

Compte rendu

Dix-septième bilan annuel du programme Trachome

All Eyes on 2020

(Tous les regards tournés vers 2020)

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

7-9 mars 2016

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

“Tous les regards tournés vers 2020”

Dix-septième bilan annuel
du programme Trachome



Le Centre Carter
Atlanta, Géorgie

Remerciements

Le programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter tient à remercier pour leur soutien les nombreux donateurs qui nous ont permis de réaliser les activités de 2015 présentées dans ce document :

Abbott Laboratories	Le Lions Club de l'Éthiopie et le Dr Tebebe Y. Berhan
M. Bruce F. Campbell	La London School of Hygiene and Tropical Medicine
The William H. Donner Foundation	La Fondation Manaaki
END Fund	La Fondation Noor Dubaï
Fidelity Charitable Gift Fund	Le Fond de l'OPEC pour le Développement International
M. William Gee et Mme Susan Caruthers-Gee	M. et Mme Thomas G. O'Riordan
Le gouvernement de la République du Soudan	Pfizer
L'initiative International Trachoma	La Fondation Francis I. Proctor de l'université de Californie à San Francisco
Conrad N. La Fondation Hilton	L'association Queen Elizabeth Diamond Jubilee
Le Dr John P. Hussman et Mme Terri Hussman	Sightsavers
La Fondation Lions Club International	Le Département britannique pour le Développement International
Le Lions Club du Mali	
Le Lions Club du Niger	
Le Lions Club de l'Ouganda	

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

Table des matières

Acronymes	1
Résumé de synthèse	3
Sommaires du 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	40
CHANCE en Ouganda	48
Sommaire des tableaux et des chiffres	
Tableau 1. Résumé des <u>données nationales</u> des programmes de lutte contre le trachome (pays recevant l'aide du Centre Carter)	56
Tableau 2. Objectifs annuels du Programme national de lutte contre le Trachome 2016 (pays ayant reçu l'aide du Centre Carter)	57
Tableau 3. Mise en œuvre de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (réalisations ayant reçu l'aide du Centre Carter)	58
Tableau 4. Mise en œuvre de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (1999-2015)	59
Figure 1. Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter	60
Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter	61
Figure 3. Éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter	62
Figure 4. Latrines domestiques construites, pays soutenus par le Centre Carter	63
Sessions Spéciales	
L'infection à Chlamydia trachomatis en Amhara, Éthiopie, 2011-2015	64
Que faire après plusieurs cures d'azithromycine : L'essai TIRET	67
Formation de distributeurs de MDA, mobilisation des communautés et connaissance de la MDA par les communautés : Évaluation qualitative post-MDA dans l'est d'Amhara, Éthiopie	70
Appliquer les expériences de F et E : Table ronde	72
Chirurgie de rotation postérieure du tarse comparée à la rotation bilamellaire du tarse pour la TT en Éthiopie : essai randomisé contrôlé	75
Impact de l'opération du trichiasis sur la qualité de vie : étude longitudinale en Éthiopie	77
L'utilisation de HEAD START dans les formations de perfectionnement et la supervision de soutien au Niger	79
Dernières nouvelles de l'International Coalition for Trachoma Control (ICTC)	81
Eau, assainissement et hygiène (Water, Sanitation, and Hygiene) pour l'élimination du trachome : où en sommes-nous aujourd'hui?	84
Annexes	
Annexe I : Recommandations pour le bilan du programme de 2016	88
Annexe II : Trachome : la Maladie	91
Annexe III : Agenda du bilan du programme	92
Annexe IV : Liste des participants	95

Acronymes

ARHB	Bureau régional de la Santé d'Amhara
CCC	Communication pour le changement de comportements
RBLT	Rotation Billamellaire du Tarse
CLTSH	Community-led Total Sanitation and Hygiene (Assainissement et hygiène complets dirigés par la communauté)
DfID	Département pour le Développement International
FDG	Discussion de groupe
MFdE	Ministère fédéral de l'Éducation
MFdS	Ministère fédéral de la Santé
GET 2020	Alliance pour l'Élimination mondiale du Trachome à l'horizon 2020
GTMP	Projet de cartographie globale du trachome
ADS	Armée de développement de la santé
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire
HKI	Helen Keller International
HRQdV	Qualité de vie liée à l'état de santé
HSTP	Health Sector Transformation Plan (Plan de transformation du secteur de la santé)
ICTC	Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
ITI	Initiative internationale contre le trachome
JHU-CCP	Johns Hopkins University Center for Communications Programs (Centre universitaire Johns Hopkins pour les programmes de communication)
MDA	Distribution massive de médicaments
MdS	Ministère de la Santé
NCCER	National Centre for Curriculum and Education Research (Centre national pour la recherche sur le programme scolaire et l'éducation)
ONGD	Organisation non gouvernementale pour le développement
NNN	Neglected Tropical Diseases ONGD Network (Réseau de la ONGD sur les maladies tropicales négligées)
NPPB	Programme national pour la prévention de la cécité
NTCP	Programme national de lutte contre le trachome
MTN	Maladie Tropicale Négligée
RCO	Responsable de Clinique Ophtalmologique
RCP	Réaction en chaîne par polymérase
CTP	Chimiothérapie préventive
RPLT	Rotation postérieure lamellaire du tarse
PNLC(C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNSO	Programme national de Soins Oculaires
QdV	Qualité de Vie
CHANCE	CHirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changements Environnementaux
SWIFT	Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome)
TANA	Amélioration du trachome dans le nord d'Amhara
TAP	Plan d'Action pour le Trachome)
POT	Pommade Oculaire à la Tétracycline
TF	Inflammation Trachomateuse Folliculaire
TF₁₋₉	Inflammation Trachomateuse Folliculaire (pour les enfants entre un et neuf ans)
TI	Inflammation Trachomateuse Intense
TIRET	Recherche internationale tripartite pour l'élimination du trachome
EIT	Étude d'impact du trachome

TS	Cicatrice Trachomateuses
TT	Trichiasis Trachomateux
UCSF	Université de Californie à San Francisco
UIG	Objectif d'intervention ultime
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour les Enfants
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VRQdV	Qualité de vie liée à l'état de la vision
WASH	Eau, Assainissement et Santé
WES	Water & Environmental Sanitation (Eau et assainissement de l'environnement)
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé

Résumé de synthèse

La dix-septième réunion de bilan annuelle pour le programme de la lutte contre le trachome s'est tenue du 7 au 9 mars 2016 au Centre Carter d'Atlanta. Le thème de la réunion de cette année, était « Tous les regards tournés vers 2020 ». Les personnes présentes à la réunion de cette année étaient des représentants des ministères de la santé et des antennes de terrain du Centre Carter dans les six pays où le centre apporte actuellement une assistance : l'Éthiopie, le Mali, le Niger, le Soudan du Sud, le Soudan et l'Ouganda. Les partenaires et les donateurs présents comportaient des représentants d' Abbott, la Fondation Fred Hollows, Helen Keller International, la fondation Conrad N. Hilton, l'initiative International Trachoma, Light for the World-Ethiopie, la fondation Lions Clubs International et les Lions Club d'éthiopie, du Mali et du Niger, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, la Fondation Noor Dubaï, Orbis-Ethiopie, Pfizer Inc., la Fondation Francis I Proctor de l'Université de Californie à San Francisco, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, la Rollins School of Public Health de l'université d'Emory, RTI International, Sightsavers, la Task Force for Global Health, les Centers for Disease Control and Prevention, la Wake Forest University, WaterAid et l'Organisation mondiale de la Santé.

Comme avec les précédents bilans du programme, le bilan de 2016 est l'occasion de déterminer où en est chaque programme national et de parler des progrès accomplis pour atteindre les objectifs d'élimination du trachome cécitant. L'objectif d'élimination du trachome cécitant étant fixé à 2020, le bilan a souligné que tous les partenaires devaient rester focalisés et garder les yeux tournés vers 2020.

Les programmes du Centre Carter bénéficiant de l'aide du Centre Carter ont fait des pas de géant vers l'élimination dans chacun de leur pays. En 2015, le Centre Carter a aidé à réaliser 83 434 opérations chirurgicales, dont plus de 60 % ont été pratiquées sur des femmes, qui ont deux fois plus de chances que les hommes de souffrir de la maladie cécitante. Le Centre a contribué à permettre la distribution de 16 696 716 doses de Zithromax® (azithromycine) offertes par Pfizer, grâce à la distribution massive de médicaments (MDA). Plus de 8 000 personnes ont été formées à apporter une éducation sanitaire à leur communauté et 319 855 latrines ont été construites.

Une attention particulière a été accordée à la recherche opérationnelle, surtout dans la région éthiopienne d'Amhara. Le Dr Scott Nash, épidémiologiste pour le programme de lutte contre le trachome, a présenté des données préliminaires sur l'infection à Chlamydia trachomatis contractée en Amhara à partir de prélèvements oculaires. Ces prélèvements ont été recueillis lors d'études d'impact du trachome de 2011 à 2015. Les quelque 15 000 échantillons ont été traités à l'aide du système m2000 offert par Abbott. Même si les seules données à avoir été présentées pendant le bilan du programme sont des données préliminaires, cela représente un grand pas en avant pour le programme Trachome d'Amhara, car cela fait progresser le programme d'élimination d'ici à 2020.

Un groupe de discussion sur l'éducation à la santé, animé par Mme Angelia Sanders, a souligné l'importance croissante accordée en Éthiopie, au Soudan et en Ouganda sur la propreté du visage (F) et aux volets d'amélioration de l'environnement (E) de la stratégie CHANCE. Des personnels du Centre Carter à Atlanta et en Éthiopie ont présenté les conclusions d'une étude sur les changements de comportement et la communication en Amhara et comment ces observations guident les révisions de programme scolaire dans l'enseignement primaire.

Il y a eu plusieurs présentations faites par des partenaires du Centre Carter, dont celle de Mme Dionna Fry, de la Fondation Francis I. Proctor, dans laquelle elle a exposé les conclusions d'une étude comparant le traitement annuel et biannuel à l'azithromycine sur 36 mois ; celle du Dr Anthony Solomon, de l'Organisation mondiale de la Santé, qui a fait part d'un processus à l'état d'ébauche pour commencer la validation de

l'élimination du trachome cécitant ;et celle de Mme Yael Velleman, de WaterAid, pour le compte de la l'OMS, qui a parlé de l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour l'élimination du trachome.

Pour clôturer la réunion, les participants se sont accordés 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 les progrès accomplis dans le cadre de ces recommandations au bilan de l'an prochain. L'année 2020 approche à grands pas pour le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter et il va continuer à tenir des réunions de bilans annuels afin que chacun garde les yeux tournés sur l'objectif : éliminer le trachome cécitant et améliorer la vie de millions de personnes.

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 souffraient de trichiasis trachomateux (TT). Les résultats de l'enquête ont montré que 30 % des cas de trachome de l'Afrique subsaharienne se trouvent en Éthiopie.

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

Chronologie des événements

- 2001 : élaboration d'une directive nationale pour les soins oculaires primaires ¹
- 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 (TAP)
- 2010-2014 : un GTMF et des études d'impact du trachome (EIT) ont été menés dans la région d'Amhara
- 2013 : la lutte contre le trachome fait partie du programme national pour les MTN sous la direction du contrôle et de la prévention des maladies
- 2015 : Initiative « Fast Track » [d'accélération] lancée par la MFdS ; finalisation du plan de transformation du secteur de la santé (HSTP)
- 2015-2016 : le plan CHANCE élargi à 487 districts
- 2020 : date fixée pour l'élimination

¹Document en cinq ans, actuellement au 3^e cycle.

²La semaine MalTra (contraction de 'Malaria' et 'Trachoma') était une campagne de sensibilisation semestrielle d'une durée d'une semaine faisant intervenir la distribution massive d'azithromycine pour prévenir et traiter le trachome. En outre, les destinataires de cette campagne ont reçu une éducation à la santé, ainsi que des analyses et un traitement contre la malaria, avec du Coartem®.

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	693 037	227 821	117 087 (51 %)
Nbre de femmes opérées			N/S ³
Nbre de chirurgiens formés		198	163 (82 %)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		234	169 (72 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	73 120 581	44 000 000	38 405 928 (87 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		L'HSTP a révisé les objectifs. Le pourcentage des villages qualifiés doit atteindre 80 % en 2020	
Nbre de latrines domestiques construites		2 820 571	1 883 050 (67 %)

Interventions chirurgicales (S)

Des études d'impact en 2015 ont montré que sept districts en Éthiopie avaient une prévalence du TT inférieure au seuil d'élimination, qui est de 0,1 %. 252 districts ont une prévalence du TT qui se situe entre 0,1 et 1 %, 385 districts ont une prévalence du TT entre 1 et 5 %, et pour 28 districts, la prévalence est supérieure à 5 %. En 2015, 163 chirurgiens ont été formés et 169 chirurgiens ont bénéficié d'une formation de perfectionnement pour augmenter la capacité opératoire. L'Éthiopie a réalisé un total de 117 087 interventions chirurgicales, ce qui est un peu plus de la moitié de son objectif de 2015, fixé à 227 821. À ce rythme, le retard actuel, soit 693 037 interventions, devrait être rattrapé en quatre à cinq ans. Si l'élargissement de l'initiative Fast Track, pilotée dans quatre zones en 2015, réussit et tient ses délais, ce retard pourrait être rattrapé en un ou deux ans.

Outre la proposition d'élargissement de l'initiative Fast Track, la validation des opérations pour le TT va continuer à être régulièrement mise en place tous les trimestres. Actuellement, cette validation n'est pas uniformisée au niveau des États, problème auquel il sera remédié ultérieurement. Pour tenter de réduire le nombre de patients à qui on refuse une intervention, de nouvelles formations vont être dispensées aux AVS pour identifier les cas de TT de manière à ce que les données de refus reflètent plus précisément les personnes qui ont besoin d'être opérées.

Antibiothérapie (A)

Sur le plan national, 38 districts ont fait état d'une prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) de moins de 5 %, dans 88 districts, le pourcentage de prévalence se situe entre 5 et 10 %, et 546 districts se situent au-dessus de 10 %. Sur les 252 districts où la prévalence du TF est supérieure à 30 %, 218 (87 %) mettent actuellement en œuvre la stratégie CHANCE. Environ 82 % des districts dans lesquels la prévalence du TF est comprise entre 10 et 29,9 % mettent actuellement en œuvre la stratégie CHANCE. Le programme national a distribué 38 405 928 doses de Zithromax® (azithromycine) offertes par Pfizer lors d'une distribution massive de médicaments (MDA), ce qui représente environ 87 % de son objectif 2015, fixé à 44

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

millions de doses. Le programme a noté qu'il y avait une augmentation spectaculaire du nombre de doses d'azithromycine distribuées. Toutefois, la couverture géographique et la disponibilité de l'azithromycine à distribuer continuent à poser problème.

Propreté du visage (F)

Aux termes des directives actuelles en matière d'éducation sanitaire, chaque village éthiopien devrait se voir attribuer un AVS et des foyers serviront de modèle dans le village pour montrer des exemples de bonne hygiène et de bon assainissement au niveau des comportements. Le programme national est parvenu à une couverture géographique de 100 % au niveau des villages avec le programme de formation d'AVS et d'armée de développement de la santé. En octobre 2015, la MFdS a finalisé le HSTP. Son objectif est d'améliorer l'équité, la couverture et le recours aux services médicaux dans tout le pays sur cinq ans. Un volet de ce plan sera de travailler à la transformation du *kebele*, ou village, pour renforcer la promotion de l'hygiène et de l'assainissement grâce au programme d'AVS au niveau des *kebele*. Dans le cadre du HSTP, la MFdS s'est donné pour objectif que 80 % de l'ensemble des villages soient des villages modèles pour l'éducation sanitaire, l'hygiène et l'assainissement d'ici à 2020. À la différence des orientations actuelles, un village modèle sera un village dans lequel tous les foyers sont exemplaires, d'après les critères déterminés par la MFdS. Ce changement d'exigence est particulièrement important dans la prévention des maladies transmissibles et de l'interruption de la maladie au niveau des villages plutôt que celui de chaque foyer.

Amélioration de l'environnement (E)

En 2013, les ministères de la Santé, de l'Eau et de l'Énergie, de l'Éducation, des Finances et du Développement économique se sont associés pour créer un programme national ONE sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). La phase I (juillet 2013 à juin 2015) a porté sur la mobilisation de financement à l'appui du programme et la constitution de moyens humains et matériels aux niveaux des États, des zones et des districts pour administrer le programme. La phase II, lancée en juin 2015, portera sur la mise en œuvre du programme dans tout le pays. Les financements pour le programme multisectoriel proviennent de plusieurs sources, dont des gouvernements et des organisations non gouvernementales (ONG). Environ 53 % des financements proviennent de fonds publics.

En 2015, le programme national a apporté son concours à la construction de 1 883 050 latrines dans le cadre des efforts de ses programmes ONE WASH. Ces programmes travaillent aussi à l'amélioration de latrines existantes et à la construction d'installations pour le lavage des mains. En 2015, 101 601 latrines améliorées ont été construites, 60 837 latrines de base ont été réaménagées pour les rendre conformes à des normes supérieures et 112 032 installations de lavage des mains ont été construites. Outre la construction et l'amélioration de latrines, 21 520 particuliers ont été formés à l'assainissement et à l'hygiène intégraux sous la direction de la communauté (CLTSH, pour *community-led total sanitation and hygiene*).

