, cela a marqué une étape historique dans le programme mondial.

Être parvenu à expédier suffisamment de médicaments pour 60 % des personnes connues pour vivre dans des régions où le trachome est endémique n'est pas seulement la réussite d'IIT. C'est le résultat d'une collaboration entre plusieurs partenaires, dont beaucoup ont figuré parmi les acteurs du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter au fil des ans. C'est le résultat d'années de travail sur le terrain pour produire des cartographies, administrer les traitements et affiner le programme, et faire la démonstration par des programmes mis en œuvre avec le concours du Centre Carter qu'il était possible de généraliser son application à travers la complexe stratégie CHANCE intégrée. La méthodologie des enquêtes, affinée dans les programmes et présenté lors des bilans il y a plus de six ans, alliée à des données exactes sur les coûts communiqués par divers pays, a permis la mise au point de la méthodologie du PCGT et son application par une équipe dirigée par Sightsavers. Le développement, les essais et la présentation de méthodes de saisie électronique lors des bilans a montré que la technologie pouvait être appliquée dans les enquêtes à grande échelle. Grâce à l'engagement de donateurs visionnaires tels que les gouvernements du Royaume-Uni et des États-Unis, des enquêtes ont été financées dans plus de 1 500 districts. Les partenaires que sont les organisations non gouvernementales (ONG) pourraient appliquer les enseignements tirés de programmes réalisés avec le concours du Centre Carter en Éthiopie, au Mali, au Niger, au Ghana, au Soudan et au Nigeria, qui ont été résumés dans des manuels de la CILCT intitulé « Pratiques privilégiées ». Sous la direction de la CILCT, les ONG ont travaillé ensemble à classer les pays par priorité et, avec l'engagement des ministères de la Santé, elles ont obtenu des financements supplémentaires auprès de très importants donateurs, dont le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, Le Département britannique pour le Développement international et l'Agence américaine du Développement international, ainsi que la Fondation du Lions Club international. Pfizer, qui reste fermement décidé à éliminer le trachome, a doublé la quantité d'azithromycine fabriquée pour le programme de dons. Le rôle de l'IIT, dans cette grande coalition réunissant des partenaires publics, privés et à but lucratif, était simplement d'obtenir les bonnes quantités de médicaments, au bon endroit, au bon moment et à chaque fois.

Élargissement et rétractation

En 2016, l'IIT a expédié de l'azithromycine à cinq nouveaux pays et en a fourni pour 277 nouveaux districts, pour une population qui s'élève à 37,8 millions d'habitants. La même année, 77 districts ayant une population totale de 14,2 millions de personnes qui avaient déjà reçu de l'azithromycine ont atteint l'objectif d'élimination, de sorte que la DMM n'était plus justifiée pour eux. Au cours des trois dernières années, l'IIT a fourni de l'azithromycine à 82,2 millions de nouveaux participants au programme, répartis entre 607 nouveaux districts dans 11 pays. À la même période, des enquêtes d'impact ont montré que pour 43,9 millions de personnes dans 220 districts, la DMM n'était plus justifiée, et elles vivent désormais libérées de la peur du trachome.

Outil de suivi des expéditions de Zithromax®

En collaboration avec l'OMS, l'IIT a mené à bien le développement de la base de données de GET2020 Alliance. Cette base de données créée avec les technologies les plus récentes facilite la soumission des formulaires de suivi de l'élimination du trachome par les pays ainsi que les demandes de Zithromax® grâce à des champs de données préremplis qui résument automatiquement les données. L'outil de suivi des expéditions de Zithromax® possède un module supplémentaire qui extrait automatiquement des données de la base de données pour présenter des mises à jour nocturnes du progrès de chaque expédition de Zithromax® pour chaque pays. Il n'est pas nécessaire d'accéder à la base de données pour accéder à l'outil de suivi, de sorte qu'il est à la disposition de n'importe quel tiers intéressé. L'outil permettra à l'IIT de continuer à rendre compte de son action aux pays destinataires et aux partenaires chargés de la mise en œuvre du programme.