Obstacles au développement du programme :

L'obstacle le plus problématique qu'ait connu le programme national éthiopien en 2015 a été la pénurie de fournitures chirurgicales disponibles sur les marchés.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 526 586 patients atteints de TT
- Former 971 nouveaux chirurgiens
- Donner une formation de perfectionnement à 389 chirurgiens

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 69 424 399 doses d'azithromycine

Propreté du visage (F)

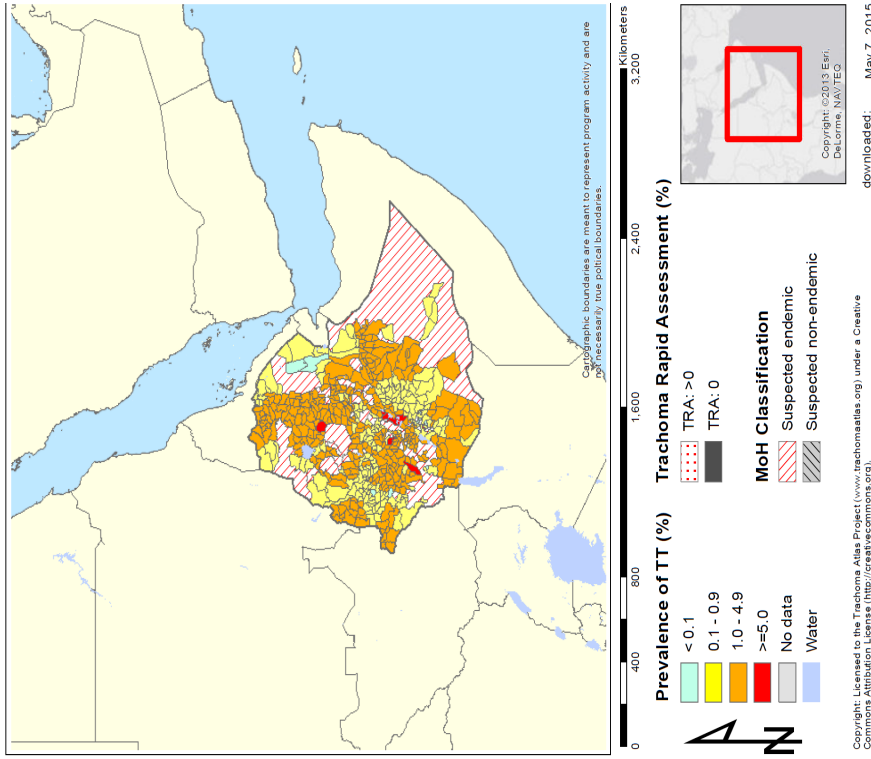
- Donner à 30 % des villages le label de villages modèles

Amélioration de l'environnement (E)

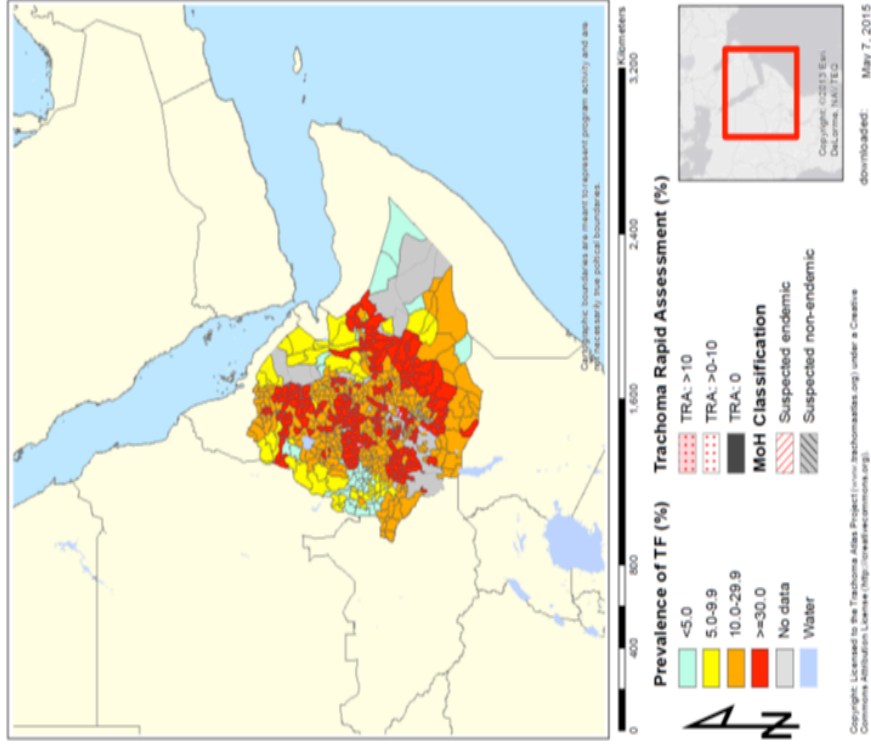
- Construire 3 418 283 latrines perfectionnées

Éthiopie : La prévalence du TT et du TF, 2015

Prevalence of trichiasis



Prevalence of active trachoma



Source : GTMP

CHANCE en Amhara, Éthiopie

Présenté par M. Mulat Zeribun, directeur régional du projet Trachome, Centre Carter - Éthiopie

Contexte de l'étude

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. Constat critique, 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 fait partie du Comité national pour la Prévention de la Cécité et un référent sur le trachome est missionné au Bureau régional de la Santé d'Amhara (ARHB, pour Amhara Regional Health Bureau).

Suite à cinq années d'application de la stratégie CHANCE, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a besoin qu'une étude d'impact soit menée pour savoir où en sont les objectifs d'élimination. Des études d'impact ont été menées dans la totalité des 167 districts de la région d'Amhara de 2011 à 2015 grâce à une collaboration avec l'ARHB 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 un 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. De nouvelles études d'impact seront menées pour connaître les retombées du programme et les progrès accomplis pour atteindre les seuils d'élimination.

Chronologie des événements

- 2001 : Accord de phase I (4 districts) ; premier TAP quinquennal, revu tous les 5 ans ; la mise en œuvre de S, F 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 MaTra
- 2015 : 167 districts répondent à la première étude d'impact suite à 5 années de CHANCE ; pilotage de l'initiative d'éradication accélérée du TT dans la zone de Gojjam est
- 2020 : date fixée pour l'élimination

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	Région d'Amhara (avec l'aide du Centre Carter)	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	326 000	58 681	71 460 (122 %)
Nbre de femmes opérées			45 448
Nbre de chirurgiens formés		159	163 (103 %)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		0	20
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	15 980 697	15 980 697	15 081 130 (94 %)
Doses de POT distribuées pendant la MDA	326 137	326 137	313 829 (96 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		3 459	1 485 ⁴ (43 %)
Nbre de latrines domestiques construites		350 000	305 511 (87 %)

Interventions chirurgicales (S)

Les études d'impact conduites en 2015 montrent que deux districts dans la région d'Amhara ont une prévalence du TT inférieure au seuil d'élimination, qui est de 0,1 %. Cinq districts ont une prévalence du TT entre 0,1 et 1 %, et dans les 160 districts restants, celle-ci est supérieure à 1 %. Pour la première fois de son histoire, le programme a dépassé son objectif annuel d'interventions chirurgicales de 22 %, soit au total 71 460 patients opérés. Plus de 60 % de ces opérations ont bénéficié à des femmes. Malgré cette grande réussite, à ce rythme, il faudra en principe quatre à cinq ans pour rattraper le retard actuel, soit 327 520 opérations. Courant 2015, 163 chirurgiens, ou intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés (ISOI) ont été formés et 20 ISOI ont bénéficié d'une formation de perfectionnement pour augmenter la capacité opératoire.

En avril 2015, le pilote de l'initiative d'élimination accéléré du TT a été lancé au Gojjam est. Ce programme en plusieurs volets a pour but d'améliorer les moyens systématiques permettant d'identifier les cas de TT et de dispenser les opérations nécessaires. Pendant les neuf mois qu'a duré le pilote, 29 399 opérations du TT ont été pratiquées au Gojjam est, soit environ 43 % du nombre total d'interventions réalisées en 2015. Le pilote a été une réussite et l'initiative sera élargie à toutes les zones en Amhara en 2016.

En plus de l'augmentation du nombre des AVS et des salles d'opération pour le TT, la préparation de cette initiative a donné des orientations à toutes les parties prenantes au niveau des zones et des districts. Des plans détaillés au niveau des districts ont été élaborés. Ils prévoient la formation d'AVS à l'identification des cas de TT ainsi que le renforcement des processus d'approvisionnement et de chaîne logistique. Au total, 51 AVS ont été formés et 15 ont bénéficié d'une formation de perfectionnement à la pratique d'interventions sur le TT, avec une focalisation sur l'intervention du TT à plein temps. Les stratégies actuelles prévoient que les ISOI pratiquent des opérations pendant les campagnes chirurgicales, au cours desquelles les ISOI se rendent dans les districts pour une durée déterminée, généralement une semaine, et réalisent des opérations du TT. Si

⁴ Les données de 2015 n'ont pas été communiquées par tous les villages.

cette stratégie s'est avérée efficace, elle ne permet pas aux ISOI d'opérer régulièrement. Grâce au pilote de l'initiative accélérée, la stratégie actuelle a apporté la preuve qu'elle avait amélioré la productivité.

Également en 2015, l'ARHB a davantage mis l'accent sur la validation des données chirurgicales sur le TT dans l'ensemble des dix zones de la région d'Amhara. Pour ce faire, vingt à trente patients opérés au cours de l'année sur laquelle porte ce compte rendu ont été sélectionnés au hasard, ils ont été localisés puis on leur a demandé de participer à une enquête de validation dans chaque district. Ensuite, les enquêteurs ont interrogé ces patients sur l'opération et ont observé l'œil (ou les yeux) opéré(s). Après avoir sélectionné 2 327 patients de toutes les zones d'Amhara, on a interrogé 2 207 patients, et il a été établi que 2 143 (97 %) avaient été opérés. Sur l'ensemble des dix zones, les taux de validation pour chaque zone allaient de 85,2 à 100 %.

Antibiothérapie (A)

En 2015, parmi les enfants âgés de un à neuf ans, neuf districts ont signalé une prévalence du TF inférieure à 5 %, qui ne justifie pas la poursuite des MDA. Dans les districts qui rendent la poursuite de la MDA justifiée, le programme a contribué à distribuer 15 081 130 doses d'azithromycine et 313,829 doses de pommade ophtalmique à la tétracycline (POT). Bien qu'une écrasante majorité des districts de la région d'Amhara ait fait état d'une couverture de la MDA supérieure ou égale à 80 %, la prévalence du TF dans la zone du Gondar sud reste alarmante et son district présente une prévalence du TF qui semble indiquer qu'aucun changement positif par rapport à la situation de référence de 2007 n'a été apporté dans la zone dans son ensemble. C'est la raison pour laquelle la zone du Gondar sud a le plus grand nombre de tournées de MDA par district de toutes les zones de la région d'Amhara. Également en 2015, le programme a procédé à 23 EIT et prévoit d'en mener 51 en 2016.

Propreté du visage (F)

L'ARHB continue à contribuer à une éducation sanitaire permanente dans les écoles et les villages de toute la région d'Amhara. Au cours de l'année 2015, les données du Centre Carter recueillies dans l'étude sur la communication sur les changements de comportement dans l'éducation (CCCE) ont été utilisées pour réviser le matériel pédagogique sur la santé à l'école, en particulier pour les élèves du primaire du CP au CM1. En plus de la révision du programme scolaire sur l'éducation sanitaire à l'école, l'étude, avec l'appui du Centre Carter en partenariat avec l'ARHB, a servi à revoir les messages véhiculés dans les documents promotionnels, qui sont distribués aux habitants des communautés pendant les campagnes de MDA et de chirurgie du TT.

Amélioration de l'environnement (E)

Le programme a construit 305 511 latrines en 2015, atteignant ainsi 87 % de son objectif annuel, qui était de 350 000 latrines. Il supervise chaque mois la construction de latrines et les activités dans les écoles et les communautés de chaque district dans la région. Le programme scolaire révisé insistera davantage sur l'utilisation des latrines, aussi bien dans les écoles que dans les communautés. Il encourage les élèves à enseigner à leur famille et à leurs communautés les avantages des latrines et l'importance de les utiliser régulièrement.

Obstacles au développement du programme

Les plus gros obstacles que l'ARBH ait eu à surmonter en 2015 par rapport au programme ont été une pénurie de fournitures chirurgicales sur les marchés locaux et une concurrence des priorités dans le programme national pour l'Éthiopie.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 102 476 patients atteints de TT, tous avec l'aide du Centre Carter
- Former 136 chirurgiens ; Donner une formation de perfectionnement à 170 chirurgiens

Ces objectifs et les plans correspondants tournent largement autour de l'élargissement de l'accélération des opérations du TT.

Antibiotérapie (A)

- Distribuer 16 348 253 doses d'azithromycine avec l'aide du Centre Carter
- Distribuer 333 638 doses de POT avec l'aide du Centre Carter

Propreté du visage (F)

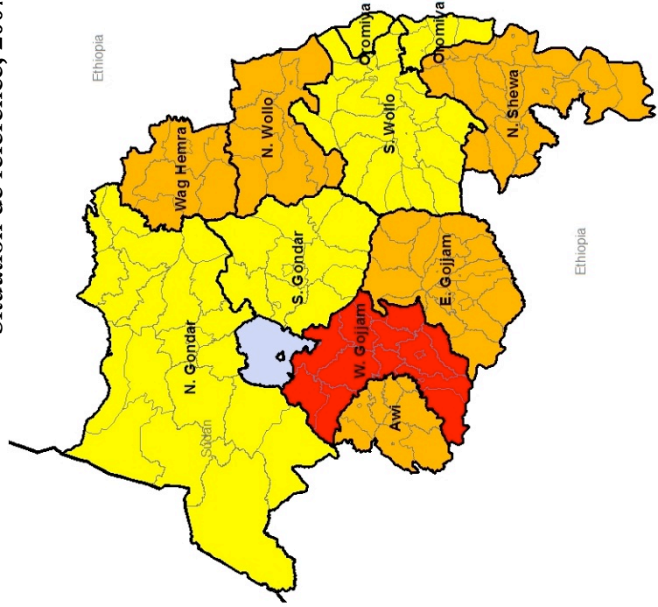
- Dispenser une éducation sanitaire à 3 324 villages

Amélioration de l'environnement (E)

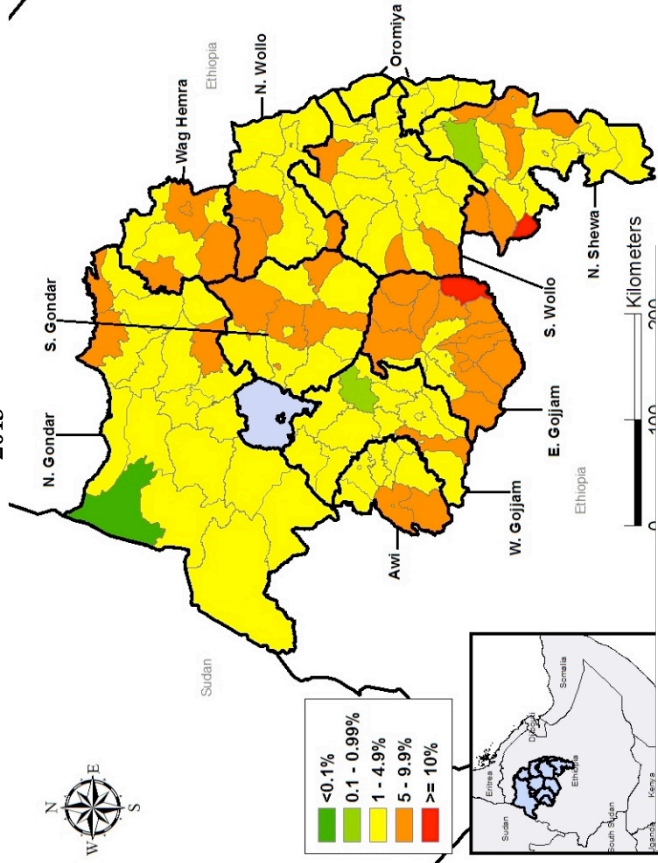
Le programme n'a pas encore fixé d'objectif de construction de latrines pour 2016. Le programme apportera son concours à la mise en œuvre du programme national ONE WASH, qui insistera sur la construction de nouvelles latrines, réovera des latrines existantes, construira des installations pour le lavage des mains et offrira des formations en CLTSH.

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

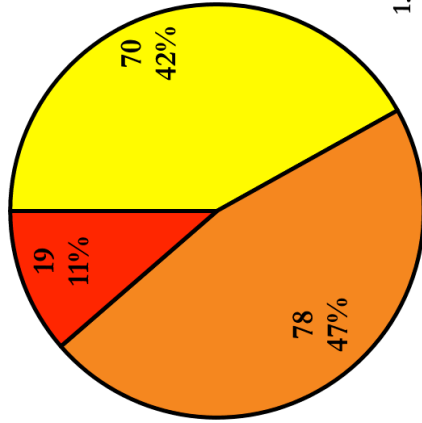
Situation de référence, 2007



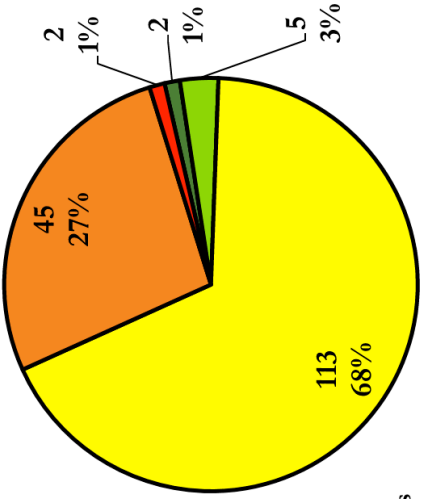
2015



Baseline



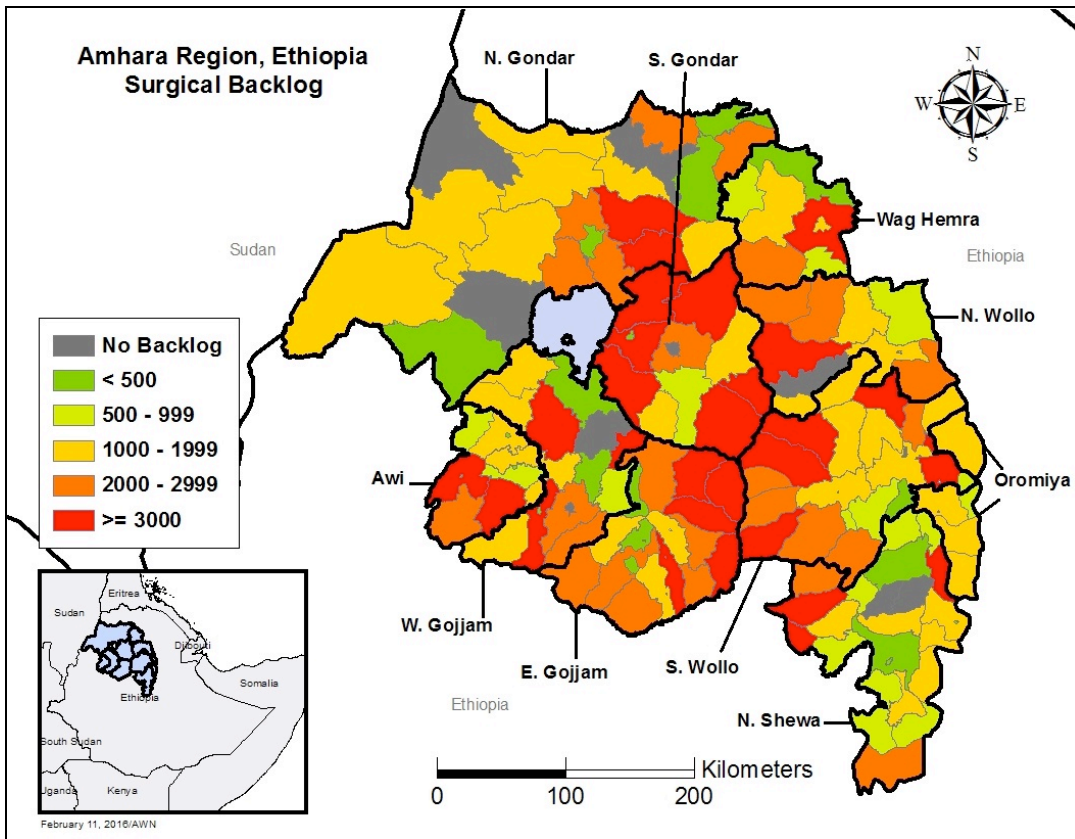
2015



Pie slice:
1. # of districts
2. % of pie

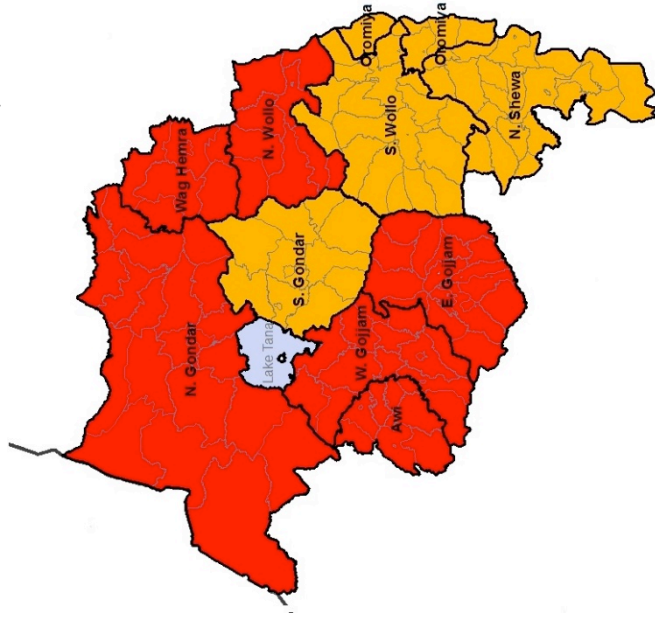
■ < 0.1% ■ 0.1 - 0.99% ■ 1 - 4.9% ■ 5 - 9.9% ■ ≥ 10%

Amhara, Éthiopie : Nombre d'opérations non réalisées, 2015

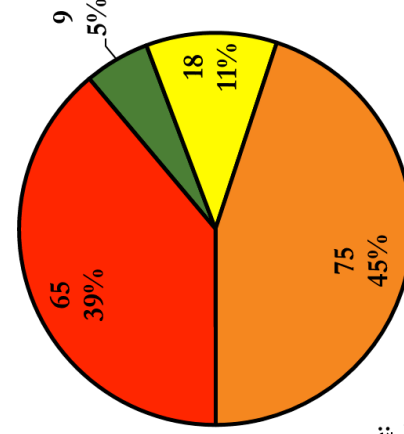
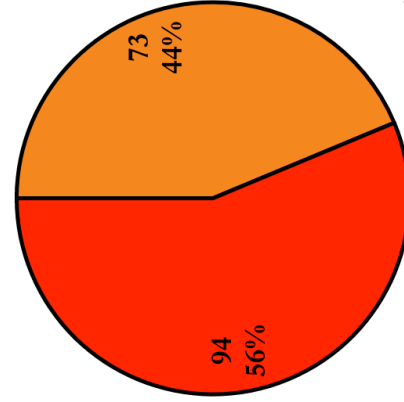
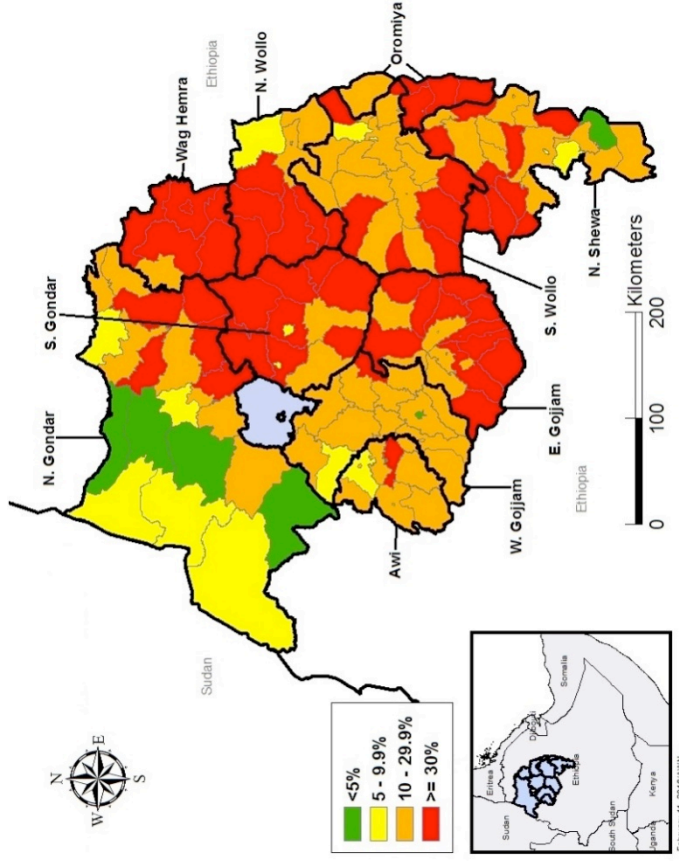


Amhara, Éthiopie : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation de référence, 2007



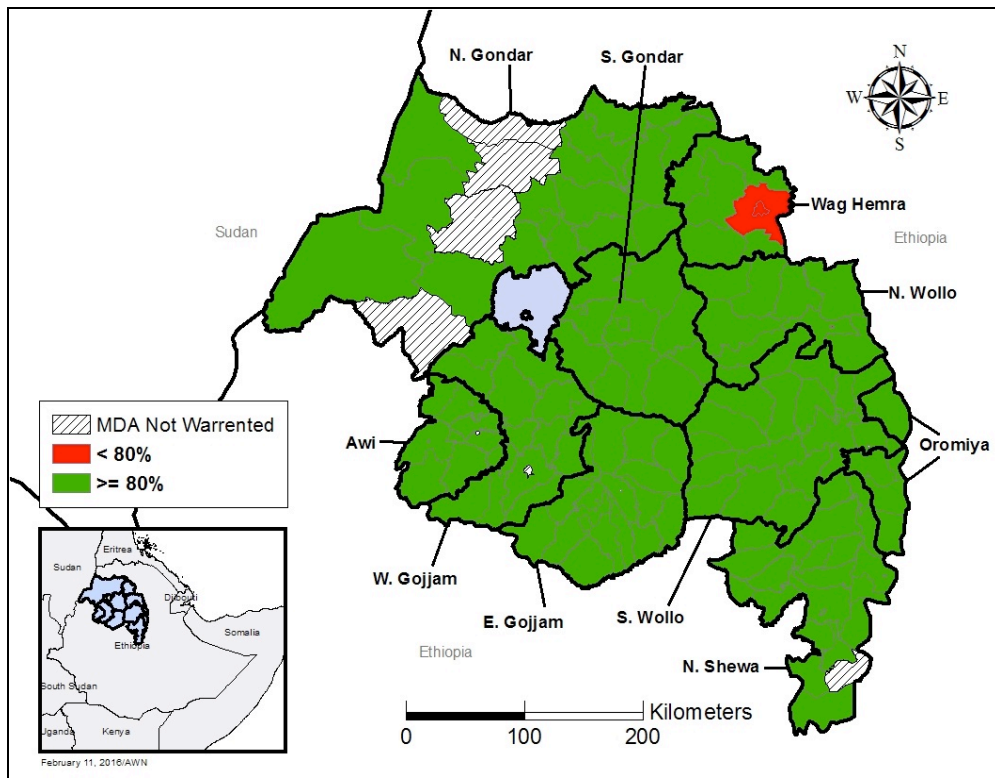
2015



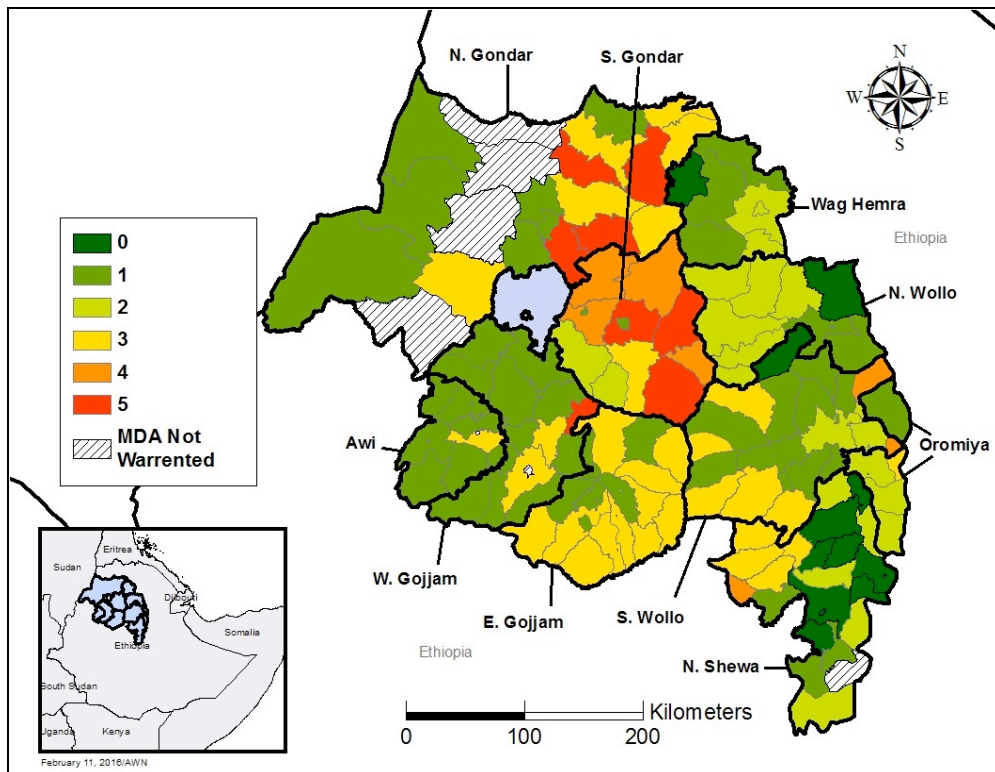
Pie slice:
1. # of districts
2. % of pie

■ < 5% ■ 5 - 9.9% ■ 10 - 29.9% ■ >= 30%

Amhara, Éthiopie : Couverture de la MDA, 2015



Amhara, Éthiopie : Tournées de MDA restantes, 2015



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 est connu sous le nom de Programme national pour la Santé oculaire (PNSO, pour « National Eye Health Program »). 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 TAP officiel, à la fin de chaque année, le PNSO élabore un plan d'action pendant sa réunion de bilan annuel du programme. Le Centre Carter, assisté d'autres partenaires, met actuellement en œuvre la totalité des volets de la stratégie CHANCE. Pour le volet A, une autre NGO partenaire apporte son assistance dans la distribution d'azithromycine ; de sorte que le Centre Carter est limité à l'achat de POT.

Chronologie des événements

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 propreté du visage et d'amélioration de l'environnement

2005-2014 : EIT menées

2014 : le PNLC devient le PNSO

2018 : Date fixée pour l'élimination du trachome cécitant au Mali

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National		avec l'aide du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	20 324	6 000	3 117 (52 %)	2 625	838 (32 %)
Nbre de femmes opérées			2 237 (72 %)		631 (75 %)
Nbre de chirurgiens formés		0	16	0	0
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		0	17	0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	385 934	385 934	0 (0 %)	S/O ⁵	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA	4 000	4 000	0	4 000	0
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		521	227 (44 %)	521	227 (44 %)
Nbre de latrines domestiques construites		12 000	7 539 (63 %)	9 000	4 399 (49 %)

Interventions chirurgicales (S)

À la fin de 2015, à l'exception de sept districts au Mali, tous ont atteint le seuil de moins de 1 % pour la prévalence du TT. Deux de ces districts sont même parvenus à une prévalence signalable de 0 %. La totalité des sept districts dont la prévalence est supérieure à 1 % sont en dessous des 5 % et sont en passe d'atteindre leur objectif ultime d'intervention.

Le programme national a formé 16 nouveaux chirurgiens et réalisé 3 117 opérations, chiffre qui représente juste un peu plus de la moitié de celles fixées pour 2015. À ce rythme, le retard actuel prendra théoriquement 4,6 années à rattraper. Il est important d'observer que bien que les objectifs d'opération chirurgicale n'ont pas été atteints, 578 839 personnes ont passé un dépistage du TT. La nécessité d'une opération chirurgicale n'a été établie que pour 3 683 d'entre elles, dont 15 % ont refusé l'intervention. Les personnes ayant refusé ont été notées et feront l'objet d'un suivi ultérieur. La plupart de ces cas sont des refus temporaires ou dus aux circonstances, mais il y a tout de même des gens qui ont refusé plus d'une fois.

Des activités de validation du TT au Mali ont eu lieu dans le cadre de vingt études d'impact menées en 2015. Pendant ce processus, on a dénombré 17 personnes sur 12 qui avaient été opérées, dont six montraient des signes de récurrence du TT.

Antibiothérapie (A)

Comme pour le TT, la prévalence du TF au Mali a atteint le seuil fixé, qui était de moins de 5 % dans tous les districts sauf huit. Mais contrairement à celle du TT, la prévalence du TF dans des districts n'ayant pas atteint ce seuil est inférieure à 10 % dans seulement trois de ces huit districts restants, les cinq autres se situant entre 10 et 30 %. C'est tout de même une amélioration considérable par rapport à la prévalence observée lors de

⁵Le Centre Carter n'a pas participé à la MDA au Mali.

l'observation de référence, où tous les districts sauf huit présentaient une prévalence du TF supérieure à 30 %. Le nombre des doses d'antibiotiques distribuées par le programme national est égal à zéro.

Propreté du visage (F)

Le programme national a formé 635 groupes de femmes, avec l'aide du Centre Carter, et a diffusé 1 160 messages sur l'hygiène sur des stations de radio locales dans les langues locales. À ce jour 62 % de la population a accès à l'eau potable mais l'objectif pour coordonner les programmes nationaux est d'atteindre 82 %.

Amélioration de l'environnement (E)

434 maçons ont été formés au Mali tout au long de 2015, et en parallèle des points d'eau ont été réhabilités et plus de 11 000 latrines améliorées ont été construites avec et sans le concours du Centre Carter. Bien qu'il y ait d'autres partenaires au Mali qui travaillent à augmenter le nombre de latrines et leur qualité, les données communiquées ici n'incluent pas leurs réalisations.

Obstacles au développement du programme :

L'insécurité dans les régions du nord du pays continue à présenter des obstacles insurmontables dans les districts où il faudrait des études d'impact pour se faire une idée plus précise de l'état du programme.

Au fur et à mesure que le nombre de cas de TT se rapproche de l'objectif d'élimination fixé, les patients qui ont besoin d'une opération chirurgicale deviennent de plus en plus disséminés géographiquement, et il devient difficile de trouver des patients et de rationaliser l'usage des ressources, y compris le temps et l'argent.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2015

Recommandation n° 1 : eu égard à la situation épidémiologique actuelle du trachome au Mali, le pays devrait envisager de revoir son objectif d'élimination de 2015.

État : la nouvelle date fixée pour l'élimination de trachome au Mali est la fin de 2018.

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

État : le PNSO Niger a participé à l'évaluation du programme national au Mali en décembre 2015. À ce jour, il n'y a pas d'activités transfrontalières en cours.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 6 000 patients atteints de TT, dont 2 400 avec l'aide du Centre Carter
- Donner une formation de perfectionnement à 11 chirurgiens sur le TT

Avec l'aide d'autres organisations partenaires, notamment le Lions Club, un centre destiné à la formation à chirurgie du trachome sera ouvert dans la région Centre du pays.