Point sur la Coalition internationale pour la Lutte contre le Trachome

Présenté par Mme Virginia Sarah, Présidente, Coalition internationale pour la Lutte contre le Trachome

Accélérer dans la perspective de 2020

La communauté du trachome a eu le privilège de fêter des progrès époustouflants au cours de ces dernières années, mais le plus dur est à venir. Il ressort des données actuelles que 144 districts auraient besoin d'une intervention urgente. Nous sommes en 2017. Cela signifie qu'il ne reste que quatre ans jusqu'en 2020, date que nous nous sommes fixée pour atteindre l'élimination. C'est donc un moment critique dans notre parcours. Et tout à la fois, il nous faut créer une dynamique tout en incitant de nouveaux partenaires à se joindre à nous si nous voulons combler les manques qui subsistent et ne pas perdre le bénéfice des progrès rudement conquis de ces dernières années.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Le partenariat est au cœur de la réussite à laquelle a assisté jusqu'à maintenant la communauté du trachome. Dans plusieurs initiatives, la discussion sur les priorités a été centrale pour avancer et rester concentré sur l'impact. Celles-ci comprennent :

- **Un solide partenariat mondial** – grâce à la GET2020 Alliance. L'Alliance réunit des gouvernements, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales afin de coordonner leur action et faire progresser les objectifs d'élimination exposés dans le plan directeur (voir les pages 20 à 23 dans *Eliminating Trachoma : Accelerating Towards 2020* www.trachomacoalition.org/GET2020).
- **Une initiative de cartographie commune** : le PCGT qui a jeté les bases d'une méthodologie uniformisée pour toutes les MTN et qui est actuellement appliquée par Tropical Data.
- **Des estimations communes des coûts d'élimination** : ensemble, les membres de la communauté du trachome ont déterminé quels étaient les financements nécessaires pour parvenir à l'élimination, procéder à l'analyse des manques et définir des priorités.
- **Une mise en œuvre bien coordonnée** : suite aux travaux de cartographie, il y a eu une formidable amplification des programmes d'intervention en s'appuyant sur le programme des dons de Pfizer/d'IIT. En seulement deux ans, 126 500 interventions du trichiasis ont été pratiquées et 40 millions de traitements antibiotiques ont été distribués dans 13 pays.
- **Une perspective bien coordonnée pour les bailleurs de fonds** – y compris grâce au groupe de donateurs récemment établi GET2020 Alliance**.**

Si les partenariats sont essentiels à notre réussite, ils ne sont pas faciles à établir ou à maintenir. Ces relations nécessitent du travail, de l'aide, un encouragement et une reconnaissance. C'est grâce à la passion commune, la détermination et la motivation des personnes concernées que ces partenariats se sont développés et sont florissants. Et s'il y a un endroit où cela se ressent fortement et où c'est extrêmement apprécié, c'est bien en Éthiopie.

La transformation à l'œuvre – coup de projecteur sur l'Éthiopie

La façon dont l'Éthiopie relève le défi du trachome connaît actuellement un énorme changement, qui offre un exemple édifiant sur ce qu'il est possible de réaliser.

- **Savoir précisément où la maladie est présente** : le PCGT, la plus importante étude de cartographie de la maladie au monde a révélé que 90 % des districts d'Éthiopie avaient le trachome à des niveaux qui exigent une solution de santé publique.
- **Adhésion politique**
    - PAT national incorporé dans le plan directeur pour les MTN du pays.
    - Le pays a organisé la rencontre GET2020 Alliance de 2014, lors de laquelle le gouvernement a annoncé l'initiative Fast Track pour rattraper le retard pris dans les opérations du trichiasis et il a alloué un financement d'État pour l'élimination du trachome.
    - Un Programme national WASH réunit des ministères et des partenaires de développement pour apporter l'accès universel à l'eau.
- **Une amplification et une coordination significatives** : la plupart des districts mettent l'intégralité de CHANCE en application.
- **Il reste à combler les manques** dans la couverture CHANCE, en particulier en Somalie et dans les Régions des nations, nationalités et peuples du Sud.

Réalisations de 2016

- L'Alliance GET2020 doit élaborer le document ***Eliminating Trachoma: Accelerating towards 2020*** (Élimination du trachome : accélérer dans la perspective de 2020), une feuille de route définissant ce qu'il faut faire pour amplifier les programmes et renforcer les systèmes de santé afin de parvenir à l'élimination du trachome d'ici à l'année 2020. Grâce aux **estimations de coûts de la mise en œuvre de CHANCE dans le monde**, nous savons également combien cela va coûter.
- **Tropical Data** : un service gratuit qui s'appuie sur le PCGT pour permettre la réalisation intégrale des enquêtes sur les MTN. Lancé en juillet 2016, il a déjà contribué à plus de 200 enquêtes dans 15 pays.
- **On constate un intérêt pour la mobilisation de ressources et les actions de plaidoyer** : notamment le lancement par un groupe de donateurs de Trachoma Free Africa (une Afrique sans trachome), qui réunit des partenaires public et privé qui partagent une vision et qui sont galvanisés par l'occasion sans précédent qui s'offre à eux d'éliminer le trachome en Afrique.

Le pied au plancher

D'une année sur l'autre, la communauté du trachome progresse vers l'élimination, relève des défis et rehausse le profil des travaux d'élimination sur les plans national, régional et mondial. Nous nous sommes occupés de réaliser les objectifs faciles à remplir. Le travail qui reste jusqu'à 2020 est plus difficile et nous allons devoir aller plus en profondeur pour motiver de nouveaux soutiens, positionner le trachome dans le pays global du développement et collaborer plus étroitement avec d'autres communautés en charge des MTN.

Pour atteindre l'élimination d'ici à 2020, nous travaillons différemment pour toucher de nouveaux publics :

- Conserver la maîtrise des **mises à jour annuelles de données** – de la prévalence de la maladie, des coûts d'élimination et des projections d'élimination des pays pour identifier les manques et les priorités dans le programme mondial de mise en œuvre de CHANCE.
- Travailler à **regrouper les financements** – un fonds commun qui réponde aux manques immédiats dans les efforts de mise en œuvre.
- Aider le NNN à élaborer **un cadre de référence conceptuel pour des interventions durables sur les MTN** qui aillent au-delà de la dernière manche en privilégiant l'approche « BEST » (**B**ehavior

(comportement), **E**nvironment (environnement), **S**ocial inclusion and equity (inclusion et égalité sociale) et **T**reatment and care (traitement et soins).

L'élimination d'un grand problème de santé publique est à notre portée, de notre vivant.

Un grand nombre de ceux qui travaillent à l'élimination du trachome sont animés par une passion et un engagement personnels à voir disparaître une maladie douloureuse et invalidante, et ils savent que c'est possible de notre vivant. Après tout, vous êtes tous présents à ce bilan annuel.

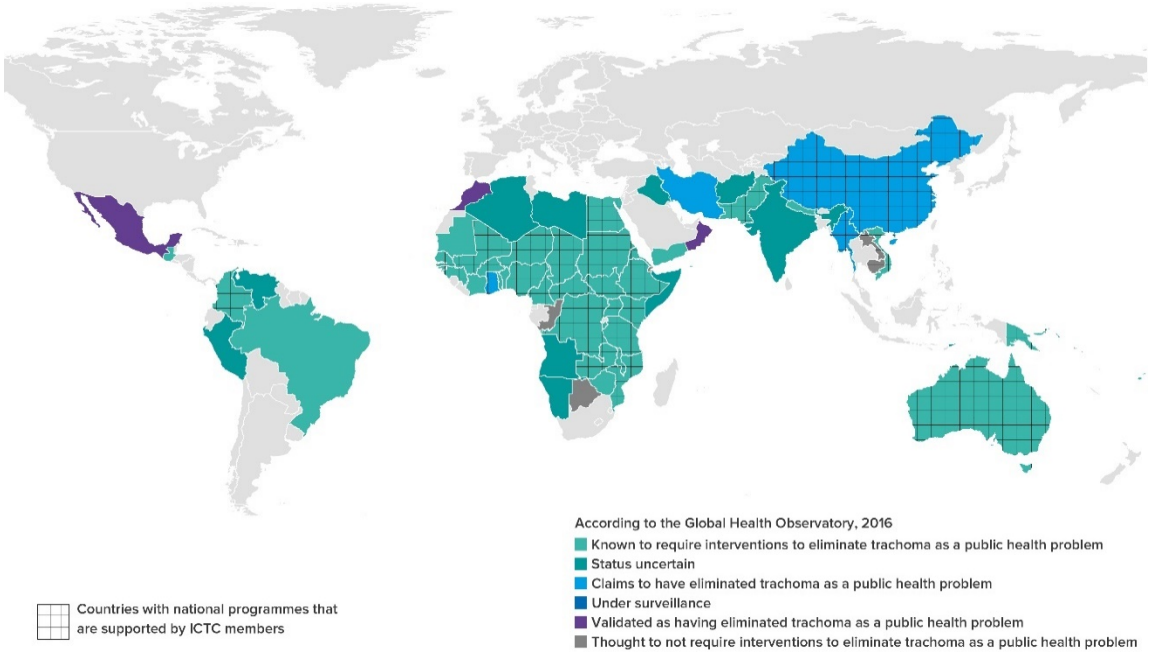
- En témoigne le **Gouvernement de l'Éthiopie** dans la direction qu'il a prise pour s'attaquer au trachome dans le pays.
- En témoigne le Queen Elizabeth Jubilee Trust, dont le but est de laisser derrière lui un héritage durable, propriété de tout le Commonwealth, afin d'honorer **Sa Majesté la Reine**. En témoigne le travail de **la comtesse de Wessex**, vice présidente du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, qui est un grand soutien et défenseur de la cause.
- L'œuvre entreprise par Le Centre Carter atteste du merveilleux appui, tellement apprécié, de M. le **Président Carter et de son épouse** pour éliminer cette maladie.