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 66 153 doses d'azithromycine
- Distribuer 1 000 doses de POT avec l'aide du Centre Carter

Propreté du visage (F)

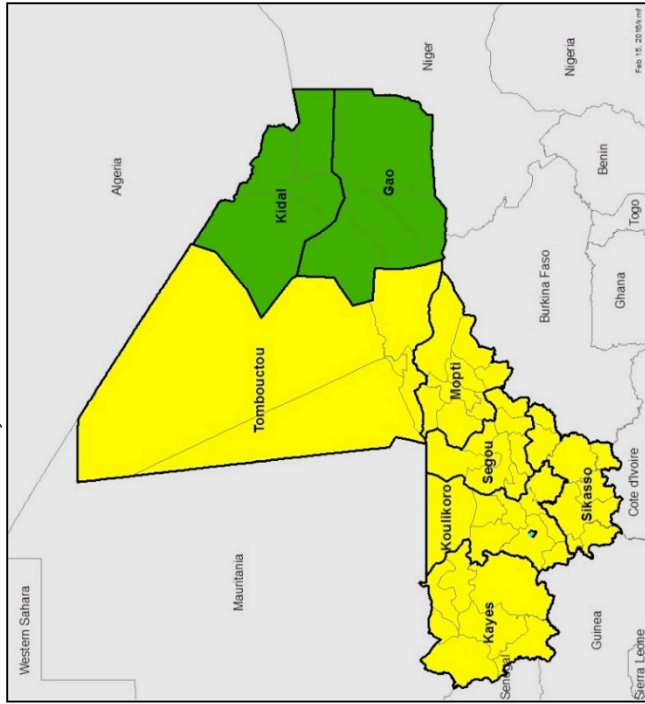
- Permettre une éducation sanitaire dans 300 villages avec l'aide du Centre Carter
- Améliorer la coordination avec les partenaires de secteur du programme WASH qui avaient exprimé un intérêt dans la lutte contre le trachome pour agréger toutes les données sur le sujet au Mali

Amélioration de l'environnement (E)

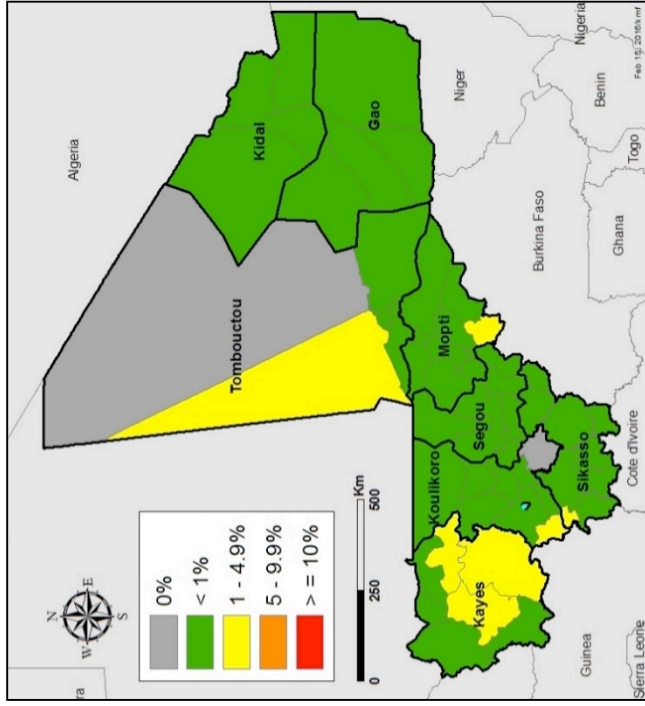
- Construire 7 000 latrines avec l'aide du Centre Carter

Mali : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

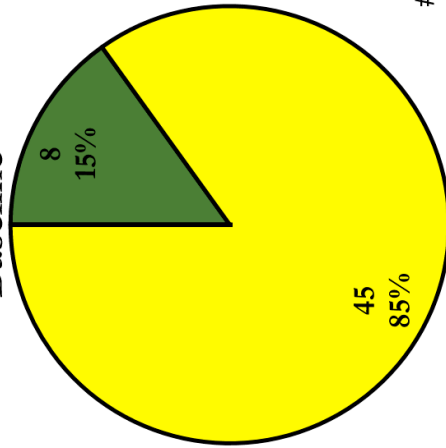
Situation de référence, 1996



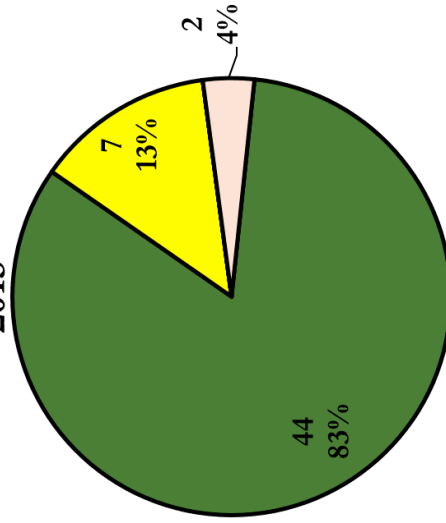
2015



Baseline



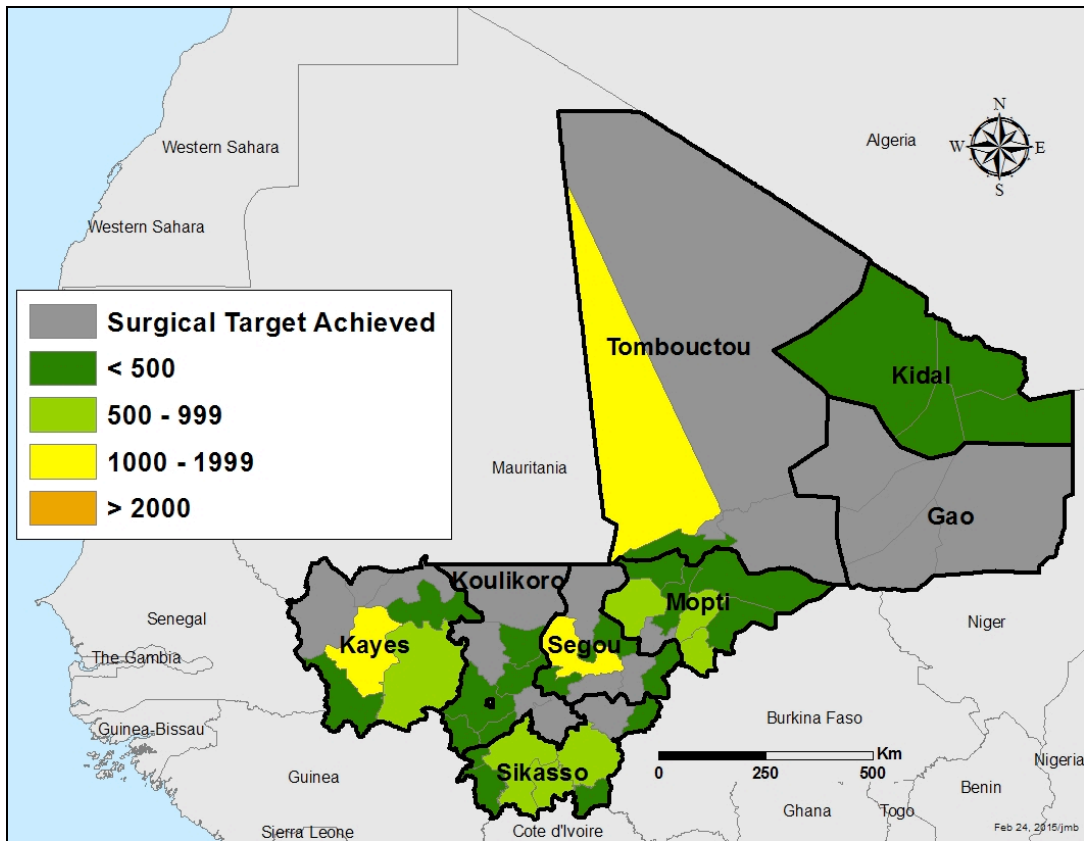
2015



Pie slice:
of districts
% of pie

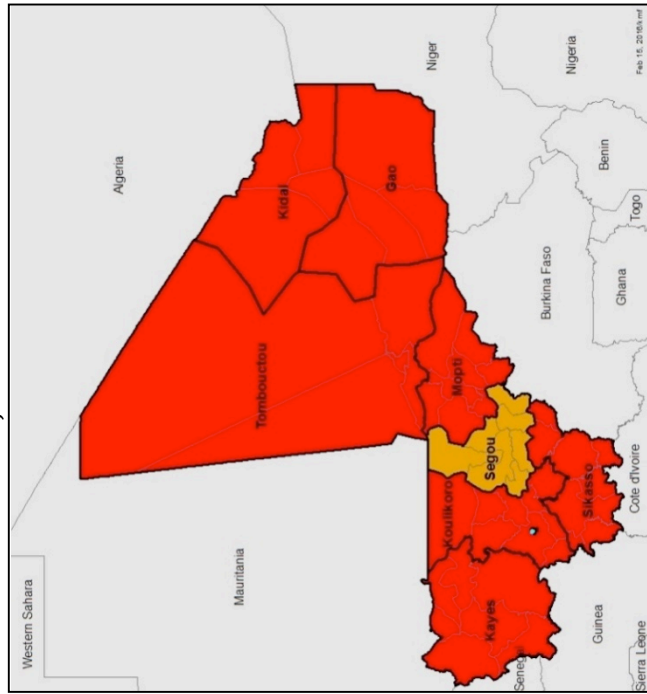
■ < 1% ■ 1 - 4.9% ■ 5 - 9.9% ■ ≥ 10% ■ Not Endemic

Mali : Nombre d'opérations non réalisées, 2015

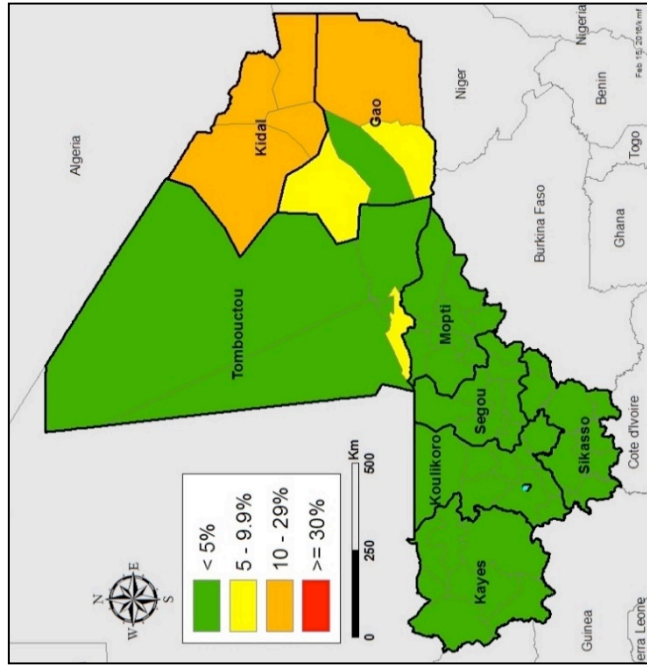


Mali : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

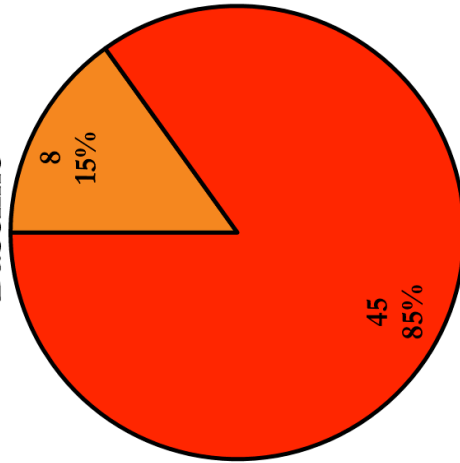
Situation de référence, 1996



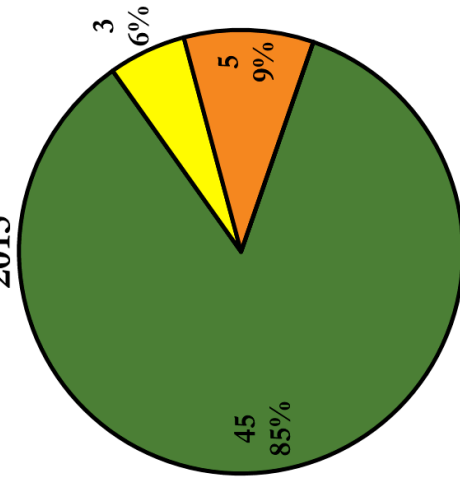
2015



Baseline



2015



Pie slice:
of districts
% of pie

■ < 5% ■ 5 - 9.9% ■ 10 - 29.9% ■ >=30%

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 1,7 % des femmes de plus de 15 ans souffraient d'un trichiasis. En 1999, le PNLC a fondé le Groupe de Travail national pour le Trachome, et à partir de 2001, des enquêtes de prévalence ont été menées au niveau des districts. À ce jour le trachome fait partie des MTN mais n'est pas 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 composants de la stratégie CHANCE où cela se justifie.

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

Chronologie des événements

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

2001 : la mise en œuvre de la stratégie CHANCE commence

2006 : études d'impact du trachome menées

2007 : lancement du Programme sur les MTN

2010 et 2012 : EIT menées

2013 : le PNLC devient le PNSO

2018 : changement de la date fixée pour l'élimination du trachome cécitant

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National		avec l'aide du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	31 564	15 000	12 280 (82 %)	10,000	9 962 (99 %)
Nbre de femmes opérées			6 891		5 500
Nbre de chirurgiens formés		60	38 (63 %)	40	24 (60 %)
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		0	0	0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	2 577 452	2 577 452	En cours	S/O ⁶	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA	51 550	51 550	En cours	51 550	En cours
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		6 018	6 018 (100 %)	6 018	6 018 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites		10,000	9 945 (99 %)	10,000	9 945 (99 %)

Interventions chirurgicales (S)

Le programme a atteint 82 % de son objectif fixé pour les interventions chirurgicales en 2015 et 12 280 patients atteints de TT ont été opérés ; parmi ceux-ci, 9 962 ont bénéficié du concours du Centre Carter. L'importance du nombre des interventions chirurgicales est due aux campagnes de « Semaine du Trachome » menées aux niveaux national et local. Elles ont eu pour conséquence que 18 districts dans les zones de Tillabéri, Tahoua, Agadez, Dosso, Zinder et Maradi ont atteint un taux de prévalence du TT inférieur à 1 % chez les adultes de 15 ans et plus. Un plan post-endémique a été développé pour continuer à suivre la prévalence du TT une fois l'objectif pour 2018 atteint. Au rythme actuel, il faudra environ 3,3 ans pour rattraper le retard pris dans les opérations chirurgicales. Par ailleurs, en 2015, avec l'aide du HKI, le programme a formé 38 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT, dont 24 avec l'aide du Centre Carter.

Antibiothérapie (A)

D'après les enquêtes menées de 2000 à 2007, la prévalence du TF chez les enfants âgés de un à neuf ans est supérieure à 10 % dans 29 districts. Ce chiffre est tombé à seulement 10 districts faisant état d'une prévalence du TF supérieure à 10 %, tandis que pour 24 districts elle est inférieure à 5 %. Par conséquent, la MDA ne se justifie pas dans plusieurs districts et le programme national fait l'objet d'un plan post-MDA pour poursuivre l'observation du trachome dans ces districts et éviter la récurrence. Lorsque cela se justifiait, la MDA a été retardée en 2015 et reportée à début 2016. Les résultats des doses distribuées et de la couverture de la MDA n'avaient pas été communiqués au moment du bilan sur le programme. Le ministère de la santé participe activement à la MDA, et prête son concours au lancement public de campagnes de distribution massive de médicaments. Le Niger apporte son concours à des campagnes intégrées de MDA dans le cadre des maladies tropicales négligées.

⁶Le Centre Carter ne contribue pas en ce moment à la MDA au Niger.

Propreté du visage (F)

Les initiatives de F et E se sont intensifiées, puisque 6 018 villages ont reçu une éducation sanitaire en 2015, tous avec l'aide du Centre Carter. Des messages sur la santé continuent à être diffusés sur des radios locales, privées et régionales. On fait souvent appel à des intervenants publics pour présenter des messages sur la santé, qui sont bien reçus, car les communautés apprécient de voir des figures publiques et des personnalités célèbres. Des leçons sur la prévention du trachome ont également été intégrées dans l'enseignement primaire. Les enseignants et d'autres éducateurs sanitaires ont été formés à faire passer des messages de santé sur la lutte contre le trachome. Même si le programme a seulement la possibilité de mesurer l'impact du F et E dans les villages où il y a des observateurs actifs, tous les villages bénéficient de la réception de messages sur la lutte contre le trachome grâce aux programmes radiodiffusés dans tout le pays. En plus des outils de F et E mis au point pour véhiculer des messages sur le trachome, des certificats et des prix sont décernés aux écoles et aux communautés pour les féliciter et les motiver.

Amélioration de l'environnement (E)

Le programme a atteint 99 % de son objectif, avec 9 945 latrines construites en 2015, toutes avec l'aide du Centre Carter. Il est difficile de déterminer le nombre total de latrines construites au Niger car les activités des divers partenaires ne sont pas toujours conduites en coordination avec le programme national.

Obstacles au développement du programme

L'insécurité dans la région de Diffa continue à poser problème pour le programme, les activités prévues connaissant des interruptions et l'accès aux districts où la prévalence est plus élevée étant impossible. De plus, la saison des pluies complique d'autant plus l'accès à ces districts. L'extrême mobilité de la population dans certains districts, les frontières à passer entre nations voisines et l'afflux de réfugiés en provenance du Nigeria qui se rendent à Diffa font qu'il n'est pas facile de trouver des cas à opérer pour le TT et chiffrer précisément le nombre d'interventions chirurgicales en retard. Une autre difficulté est la formation des chirurgiens, qu'il faut réussir à retenir, car le taux de défections est élevé, et la concurrence des priorités, par exemple une épidémie de choléra en 2015, a perturbé la formation de nouveaux chirurgiens. Suite à des retards d'approvisionnement dans les fournitures de MDA, le programme a été confronté à des problèmes et a dû reporter des campagnes de MDA intégrées. Le partage et la communication des données se sont également avérés difficiles, car les partenaires ne font pas toujours état de leurs activités au programme national.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2015

Recommandation n° 1 : le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière.

En cours. Le PNSO Niger a participé à l'évaluation du programme national au Mali en décembre 2015.

Recommandation n 2 : le programme ne doit procéder qu'à une seule tournée de MDA dans les zones où la prévalence du TF est de 5 à 9,9 %, surtout à Agadez, d'ici à octobre/novembre.

En cours.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 13 100 patients, dont 11 100 avec l'aide du Centre Carter
- Former 40 chirurgiens, 30 avec l'aide du Centre Carter

Avec l'aide du Lions Club International et d'autres partenaires, le programme envisage d'augmenter le nombre d'opérations en 2016 et cite à cet égard la nécessité par ailleurs de procéder à une mobilisation sociale.

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 3 928 475 doses d'azithromycine
- Distribuer 80 173 doses de POT, toutes avec l'aide du Centre Carter

Le Niger va réfléchir à une MDA propre au trachome s'il n'est pas possible de mettre en place des plans de programme intégré à temps.