À ceux dont la participation n'est pas nouvelle, nous adressons nos remerciements les plus sincères. Aux autres, nous disons qu'il n'est pas trop tard, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre nos objectifs communs – bienvenue à bord !

Qui sommes-nous ?

La CILCT est une coalition de 44 donneurs non gouvernementaux, d'organisations du secteur privé et universitaires qui travaillent fièrement ensemble pour appuyer l'Alliance GET2020.

Où travaillent les membres de la CILCT



Recommandations de 2017 du bilan Programme de Lutte contre le Trachome

Recommandations générales :

1. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent publier des données aussi bien quantitatives que qualitatives faisant état des réussites, des enseignements tirés et des expériences acquises lors de la constitution du dossier de validation. Les programmes doivent tenir compte des niveaux de TF, des arrêts de DMM et des enquêtes de surveillance, ainsi que du nombre de districts et du total des habitants chez qui le trachome était auparavant endémique et où le TF 1-9 est maintenant à < 5%, ainsi que des opérations du TT qui ont réussi.

2. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent déterminer le nombre de réfugiés et de camps déplacés pour savoir si le trachome est un problème. Si les données de prévalence indiquent que des traitements sont justifiés, le Programme national doit trouver des financements et un partenaire de mise en œuvre et travailler avec l'Initiative internationale sur le trachome à demander une DMM.

3. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent définir des priorités pour les interventions chirurgicales à réaliser immédiatement afin de réduire la morbidité oculaire tout en continuant à appliquer les volets N et E de la stratégie CHANCE.

4. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de procéder à des recherches supplémentaires pour comprendre à quoi tiennent les refus de se faire opérer du TT, afin de réduire les taux de refus.

5. Pour parvenir aux objectifs d'élimination et favoriser une utilisation efficace des moyens, l'Alliance GET2020 de l'OMS doit envisager un forum de discussion sur les problèmes concernant le seuil de TT et sur la façon d'atteindre les seuils de validation du TT.

6. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome à qui il manque des financements dans n'importe quel aspect de CHANCE doivent envisager la tenue d'un fichier de tableur à jour sur l'analyse des manques et de le communiquer régulièrement à la CILCT afin de susciter des actions de plaidoyers. C'est à partir de ce qui fait directement obstacle aux objectifs de 2020 qu'il faut définir des priorités dans les manques à combler (c'est-à-dire qu'il faut établir des distinctions entre les districts qui ont besoin de financement immédiatement : dès 30 % et au-dessus, etc.).

7. En partant des recommandations de 2016 et sur les conclusions des études présentées en 2017, les Programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent obtenir des informations sur la couverture de l'assainissement au niveau des communautés et/ou sur les latrines construites par d'autres organisations, afin de présenter un tableau plus exact de l'accès à l'assainissement et son utilisation dans les zones d'application du programme.

8. Les Programmes nationaux de lutte contre le trachome mettant en œuvre la boîte à outils de la CILCT intitulée « Tout ce dont vous avez besoin pour le N et E : guide pratique pour établir des partenariats et pour la planification » doivent faire état des améliorations dans les résultats, suite à l'emploi de cette boîte à outils. Les programmes doivent envisager de faire état des personnes supplémentaires touchées par les activités de N et E et les services WASH améliorés pour partager les enseignements qui ont été tirés.

Recommandations par pays :

Éthiopie

1. Le Programme national de lutte contre le trachome éthiopien doit présenter, lorsqu'il le pourra et dans la mesure du possible, des données sur les patients souffrant de TT ventilées par âge, sexe et sévérité de la maladie. Si possible, ces données sont à comparer aux données antérieures (traitement des études sur le TT).

2. Le Programme doit envisager, lorsqu'il le pourra et dans la mesure du possible, de travailler avec le Programme national d'Éradication du Ver de Guinée afin de promouvoir une sensibilisation et faire connaître l'existence de récompenses en argent liquide.

3. Les contributions financières significatives du MFdS éthiopien au programme sur le trachome doivent être quantifiées et mises en exergue comme un exemple louable d'appropriation du programme, illustré par l'investissement qu'il a accordé dans son pays.

Amhara, Éthiopie

1. Le Programme de Lutte contre le Trachome de la région d'Amhara doit exploiter les données du PSEST avec les partenaires chargés de fournir des latrines et des installations de lavage des mains dans les établissements scolaires. Le PSEST doit communiquer des données de suivi aux organisations chargées des actions de plaidoyer.

2. Le Programme doit analyser les données de suivi recueillies de 2008 à 2016, et notamment les signes cliniques (TF et TI), les résultats de RPC sur *Chlamydia trachomatis*, les résultats d'adoption du N et E et des enquêtes de couverture des DMM pour évaluer les progrès accomplis à ce jour et les publier.

Soudan

1. Le Programme du Soudan doit très résolument mettre en œuvre les activités déjà planifiées dans le plan d'action sur le trachome afin de rattraper son retard dans les opérations du TT, à l'aide d'une planification détaillée et d'activités simultanées, d'ici à 2020.

2. Le Programme doit trouver des moyens pour collaborer avec les autres organisations non gouvernementales qui réalisent des opérations du TT afin de s'assurer qu'elles sont bien comptabilisées et qu'elles sont conformes aux pratiques recommandées par le MFdS pour mener ces interventions.

3. Le Programme doit veiller à ce que le MFdS termine la cartographie de référence dans les États du Darfour.

4. Lorsque les données de prévalence du TT sont en question, le Programme doit mener des enquêtes uniquement sur le TT dès que possible afin de donner des estimations à jours du retard pris dans les opérations du TT.

5. Les contributions financières significatives du MFdS du Soudan au programme sur le trachome doivent être quantifiées et mises en exergue comme un exemple louable d'investissement accordé au niveau intérieur.

Mali

1. Étant donné le nombre actuel d'opérations du TT en retard, le Programme au Mali doit résolument prévoir de rattraper ce retard d'ici à 2018 à l'aide d'une planification détaillée et d'activités simultanées.

2. Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière et associer des pays voisins pour évoquer les problèmes et comment ils ont été résolus.

3. Le Programme au Mali doit s'interroger pour savoir s'il doit diversifier les méthodes de découverte de cas de TT selon les contextes.

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

Niger

1. Le Programme au Niger doit rechercher des occasions de collaboration transfrontalière avec le Nigeria.

2. Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière et associer des pays voisins pour évoquer les problèmes et comment ils ont été résolus.

3. Le Programme doit continuer à travailler dans les camps de personnes déplacées intérieures pour, autant que possible, apporter la stratégie CHANCE là où elle est justifiée.

4. Le Programme doit très résolument prévoir d'opérer tous les cas de TT (y compris ceux d'Agadez) au moyen d'une planification détaillée et des activités simultanées avant la fin de 2019.

Soudan du Sud

1. Le Programme du Soudan du Sud doit s'efforcer de mettre en œuvre la stratégie CHANCE complète (en insistant sur le N et E) dans les États jugés sûrs et dans chez les personnes déplacées internes et les camps de civils sous protection.

2. La communauté du trachome doit envisager d'aider le Soudan du Sud à mettre sur pied une stratégie pour rattraper le retard pris dans les opérations du TT et terminer la cartographie du trachome dans le pays.

3. Le Programme doit faire appel aux données précédentes et actuelles sur le TT et le TF, à toutes les informations WASH disponibles et aux informations sur les camps de réfugiés / de DP afin de mettre au point un plan pour aider les partenaires à procéder à des interventions.

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

Ouganda

1. Le Programme national doit assurer une couverture élevée des DMM (>80 %) dans les deux districts à traiter en 2017. Le Programme national doit conduire des enquêtes de couverture post-DMM dans ces deux districts pour valider la couverture.

2. Le Programme doit trouver des tâches efficaces et les renforcer pour améliorer la collecte de données auprès des districts et leur communication.

3. Le Programme national doit mener des évaluations rapides sur le trachome dès que possible dans des districts limitrophes de districts auparavant endémiques qui n'ont jamais été cartographiés, en particulier dans le sud-ouest.