Propreté du visage (F)

- Favoriser une éducation sanitaire dans 7 000 villages, avec l'aide du Centre Carter pour la totalité.

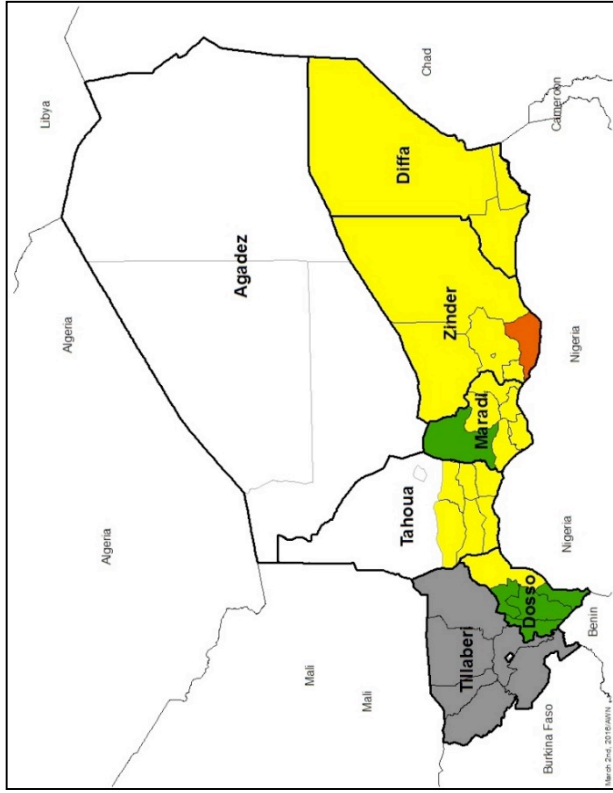
Le programme va intensifier ses collaborations avec le secteur WASH, le bureau sanitaire des écoles et les ONG pour renforcer la supervision des éducateurs sanitaires et des enseignants, et augmenter la participation des acteurs concernés.

Amélioration de l'environnement (E)

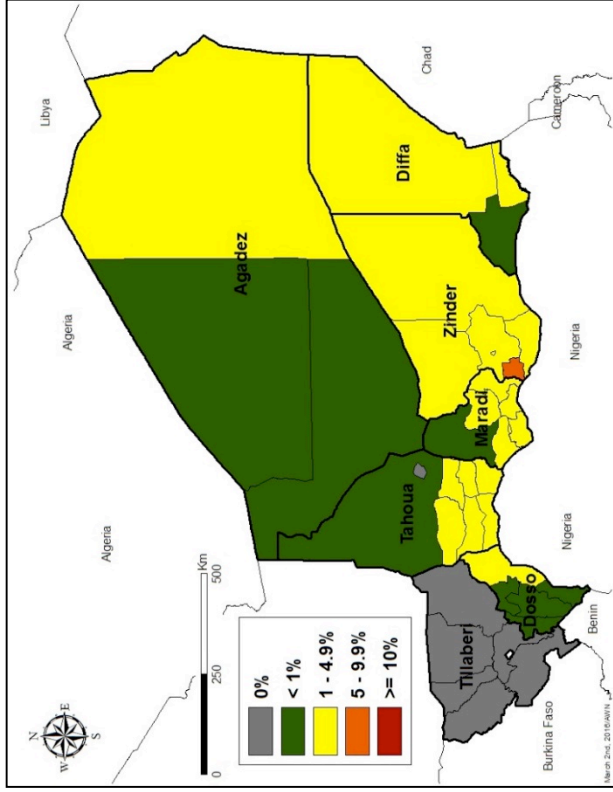
- Construire 10 000 latrines, toutes avec l'aide du Centre Carter

Niger : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

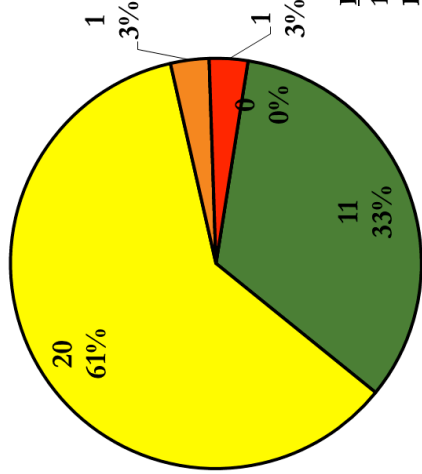
Situation de référence, 2000-2007



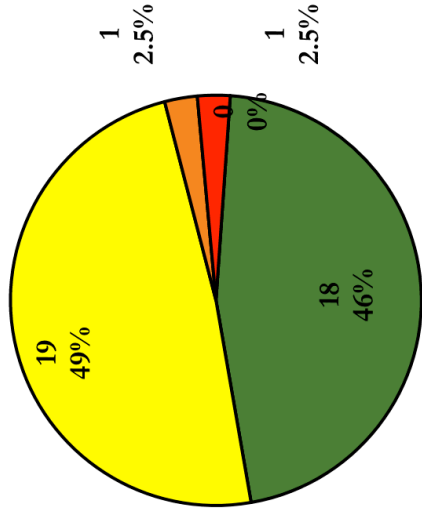
2015



Baseline (n = 33)



2015 (n = 39)

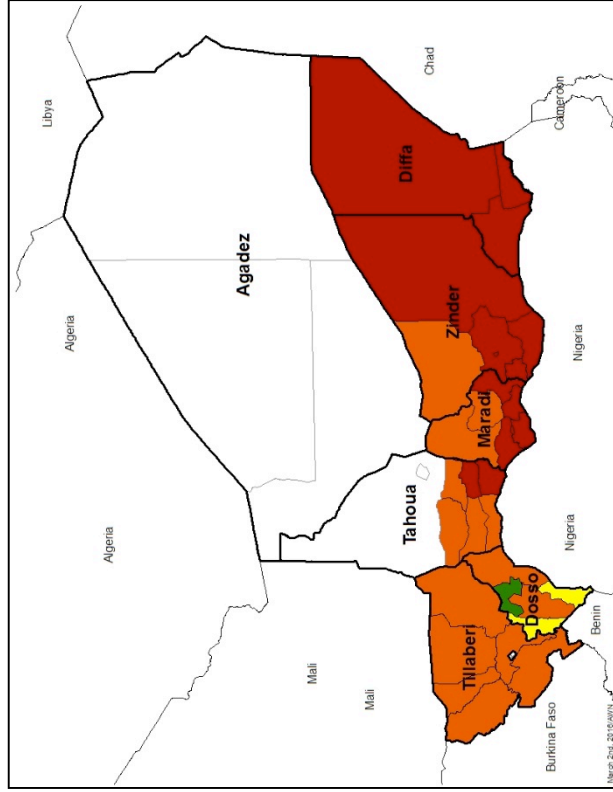


Pie slice:
1. #
Districts
2. % of pie

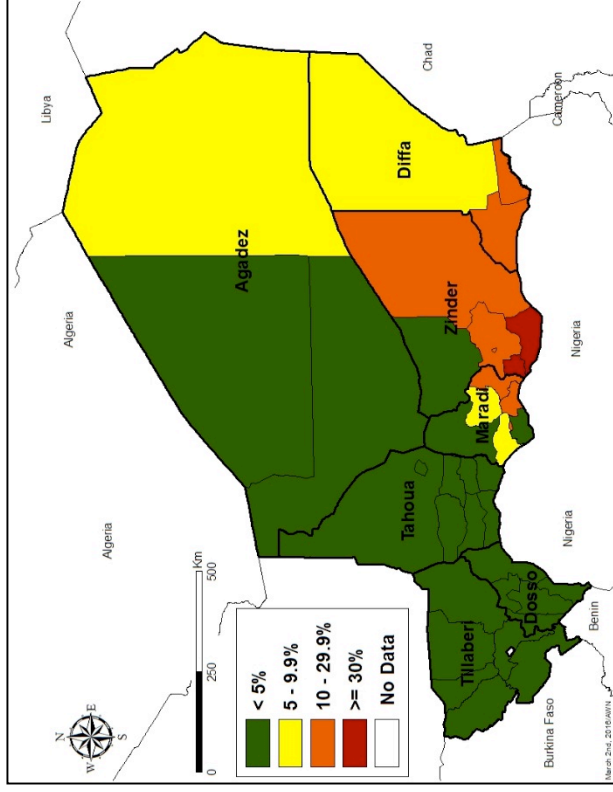
Legend:
■ < 1% ■ 1 - 4.9% ■ 5 - 9.9% ■ ≥ 10%

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

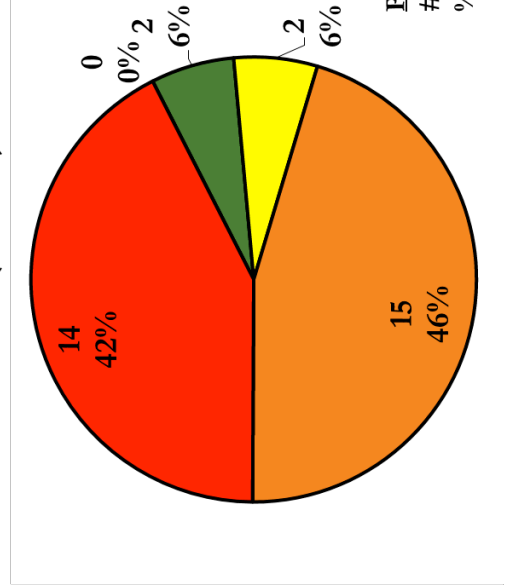
Situation de référence, 2000-2007



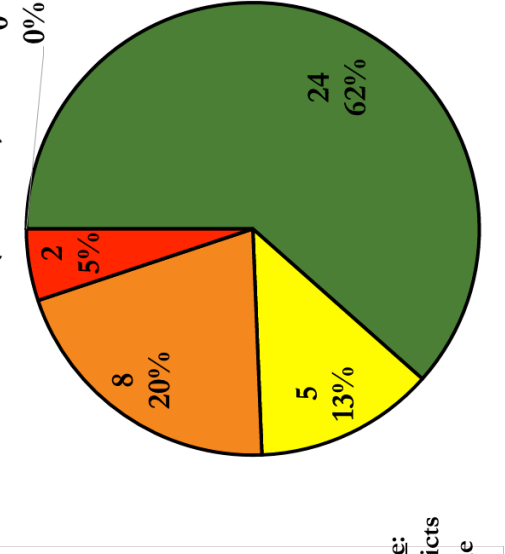
2015



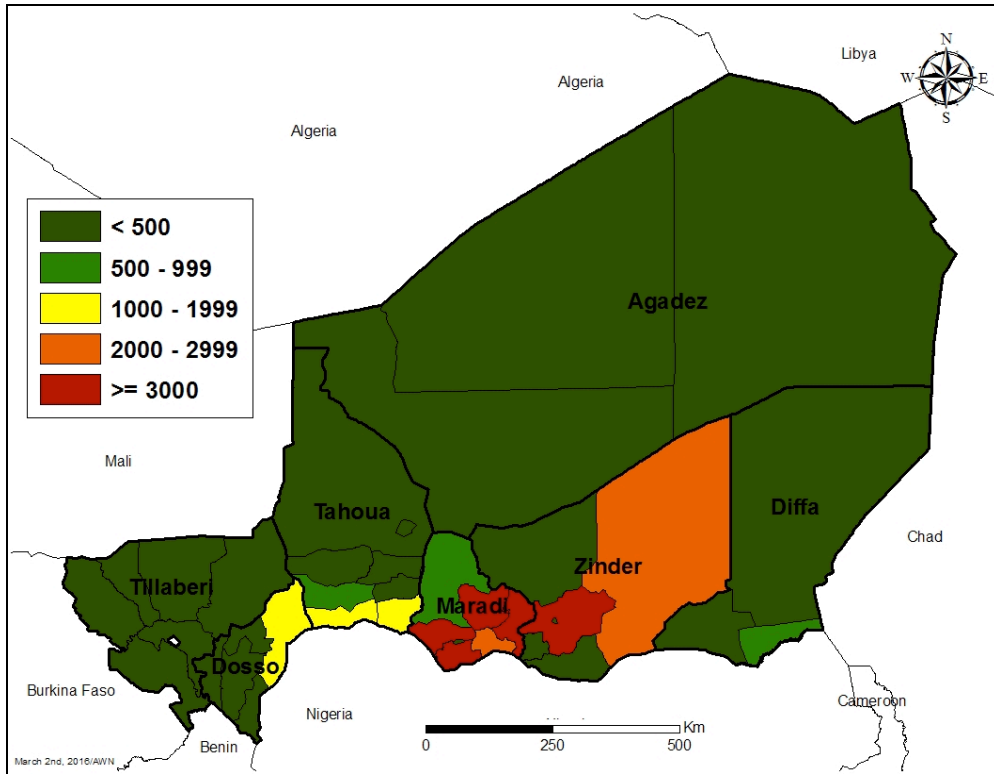
Baseline (n = 33)



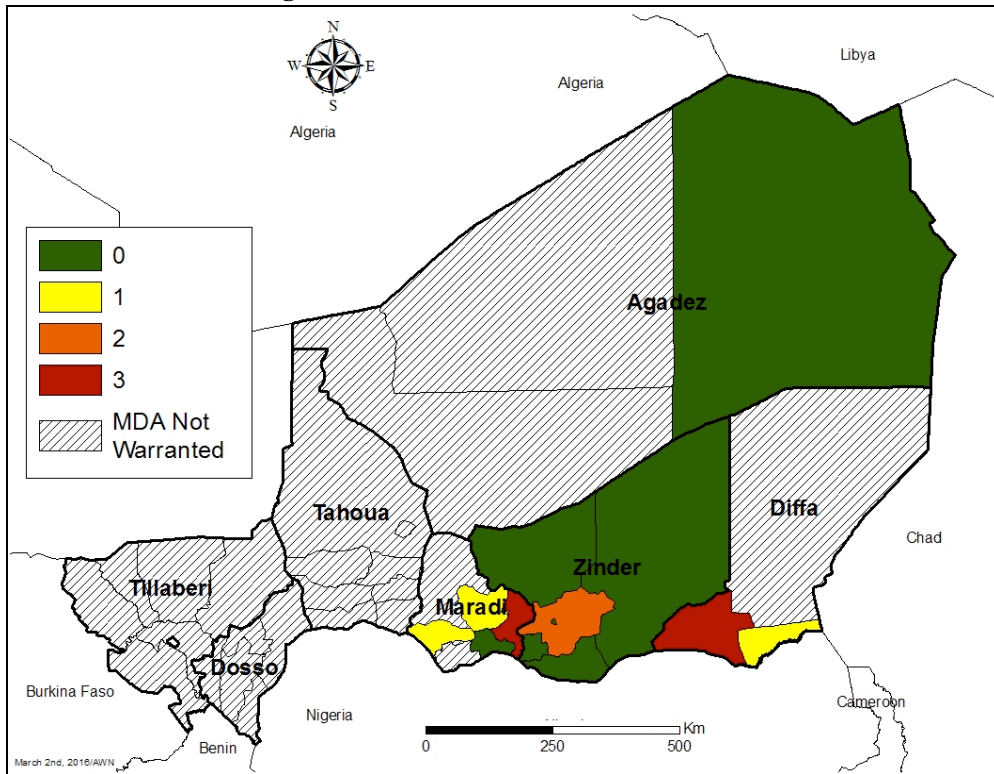
2015 (n = 39)



Niger : Nombre d'opérations non réalisées, 2015



Niger : Tournées de MDA restantes, 2015



CHANCE au Soudan du Sud

Présenté par Makoy Samuel Yibi, Directeur du programme pour l'éradication du ver de Guinée et la chimiothérapie préventive pour les MTN

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 une prévalence de trichiasis trachomateux atteignant 15,1 % chez les adultes âgés de 15 ans et plus, dans certaines zones de la région du Grand Nil Supérieur. Malgré cette forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement une priorité principale pour le gouvernement. Le programme pour le trachome faisait partie précédemment des services du Département des soins oculaires. À la fin 2013 il a été rattaché au département des MTN. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de ressources. Dans les districts bénéficiant d'interventions CHANCE, la plupart des activités sont limitées aux composants S et A. Le TAP 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 GTMP et des études d'impact dans huit zones bénéficiant de l'assistance de la Fondation Carter ; des combats ayant eu lieu la majeure partie de l'année 2014 ont cependant empêché de réaliser les enquêtes. Pour des questions de sécurité, la Fondation Carter a suspendu toutes les activités en décembre 2013. Depuis le début du conflit plus de 800 000 personnes ont fui leur domicile et un grand nombre de ces exilés habitaient dans les districts où le programme de lutte contre le trachome était actif. Le Centre Carter a recommencé à participer aux activités du programme en septembre 2014.

En octobre 2014, l'équipe de travail chargée des MTN a été remise au travail et s'est vu confier une analyse de la situation et le lancement d'un plan directeur. En 2015, les premières études d'impact sur le trachome ont été menées dans cinq des 29 districts où la maladie est connue pour être endémique. En raison de l'insécurité, seulement cinq districts étaient accessibles et le Centre Carter était le seul partenaire restant dans le pays.

Chronologie des événements

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 pour le trachome nation

2011 : Le Soudan du Sud accède à l'indépendance

2012 : Finalisation du TAP

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

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome cécitant au Soudan du Sud

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National		avec l'aide du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	88 840 (29 districts sur 29)	2 000	682 (34 %)	1 000	432 (43 %)
Nbre de femmes opérées			494 (72 %)		362 (84 %)
Nbre de chirurgiens formés		10	0	2	0
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		4	0	S/O	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	1 699 994	1 000 000	105,688(10,5 %)	236 000	105 688 (45 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA	33,999	10,000	4 400 (44 %)	7,080	4 400 (62 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		200	24(12 %)	30	24(80 %)
Nbre de latrines domestiques construites		Aucun objectif fixé	5	0	0

Interventions chirurgicales (S)

La prévalence du TT chez les adultes de 15 ans et plus reste élevée dans les districts cartographiés, 16 districts signalant une prévalence du TT d'au moins 10 %. Le programme a réalisé 682 opérations en 2015, dont 354 (51,9 %) ont été pratiquées sur des femmes. Le Centre Carter a apporté une assistance pour 432 (43,2 %) de ces opérations. Le retard pris dans les opérations est passé à 81 083 en 2015, avec l'addition des résultats de l'enquête de référence dans l'est de l'État d'Équatoria. D'après les estimations du programme, il faudra 119 ans pour rattraper ce retard, au rythme où vont les opérations réalisées dans le pays. Afin d'atteindre l'objectif d'élimination, il va falloir mettre en place une procédure accélérée pour augmenter le nombre d'opérations dans le Soudan du Sud.

Antibiothérapie (A)

Sur les 29 districts cartographiés, 23 (79 %) signalent une prévalence du TF chez les enfants de un à neuf ans de plus de 30 % ; dans un district, elle se situe entre 10 % et 29,9 % ; dans un district, elle se situe 5 % et 9,9 % ; dans quatre districts, la maladie n'est pas endémique, avec une prévalence du TF inférieure à 5 %. Le programme a distribué 110 088 doses d'antibiotiques (POT et azithromycine), toutes avec l'aide du Centre Carter. Au sud de Kapoeta, la couverture atteint plus de 100 %, ce qui peut s'expliquer par les déplacements d'un district à l'autre entre les districts nord et sud, qui convergent vers le centre urbain. L'épuisement des approvisionnements en antibiotiques a eu pour conséquence de réduire la couverture à moins de 80 % et le report de la MDA au Budi. Il n'y a pas eu de MDA à Jonglei en raison d'un manque de partenaires pour la mettre en œuvre et de problèmes de sécurité.

Propreté du visage (F)

Les indicateurs de propreté du visage pour le Soudan du Sud sont bas, la prévalence du nettoyage se situant

entre 43,3 % et 65 % dans les comtés de l'est de l'État de l'Équatoria (Namurnyang et Imatong). La priorité de 2015 avait été accordée à l'éducation sanitaire à l'aide de supports fournis grâce à une éducation sanitaire à l'école et des interventions parrainées par le ministère de la santé sur l'assainissement et l'hygiène dans les communautés.

Amélioration de l'environnement (E)

L'éducation à la santé pour l'amélioration de l'environnement, l'assainissement et l'hygiène est menée à tous les niveaux du MdS. Cinq latrines ont été construites en 2015 par le programme national, mais il n'existe pas de chiffres consignés officiellement par les autres partenaires sur le nombre de latrines construites dans les zones où le trachome est endémique.

Obstacles au développement du programme

De nombreux obstacles persistent dans le Soudan du Sud, du fait de l'insécurité et des perturbations qui compliquent la dispense du programme. Sur les 29 comtés où le trachome est endémique et hyperendémique, à l'heure actuelle seuls cinq sont accessibles en raison du conflit qui perdure au Jonglei et dans les États du Nil Supérieur. Bien que l'on ne dispose pas de la cartographie complète du fardeau du trachome au Soudan du Sud, la prévalence connue la plus élevée se trouve dans ces zones de conflit. Suite aux problèmes de sécurité, tous les partenaires à l'exception du Centre Carter avaient suspendu leurs activités au Soudan du Sud. Malheureusement, les activités du programme sur le trachome menées avec l'aide du Centre Carter ont également été interrompues à la fin de 2015. Il faudrait davantage de partenaires dans le pays pour parvenir à atteindre l'objectif d'élimination et reprendre rapidement et efficacement les activités.

Confrontées à des priorités concurrentes, aux déplacements à l'intérieur du pays et à des préjugés et une crainte de l'intervention, de nombreuses personnes refusent de se faire opérer du TT. De plus, le nombre de chirurgiens à plein temps, certifiés et spécialistes du TT est limité, et on manque de trousse chirurgicales pour réaliser les opérations. Il est difficile de trouver un partenaire pour prendre en charge la formation de chirurgiens, et les projets pour les former au Kenya ont imposé de nouvelles contraintes. La distribution d'azithromycine est faible car il n'y a pas la possibilité d'accéder aux districts où la MDA est justifiée et où on manque d'infrastructures. Qui plus est, il n'y avait pas de partenaire capable de procéder aux MDA à Jonglei. Fixer des objectifs acceptables pour les indicateurs de CHANCE pose encore d'autres problèmes, car ces activités sont prévues pour des régions qui sont largement inaccessibles aux partenaires.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2015 :

Recommandation n° 1 : Il faut que le programme plaide pour que le GTMP soit terminé dès que possible dans les zones accessibles identifiées (à l'est et dans le centre de l'Équatoria, la région des Lacs, Warab et dans le nord de Bhar al Ghazal).

Non réalisé en raison d'un manque de financement. Le MdS et les partenaires continuent à plaider en faveur de la mise en œuvre du GTMP.

Recommandation n° 2 : le programme doit surveiller la qualité des opérations en consignait les complications postopératoires. Le programme doit améliorer la qualité des opérations du TT en offrant des soins postopératoires complets.

Réalisée. Le programme a donné suite à cette recommandation en améliorant la consignation et en faisant en sorte que les complications postopératoires soient traitées sans délai.

Recommandation n° 3 : Le programme et ses partenaires doivent fournir des trousse chirurgicales pour le TT aux unités de soins médicaux primaires ayant des responsables cliniques formés aux soins ophtalmiques.

Non réalisée.

Recommandation n° 4 : Le programme doit mettre en place un seul système de comptes rendus, qui serait utilisé par tous les partenaires travaillant au programme et qui comprendrait les principaux indicateurs de la stratégie CHANCE.

Les indicateurs du trachome ont été inclus dans un outil national de collecte des données sur les MTN. Les partenaires travaillant au programme sur le trachome se sont mis d'accord pour soumettre au programme les données sur le trachome tous les trimestres.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 2 500 patients atteints de trichiasis, dont 1 000 avec l'aide du Centre Carter.

La priorité du programme pour 2016 est d'accélérer le rattrapage du retard pris dans les interventions chirurgicales. Étant donné le conflit actuel, il se peut que les objectifs fixés en décembre 2015 soient impossibles à atteindre. Il faut plus de partenaires et de financements pour rattraper le retard pris dans les opérations, surtout dans les zones inaccessibles.

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 245 440 doses d'azithromycine, toutes avec l'aide du Centre Carter
- Distribuer 7 363 doses de POT, toutes avec l'aide du Centre Carter

L'impossibilité à accéder à des zones dangereuses peut constituer un frein pour mener des études d'impact et des enquêtes de référence dans les districts endémiques et hyperendémiques, et justifie les tournées de MDA. Des évaluations sont prévues pour six districts en 2016, en attendant le retour de la population et des améliorations en matière de sécurité.

Propreté du visage (F)

- Procéder à des sessions d'éducation sanitaire dans 75 villages avec l'aide du Centre Carter.

Le programme prévoit d'aller plus loin dans la collaboration à des activités de F et E avec les partenaires de WASH et va continuer à se consacrer à des programmes d'éducation sanitaire en F et E dans les écoles et dans les communautés. Le programme s'appuiera sur la collaboration qui existe entre le programme d'éradication du ver de Guinée et les partenaires WASH grâce au projet WASH intégré. Ce programme sera par ailleurs appliqué au niveau des districts au moyen des trois véhicules et des vingt motocyclettes acquises par l'Unicef.

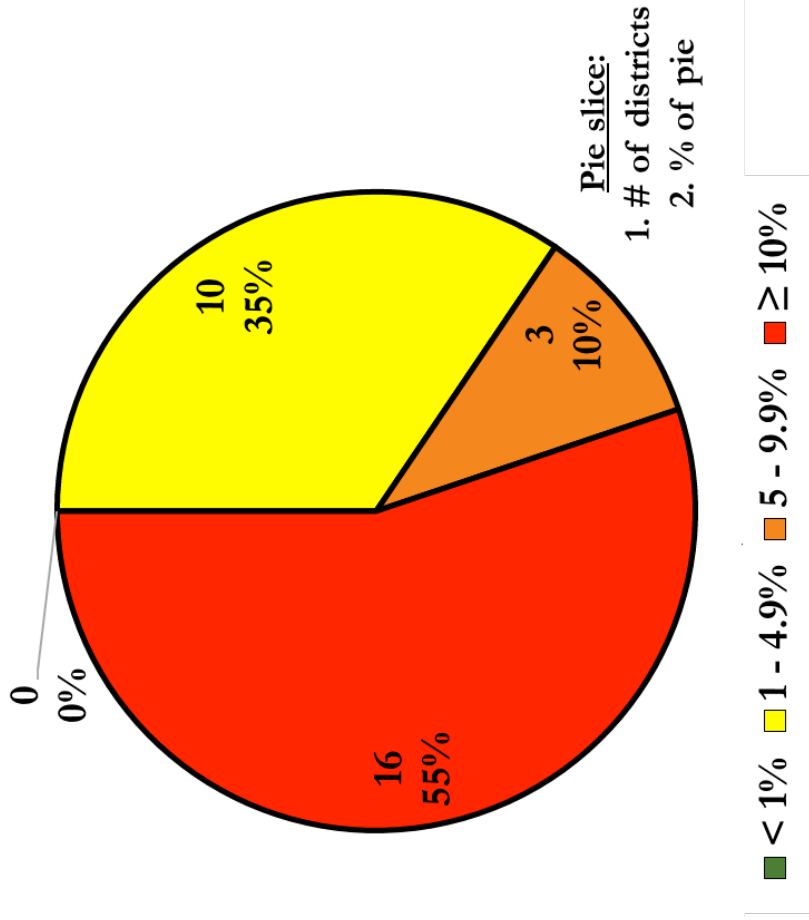
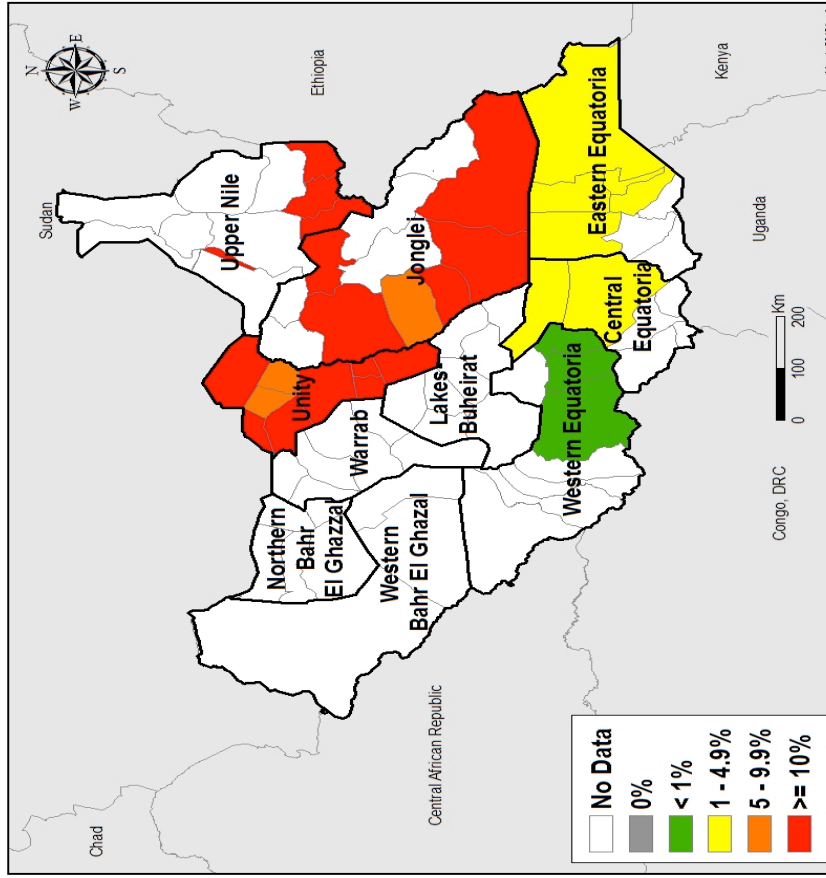
Amélioration de l'environnement (E)

- Construire 80 latrines, toutes avec l'aide du Centre Carter

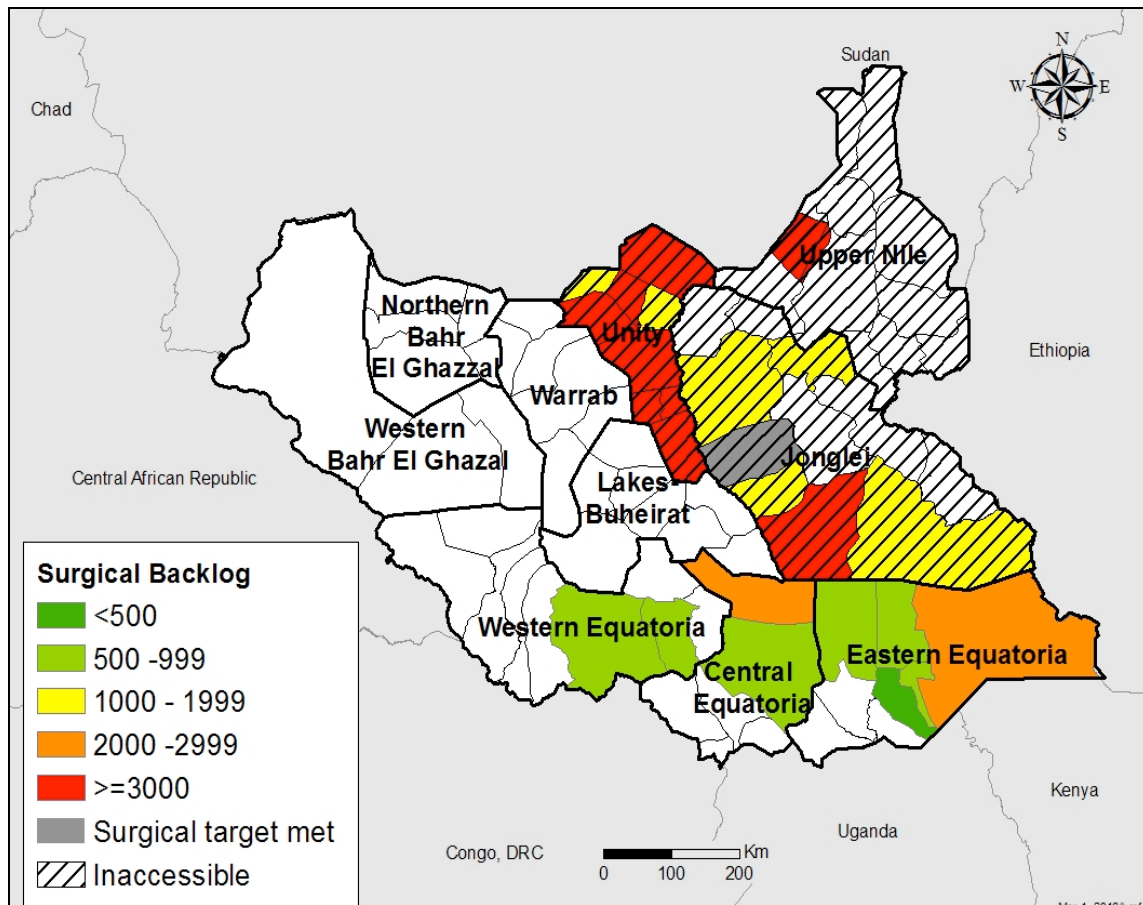
Le programme ira plus loin dans sa collaboration avec les partenaires de WASH pour promouvoir la construction et l'utilisation de latrines conformément aux objectifs. Y compris en faisant participer les partenaires WASH, les partenaires éducatifs et les ministères dans des réunions de travail trimestrielles, de les inciter à former des responsables de terrain à la construction de latrines à l'aide de matériaux approvisionnés sur place et d'inclure un spécialiste du trachome dans la réunion nationale des groupes WASH. Des financements supplémentaires sont nécessaires pour la formation à la construction de latrines et les matériaux.