Le trachome : la maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus de 50 pays. Plus de 200 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 3,2 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 surviennent dans les zones rurales arides des pays en développement, le Sahel, par exemple, où l'accès à l'eau propre est limité.

La première phase de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* et affecte surtout les enfants. Le trachome inflammatoire peut présenter soit la formation de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée, soit une inflammation intense douloureuse ou désagréable associée à un épaississement de la conjonctive. Des cycles répétés d'infection et de résorption entraînent 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 le 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 atteintes de trachome sont infectées de façon répétitive par *Chlamydia trachomatis*, les lésions cicatricielles qui s'ensuivent déforment le bord palpébral, ce qui fait que les cils se tournent vers l'intérieur et frottent la cornée. Cette maladie, que l'on appelle le *trichiasis*, provoque une douleur handicapante et une érosion physique de la cornée, qu'elle égratigne, permettant l'introduction d'autres infections. Le trichiasis est horrible en soi mais peut également conduire rapidement à la cécité.

De récentes avancées ont renouvelé nos espoirs de pouvoir un jour venir à bout de cette maladie. En 1987, des experts en soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé ont élaboré une échelle simplifiée de classement du trachome qui a facilité et 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, la CILCT (une coalition d'ONFDG, de donateurs, d'institutions universitaires et d'autres partenaires) a été créée pour soutenir GET2020 et plaider en faveur de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Une autre avancée importante a été la découverte de l'antibiotique azithromycine par voie orale, administré une ou deux fois par an, qui est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement de tétracycline en pommade oculaire, la thérapie précédemment recommandée. En 2009, Pfizer Inc., fabricant de Zithromax®, s'est de nouveau engagé à soutenir les objectifs du GET2020 de l'OMS en matière d'élimination du trachome cécitant d'ici à l'année 2020. Depuis le début des donations en 1998, environ 444 millions de doses de Zithromax® ont été offertes par Pfizer Inc. et gérées par l'IIT. Les dons ont bénéficié à plus de 30 pays et l'extension devrait se poursuivre en 2016. 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.

« 2020 en ligne de mire : plus que quatre ans »

Dix-huitième bilan annuel du Programme Trachome

Le Centre Carter

22-24 mars 2017

Mercredi 22 mars		
8:15	***~Départ du Sheraton Hôtel pour le Centre Carter~***	
8:30 – 9:00	Petit déjeuner	
9:00 – 9:10	Accueil, remarques introductives et présentations	Mme l'Ambassadrice Mary Ann Peters PDG Le Centre Carter
9:10 – 9:30	Présentation du bilan du programme et annonces du président	Mme Kelly Callahan (présidente) Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
9:30 – 10:15	Point sur la stratégie CHANCE en Éthiopie	M. Biruck Kebede Chef d'équipe pour les maladies tropicales négligées Ministère fédéral de la Santé - Éthiopie
10:15 – 10:45	Pause café	
10:45 – 11:30	Point sur la stratégie CHANCE en Amhara	M. Bizuayehu Gashaw Directeur adjoint Bureau régional de la Santé Amhara Regional Health Bureau (Bureau régional de la Santé d'Amhara)
11:30 – 12:20	Mesures de la couverture de la DMM en Amhara	Le Dr Scott Nash Épidemiologue, Programme de Lutte contre le Trachome La Fondation Carter M. Alex Jordan Étudiant diplômé Rollins School of Public Health, Université d'Emory
12:20 – 1:30	Déjeuner	
1:30 – 1:35	Annonces du Président	
1:35 – 2:50	Pour en finir avec le TT : table ronde • Le Pr. Lamine Traore (PNSO, Mali) • Le Dr Kadri Boubacar (PNSO, Niger) • Le Dr Edridah Muheki (MdS, Ouganda) • Mme Michaela Kelly (Sightsavers)	Animé par Mme Aisha Stewart Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome La Fondation Carter
2:50 – 3:20	Pause café	
3:20 – 4:05	Point sur le programme WASH et stratégie de l'OMS : Un an après	Mme Yael Velleman Analyste experte des politiques sur la santé et l'assainissement pour l'OMS WaterAid
4:05 – 4:35	Le programme scolaire d'éducation à la santé dans la région d'Amhara	M. Eshetu Sata Responsable du Programme Trachome La Fondation Carter - Éthiopie
4:35 – 5:20	N et E : comment la planification commune s'est construite	Mme Angelia Sanders Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome La Fondation Carter M. Geordie Woods conseiller technique, Maladies tropicales négligées Sightsavers
5:30 – 7:00	Réception (bibliothèque du Centre Carter et entrée du musée)	
7:00	***~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~***	