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

2015

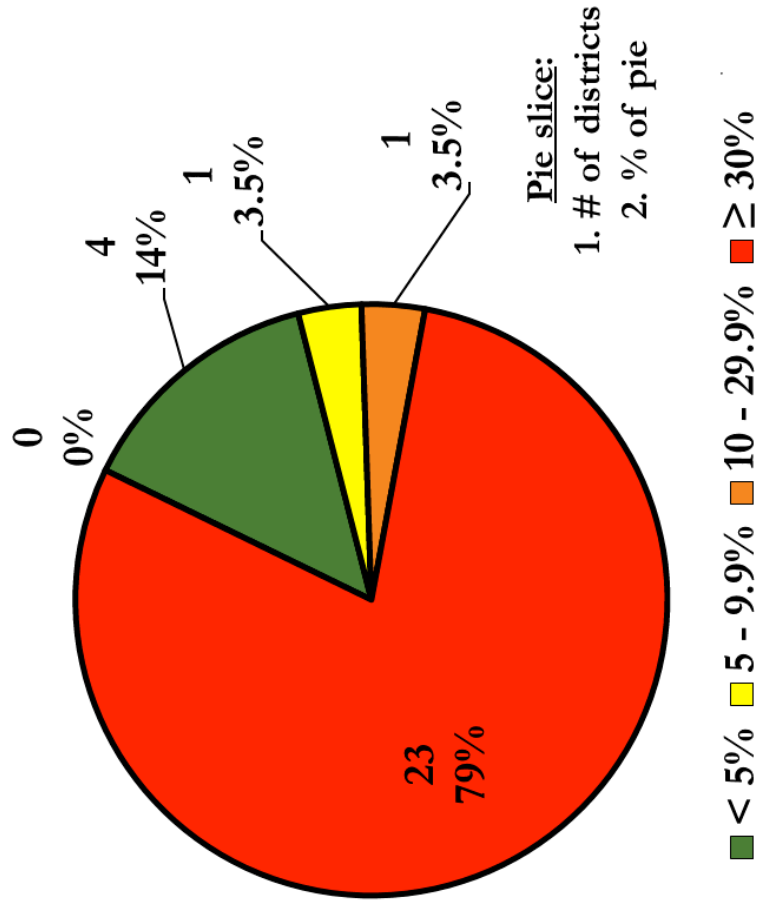
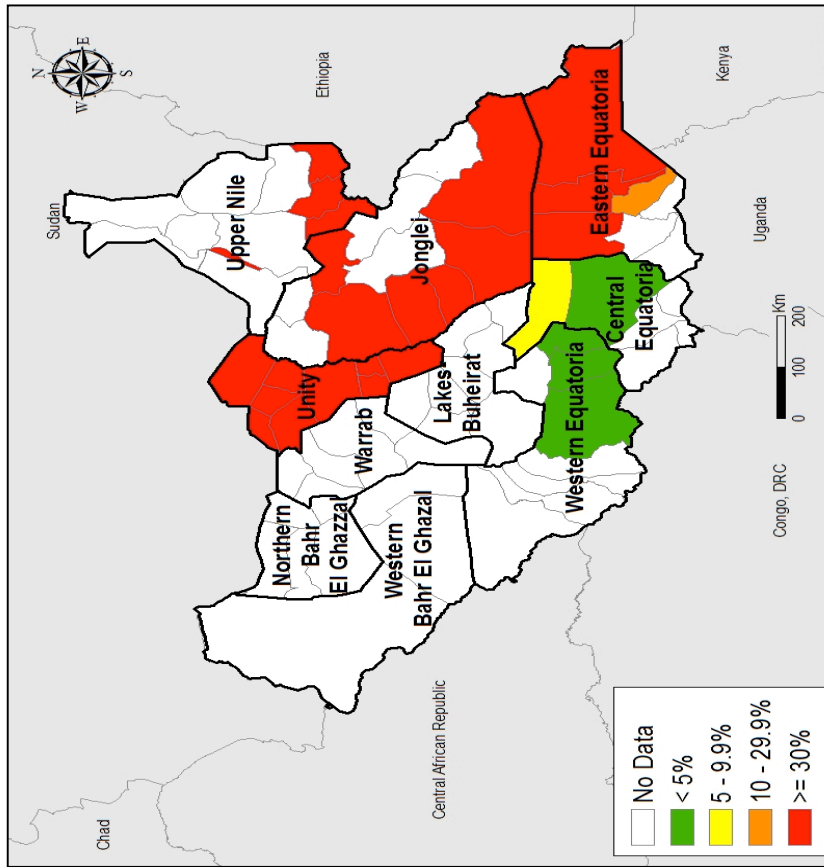


Soudan du Sud : Nombre d'opérations non réalisées, 2015



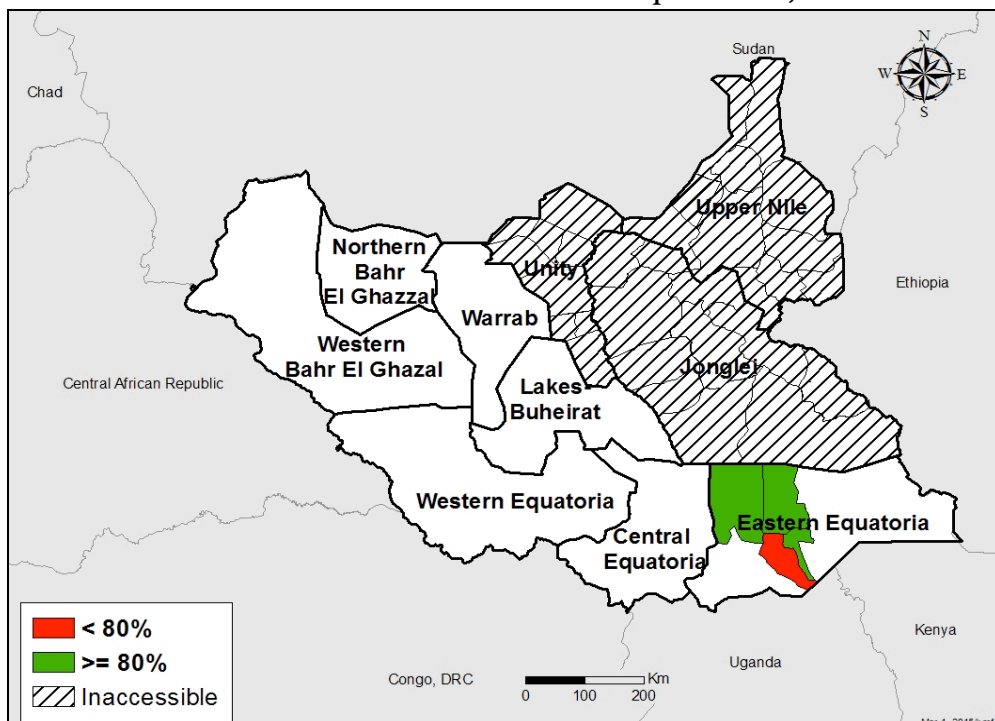
Soudan du Sud : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

2015

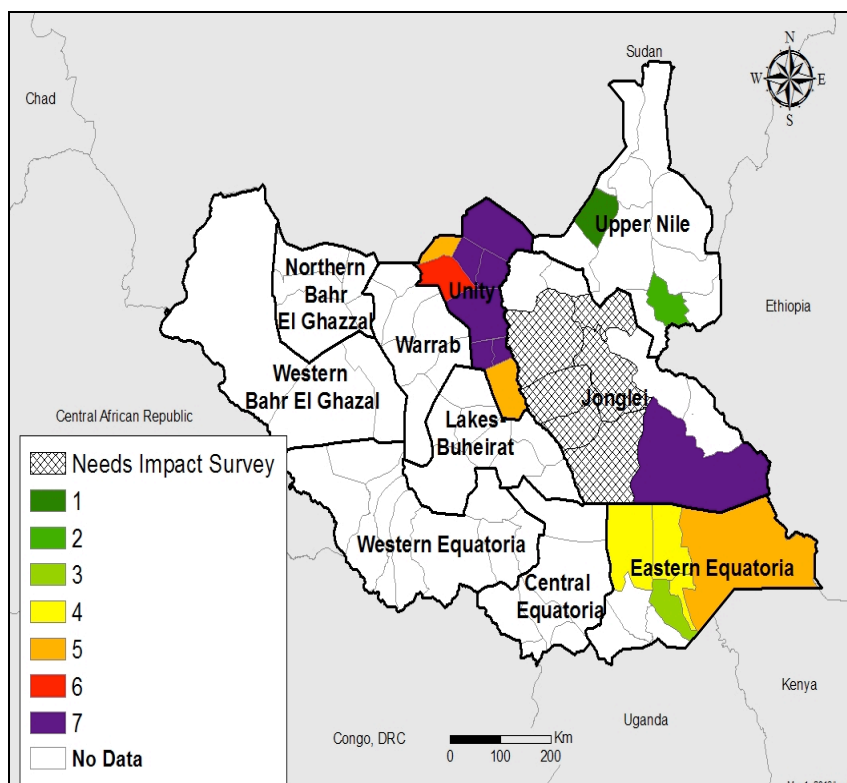


Pie slice:
 1. # of districts
 2. % of pie

Soudan du Sud : Couverture de la MDA par district, 2015



Soudan du Sud : Tournées de MDA restantes, 2015



CHANCE au Soudan

*Présenté par le Dr Balgesa Elkebeir 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 (NPPB, pour « National Program for the Prevention of Blindness »). 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 a été réalisée en 2015 grâce à la coordination du MFdS, du GTMP, de Sightsavers et du Centre Carter. Les interventions relatives à la S, à l'A et au F bénéficient de l'aide 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 des événements

- 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)
- 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 : études d'impact menées dans les États de la mer Rouge et de Gedaref. Début du soutien de Sightsavers au programme de lutte contre le trachome
- 2014 : achèvement du programme de santé à l'école et des directives pour les enseignants sur l'élimination du trachome
- 2015 : achèvement de la cartographie du Darfour dans les zones accessibles ; formation des enseignants sur les programmes scolaires relatifs au trachome Tenue d'ateliers sur le TAP
- 2020 : date fixée pour l'élimination

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National		avec l'aide du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	30 408	5 000	1,134 (23 %)	2 000	766 (38 %)
Nbre de femmes opérées			571 (50 %)		211 (28 %)
Nbre de chirurgiens formés		30	27 (90 %)	S/O	S/O
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		Aucun objectif fixé	3	S/O	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	2 153 286	1 439 315	1 576 432 (109 %)	1 439 315	1 576 432 (109 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la MDA	43 065	28 786	0	28 786	0
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		732	896 (122 %)	732	896 (122 %)
Nbre de latrines domestiques construites		Aucun objectif fixé	5 910	S/O	S/O

Interventions chirurgicales (S)

En 2015, le Soudan a pratiqué 1 134 opérations, dont 766 ont été réalisées avec l'aide du Centre Carter. Près de la moitié des personnes opérées étaient des femmes. Le programme national a formé avec succès 27 nouveaux chirurgiens et dispensé une formation de perfectionnement à trois chirurgiens. Étant donné la prévalence actuelle du TT dans le pays, le retard pris dans les opérations est estimé à 42,008, ce qui nécessitera 8 402 opérations par an pour rattraper ce retard d'ici à 2020. La majorité des cas de TT au Soudan sont situés dans les régions dangereuses d'Al Djazira, de Gedaref et du Nil Bleu. En outre, seul des ophtalmologistes et des internes en ophtalmologie ont le droit de pratiquer des interventions chirurgicales pour le TT, et plusieurs sont des femmes. Le programme national fait appel au Bureau de perfectionnement du Soudan pour exiger des étudiants de premier cycle qu'ils aient réalisé 100 opérations du TT pour se qualifier, plutôt que la condition actuelle qui est de dix opérations.

Antibiothérapie (A)

Une cartographie a été réalisée en 2015 dans toutes les zones accessibles du pays, y compris des régions du Darfour. La prévalence du TF chez les enfants de un à neuf ans est inférieure à 5 % dans 112 districts ; dans 13 districts, la prévalence du TF se situe entre 5 et 9,9 % et dans 8 districts elle est entre 10 et 29,9 %. La distribution d'antibiotiques a atteint le nombre de personnes le plus élevé traitées avec le MDA en un an depuis le début du programme. Le programme a atteint 109 % de l'objectif avec 1 576 432 doses distribuées en 2015, toutes avec l'aide du Centre Carter. Si l'objectif a été dépassé, c'est parce qu'un district a reçu deux fois une MDA suite à un retard de distribution en 2014. Des enquêtes de couverture de la MDA ont été menées dans trois districts à Gedaref, un district dans le Sennar et un district dans l'État de la mer Rouge, et toutes ont indiqué une couverture de la MDA à 80 %. Il n'y avait pas de POT à distribuer pendant la MDA.

Propreté du visage (F)

En 2015, le programme national a formé 3 140 bénévoles dans 896 villages pendant des activités de MDA lors de la diffusion de messages sur la F et l'E. Pour promouvoir les messages de F et E dans le pays, le programme a diffusé plus de 380 annonces à la radio et 378 minutes de programme sur la santé en direct à la télévision. Au niveau de la communauté, des éducateurs sanitaires de district ont été formés à la participation de la communauté pour des activités de lutte contre le trachome et des responsables ont été sélectionnés pour jouer le rôle de référents sur le trachome. Des séances hebdomadaires ont lieu dans des groupes de femmes, des clubs, des écoles et des mosquées pour permettre des discussions et une éducation en groupes. Par ailleurs, des affiches, des tableaux papier, des dépliants, des t-shirts, des casquettes et des sacs ont été distribués pour faire passer les messages de F et E pendant toutes les activités de lutte contre le trachome. Un programme d'enseignement à l'école en F et E a été créé et un enseignant par établissement scolaire a été formé pour dispenser une éducation au trachome.

Amélioration de l'environnement (E)

Le programme a mené des campagnes de nettoyage de l'environnement dans dix villages et établissements scolaires. Bien que le programme national n'intervienne pas directement dans la construction de points d'eau et de latrines, d'après les rapports, 5 910 latrines ont été construites au Soudan. Ces latrines sont souvent construites par des sociétés privées, des institutions publiques, d'autres ONG, l'Unité de Construction des Barrages, des sociétés pétrolières privées, les ministères de l'Ingénierie, ainsi que des communautés à titre individuel. Actuellement, aucune collaboration n'est en place entre WASH et le programme national, ni de collaboration entre les programmes au niveau des districts et WASH.

Obstacles au développement du programme :

Le Soudan est confronté à de nombreuses difficultés pour pouvoir atteindre la date fixée pour l'élimination, d'ici à 2020. Un gros problème est l'insécurité dans des zones affectées par un niveau élevé de trachome endémique comme le Nil Bleu, le Kordofan du sud et des régions du Darfour. Il faut souvent plusieurs jours de voyage en terrain accidenté pour atteindre les communautés et leur dispenser les services nécessaires. En ce qui concerne les opérations pour le TT, il reste des problèmes pour remédier au retard pris dans les interventions chirurgicales, il est difficile de trouver des cas, on manque de pommade ophtalmique et de trousses chirurgicales ainsi que de chirurgiens certifiés pour les campagnes d'un mois. En particulier, au Soudan, de nombreux ophtalmologistes sont des femmes et ne peuvent pas rester loin de leur famille pendant la durée nécessaire à la conduite des campagnes de chirurgie. En outre, le recueil de données et la rédaction des rapports posent d'autres problèmes au Soudan, où de nombreux autres ministères et ONG participent à des activités dans le cadre de CHANCE, par exemple la construction de latrines, et il arrive qu'elles pratiquent des interventions du TT sans en faire état au programme national. De sorte que le programme national n'a pas la possibilité de contrôler la qualité des opérations, de suivre les cas pour noter les récurrences ni d'estimer avec précision le retard pris dans les interventions.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2015 :

Recommandation n° 1 : Le programme doit passer à des enquêtes au niveau des districts pour accélérer l'élimination.

Réalisée. Deux études d'impact ont été faites au niveau des districts en 2015.

Recommandation n° 2 : Le programme doit fixer une durée d'évaluation pour les opérations du TT.

Réalisée. La durée d'évaluation a été fixée à six mois.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 5 956 patients atteints de TT ; dont 2 100 avec l'aide du Centre Carter
- Former 30 chirurgiens

Il est prévu que le TAP soit lancé à la mi-2016 et qu'il comprenne un plan détaillé pour rattraper le retard pris dans les opérations d'ici à fin 2019. En 2019, le Soudan envisage de tripler le nombre d'opérations du TT à travers plusieurs campagnes d'une durée plus courte (~2 semaines) pour accélérer le rythme. On peut espérer que cela permettra à plus d'ophtalmologistes de se rendre disponibles, surtout les femmes qui sont disposées à participer aux campagnes exigeant un engagement plus court. Afin d'augmenter le nombre d'opérations pratiquées, le programme va continuer à s'associer avec le Bureau de spécialisation médicale du Soudan pour exiger que les futures promotions d'internes pratiquent 100 interventions sur le TT, soit beaucoup plus que le chiffre de dix opérations exigées auparavant. En outre, le programme va étudier les moyens de collaborer avec d'autres ONG susceptibles de pratiquer des opérations du TT dans le pays, afin de garantir leur signalement dans les règles et leur conformité aux bonnes pratiques chirurgicales.

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 3 601 942 doses d'azithromycine ; 1 149 315 avec l'aide du Centre Carter
- Distribuer 72 038 doses de tétracycline ; 28 786 avec l'aide du Centre Carter

Le programme va continuer à mobiliser les communautés et les sensibiliser davantage à la MDA grâce à des campagnes d'éducation sanitaire mobiles et diffusées par les médias grand public, et l'appui visible de personnalités politiques. Le programme prévoit de doubler le nombre de personnes touchées par la MDA, avec 3 601 942 doses d'azithromycine, et 72 038 doses de POT. À partir de mars 2016, la MDA sera élargie aux régions du Darfour pour la première fois avec la collaboration et le soutien permanents de Sightsavers.

Propreté du visage (F)

- Favoriser une éducation sanitaire dans 350 villages, avec l'aide du Centre Carter pour la totalité.

Les partenariats existants avec le ministère fédéral de l'Éducation vont continuer à renforcer l'éducation sanitaire et la sensibilisation dans les communautés en intégrant le problème du trachome dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire dans les localités visées. De plus, la diffusion de messages par l'intermédiaire des médias grand public et des chaînes locales et par la mobilisation de la communauté va se poursuivre pour sensibiliser à l'hygiène et à la propreté du visage.