« 2020 en ligne de mire : plus que quatre ans »
Dix-huitième bilan annuel du Programme Trachome
Le Centre Carter
22-24 mars 2017

jeudi 23 mars

8:15	***~Départ du Sheraton Hôtel pour le Centre Carter~***	
8:30 – 9:00	Petit déjeuner	
9:00 – 9:05	Annonces du président	
9:05– 9:50	Point sur la stratégie CHANCE au Niger	Le Dr Kadri Boubacar Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Niger
9:50 – 10:20	Méthodes sérologiques pour l'évaluation du trachome	Le Dr Diana Martin Microbiologiste-chercheur Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention
10:20 – 10:50	Pause café	
10:50 – 11:35	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan du Sud	Mme Aja Isaac Kuol Directrice adjointe pour les MTN et la chimiothérapie préventive Ministère de la Santé - Soudan du Sud
11:35 – 12:20	Le processus de validation du trachome	Le Dr Anthony Solomon Médecin conseil spécialiste du trachome; et chercheur en chef, projet de cartographie globale du trachome Département de lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé
12:20 – 1:30	Déjeuner	
1:30 – 1:35	Annonces du président	
1:35 – 2:20	Point sur la stratégie CHANCE au Mali	Le Pr. Lamine Traoré Coordinateur national, Programme national sur les santés oculaires Ministère de la Santé - Mali
2:20 – 2:50	SWIFT : Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome)	Mme Dionna Fry Coordinatrice de l'étude Fondation Francis I. Proctor, Université de Californie à San Francisco
2:50 – 3:20	Pause café	
3:20 – 4:05	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan	Le Dr Balegsa Elshafie Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome Ministère fédéral de la Santé - Soudan
4:05 – 4:35	Le trachome dans les camps de réfugiés	Le Dr Kadri Boubacar Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Niger
4:35 – 5:20	Point sur la stratégie CHANCE en Ouganda	Le Dr Patrick Turyaguma Responsable du Programme Trachome Ministère de la Santé - Ouganda
5:20	***~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~***	
6:15	***~Départ de la navette de l'Hôtel Sheraton pour l'Atlantic Station Shopping Center ~ (6:15-9:00)***	

« 2020 en ligne de mire : plus que quatre ans »

Dix-huitième bilan annuel du Programme Trachome

Le Centre Carter

22-24 mars 2017

Vendredi 24 mars

9:00	***~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~***	
9:15 – 9:50	Petit déjeuner	
10:00 – 10:05	Photo de groupe	
10:05 – 10:15	Annonces du président	
10:15 – 12:15	Résumé de la séance - Les programmes réalisés avec le concours du Centre Carter Amhara, Éthiopie, Mali, Niger, Soudan du Sud, Soudan et Ouganda	**Éthiopie: M. Biruck Kebede** Chef d'équipe MTN, ministère fédéral de la Santé **Amhara : M. Bizuayehu Gashaw** Directeur adjoint, Bureau régional de la Santé **Mali : Le Pr. Lamine Traore** Coordinateur national, Programme national sur les santés oculaires **Niger : Le Dr Kadri Boubacar** Coordinateur national, Programme national sur les santés oculaires **Soudan : Le Dr Elkheir Elshafie** Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome **Soudan du Sud : M. Makoy Samuel** Directeur de PC-MTN, Ministère de la Santé **Ouganda : Le Dr Edridah Muheki Tukahebwa** , responsable national du programme sur les MTN, Ministère de la Santé
12:15 – 1:30	Déjeuner	
1:30 – 1:35	Annonces du président	
1:35 – 2:05	Point sur GET 2020	Le Dr Anthony Solomon Médecin conseil spécialiste du trachome; et chercheur en chef, projet de cartographie globale du trachome Département de lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé
2:05 – 2:25	Point présenté par Pfizer	Mme Caroline Roan Vice président de la responsabilité administrative Pfizer
2:25 – 2:45	Point sur l'Initiative internationale sur le Trachome (IIT)	Le Dr Paul Emerson Directeur L'Initiative internationale sur le Trachome
2:45 – 3:10	Pause café	
3:10 – 3:40	Dernières nouvelles de la Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome (CILTC)	Mme Virginia Sarah Président de la CILCT
3:40 – 5:15	Recommandations	Présidé par Mme Kenya Casey Directrice associée, Bureau d'assistance sur le programme Le Centre Carter
5:15 – 5:30	Remarques de conclusion	
5:30*	***~Départ du Centre Carter pour le Sheraton Hôtel~***	

****Cet horaire est susceptible d'être modifié. Le bus partira du Centre Carter peu après la conclusion de la réunion.***

Éthiopie
M. Bizuayehu Gashaw (ARHB)
M. Biruck Kebede (MFdS)
Le Dr Zerihun Tadesse (Centre Carter)
M. Eshetu Sata (Centre Carter)
M. Mulat Zerihun (Centre Carter)
M. Berhanu Melak (Centre Carter)

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

Niger
Le Dr Kadri Boubacar (MdS)
M. Mohamed Salissou Kane (Centre Carter)
M. Barmou Moudi (Centre Carter)

Soudan du Sud
M. Makoy Samuel (MdS)
Mme Aja Isaac Kuol (MdS)
Mme Sarah Yerian (Centre Carter)

Soudan
Le Dr Balgesa Elkheir Elshafie (MFdS)
Le Dr Nabil Aziz Awad Alla (Centre Carter)
Mme Zeinab Abdalla (Centre Carter)
Mme Maha Adam (Centre Carter)

Ouganda
Le Dr Edridah Muheki Tukahebwa (MdS)
Le Dr Patrick Turyaguma (MdS)
Mme Peace Habomugisha (Centre Carter)
Mme Ruth Tushemeweire (Centre Carter)

Abbott
M. Al Reid

The Children's Investment Fund Foundation Royaume-Uni
Mme Laura Barrett

Helen Keller International
M. Benoît Dembélé
Mme Stephanie Palmer
Le Dr Steven Reid
M. Toudja Tchouloum
Mme Amy Veinoglou

Fondation Conrad N Hilton
M. Robert Miyashiro

Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
Mme Virginia Sarah

L'Initiative internationale sur le Trachome
Le Dr Menbere Alemu
Mme Birgit Bolton
Le Dr Paul Emerson
Mme PJ Hooper
Le Dr Teshome Gebre Kanno
Mme Girija Sankar

Fondation Lions Club International
M. Phillip Albano
Son Honneur le Lauréat mondial, le Dr. Tebebe Y. Berhan
Mme Karen Kilberg

La Fondation Noor de Dubaï
M. Omar Ba

Fond de l'OPEC pour le Développement International
Le Dr Walid Mehalaine

Pfizer Inc
M. Darren Back
Mme Julie Jenson
Mme Caroline Roan

Fondation Francis I. Proctor, UCSF
Mme Dionna Fy

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust
Le Dr Andrew Cooper

Rollins School of Public Health, Université d'Emory
Le Dr Matthew Freeman
M. Oumer Shafi
Le Dr Paul Weiss

RTI International
M. Scott McPherson
Mme Lisa Rotondo

Sightsavers
Le Dr Agatha Aboe
M. Philip Downs
Mme Sarah Huntbach-Noel
M. Elie Kamate
Mme Michaela Kelly
M. Tom Millar
M. Geordie Woods

Groupe de travail pour la Santé dans le Monde
M. Pat Lammie
M. Guillaume Nichols
Le Dr David Ross

Comité d'experts sur le trachome
Le Dr Joseph Feczko

États-Unis Agence pour le Développement International
M. Aryc Mosher

Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention
Le Dr Stephanie Bialek
Le Dr Diana Martin
M. Eric Mintz
Mme Sharon Roy

WaterAid
Yael Velleman

Organisation mondiale de la Santé
Le Dr Gautam Biswas
Le Dr Anthony Solomon

Centre Carter
M. Forest Altherr
Mme Marsha Base
Mme Laurie Baxley
Mme Nina Bloch
Le Dr Stephen Blount
Mme Kelly Callahan
Mme Kenya Casey
M. Don Denard
Mme Erika Dillingham
M. Caleb Ebert
Mme Madelle Hatch
Mme Alicia Higginbotham
M. Alex Jordan
M. Curtis Kohlhaas
Mme Nicole Kruse
Le Dr Scott Nash
Le Dr Greg Noland
M. Andrew Nute
Mme l'Ambassadrice Mary Ann Peters
Le Dr Frank Richards
Mme Angelia Sanders
Mme Alethia Sanon
Mme Janet Shin
Le Dr Denis Sienko
M. Randy Slaven
Mme Emily Staub
Mme Aisha Stewart
M. Craig Withers