Amélioration de l'environnement (E)

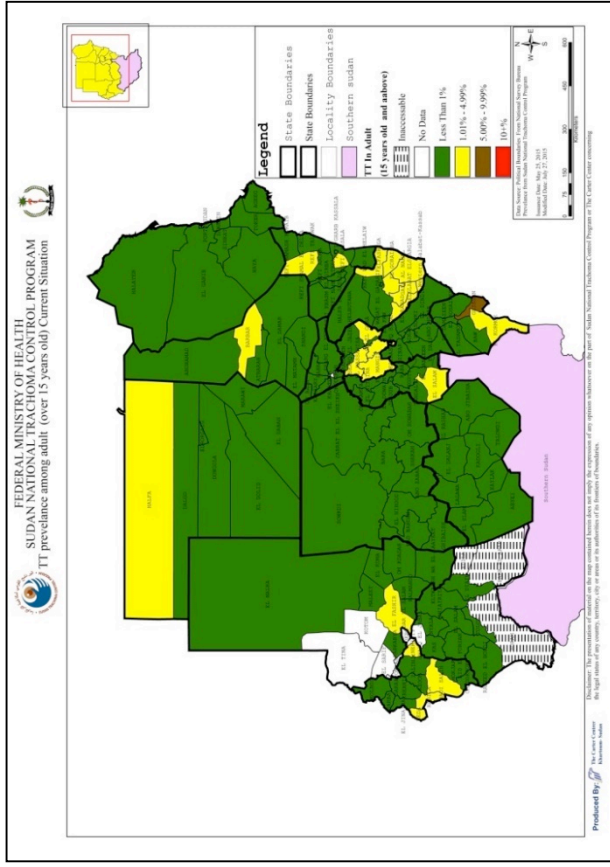
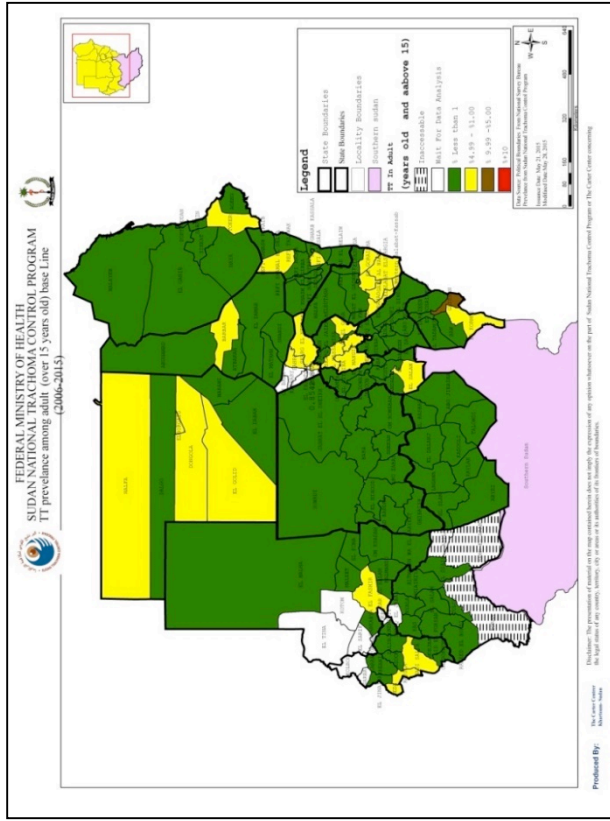
- Le programme n'a pas de chiffres définis pour la construction de latrines

Le programme plaidera auprès de l'Unicef et du programme WES (Water & Environmental Sanitation) pour qu'ils pourvoient à la construction de points d'eau et de latrines, en collaboration avec le WASH, le WES et d'autres, afin de donner la priorité aux communautés où la maladie est endémique dans les activités de WASH/WES prévues. Il encouragera des partenariats pour que, grâce à une expertise et des moyens techniques, il soit plus facile d'accéder à de l'eau saine et de disposer d'installations d'évacuation des excréta dignes de ce nom. Les partenaires et le programme collaboreront à la production de supports d'informations, d'éducation et de communication et d'un programme d'enseignement sur le trachome. En outre, le programme veillera à ce que les programmes scolaires intègrent un volet sur le trachome dans le primaire et le secondaire, ainsi qu'à la bonne compréhension de celui-ci par l'enseignant chargé des évaluations et les élèves.

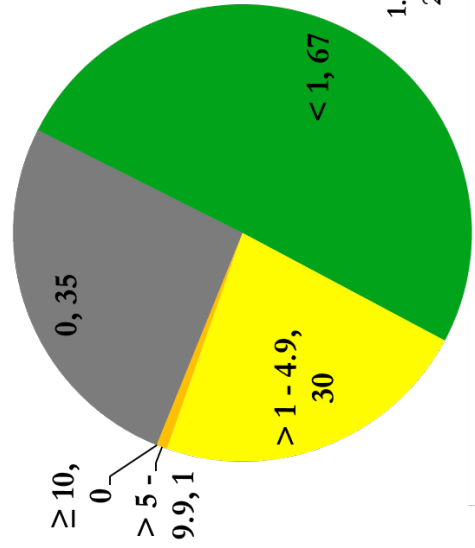
Soudan : Prévalence d'U'TT chez les adultes ≥ 15 ans

Enquête de référence, 2006-2010

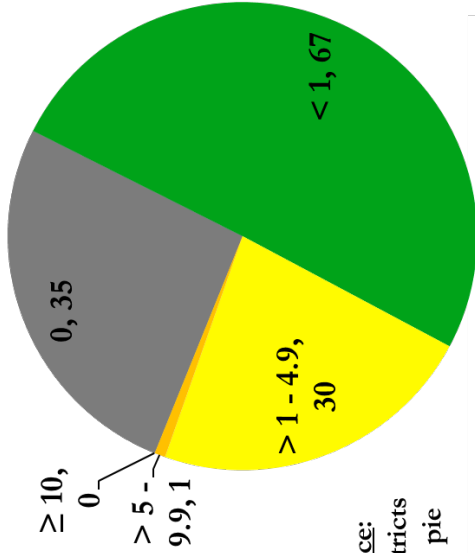
2015



Baseline (n = 133)



Current (n = 133)



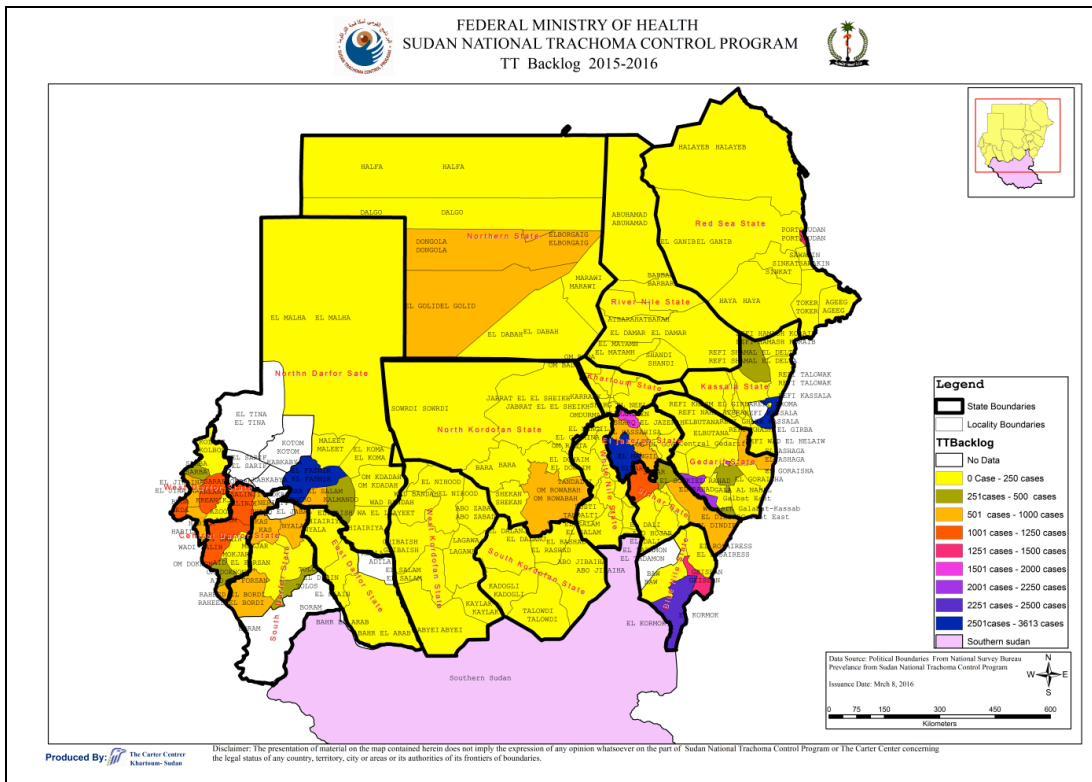
Pie slice:

1. # Districts

2. % of pie

■ < 1% ■ 1 - 4.9% ■ 5 - 9.9% ■ ≥ 10% ■ = 0%

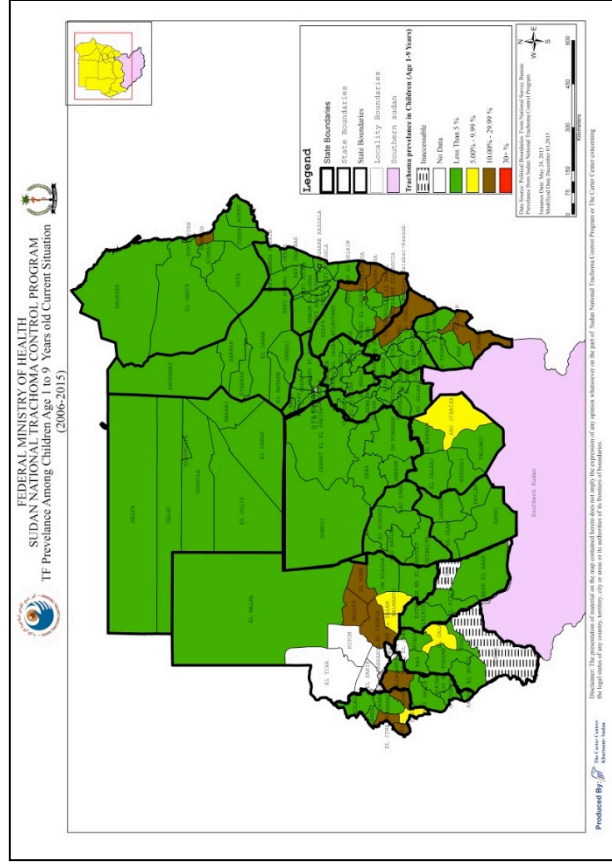
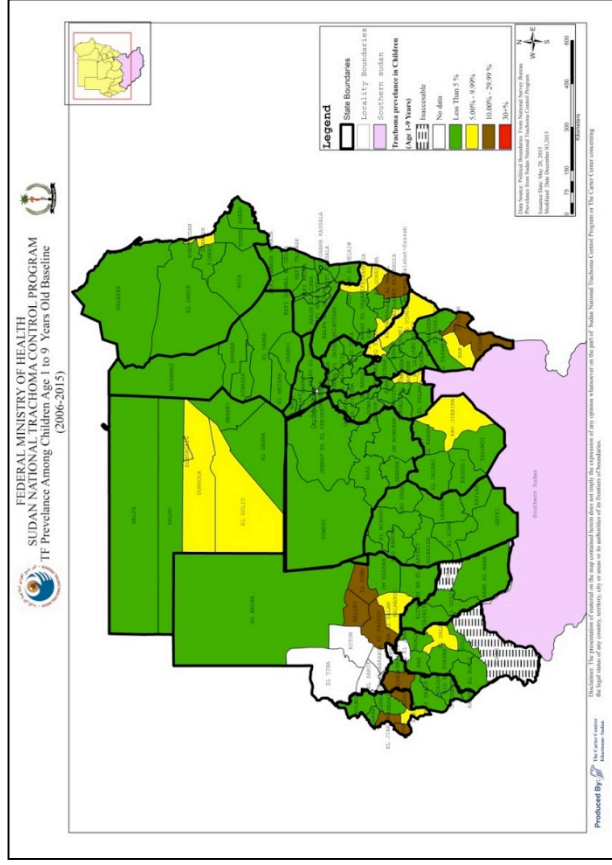
Soudan : Nombre d'opérations non réalisées, 2015



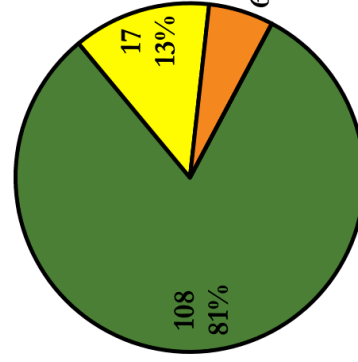
Soudan : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Enquête de référence, 2006-2010

2015



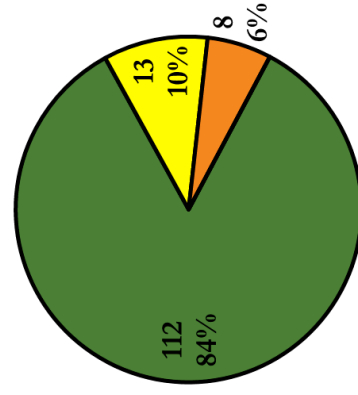
Baseline (n = 133)



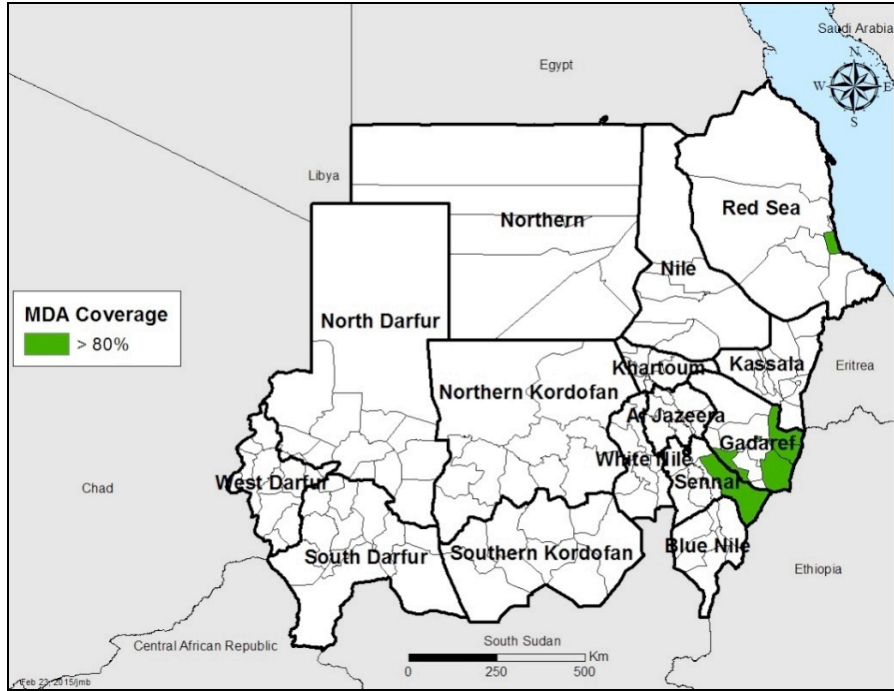
Pie slice:
1. # Districts
2. % of pie

■ < 5% ■ 5 - 9.9% ■ 10 - 29.9% ■ ≥ 30%

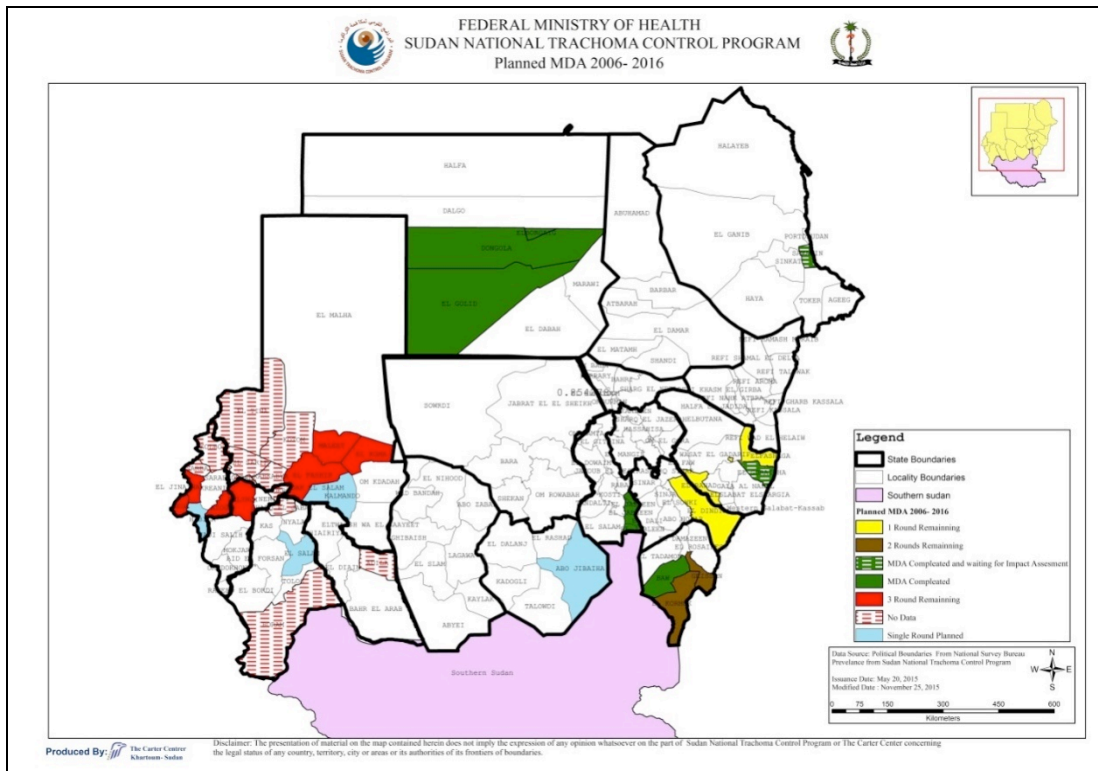
2015 (n = 133)



Soudan : Couverture communiquée pour la MDA, 2015



Soudan : Tournées de MDA restantes, 2015



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 pour les années 2011-2015. Le plan stratégique du secteur sanitaire et d'investissement prévoit d'éliminer le trachome ainsi que quatre autres MTN à l'horizon 2020.

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

Après au moins trois années de MDA, des évaluations d'impact sont en cours depuis 2013 : 19 études d'impact sont menées et 18 autres sont prévues pour 2015. 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 TAP en 2014.

Chronologie des événements

2006-2014 : Cartographie de la situation de référence

2007 : Début du programme national de lutte contre le trachome

2007 : Lancement officiel de MDA pour la lutte contre le trachome avec le Zithromax® offert par Pfizer

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

2014 : La fondation Carter devient partenaire coordinateur pour le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome

2014 : Lancement du TAP

2014 : Début des formations de perfectionnement pour les chirurgiens spécialisés en TT

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome cécitant

Tableau 1. Réalisations du programme en 2015

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	25 112	15 498	8 734 (56 %)
Nbre de femmes opérées			5 994
Nbre de chirurgiens formés		0	0
Nbre de chirurgiens ayant suivi une formation de perfectionnement		25	16 (64 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la MDA	2 058 630	2 058 630	1 267 640 (61 %) ⁷
Doses de POT distribuées pendant la MDA	41 472	41 472	21,547 (52 %) ⁷
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		23 246	23 246 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites		S/O ⁸	S/O

Interventions chirurgicales (S)

Au mois de mars 2016, sur les 48 districts où l'évaluation de référence de 2014 avait établi que la maladie était endémique, aucun n'avait de prévalence du TT supérieure à 10 %. En outre, seulement un peu plus de la moitié de ces districts (25) avaient atteint l'objectif d'élimination de moins de 1 %. En 2015, le programme national ougandais a dépisté 20 780 cas de TT ; seulement 9 513 de ces personnes avaient besoin d'être opérées. Sur celles qui s'avèrent avoir besoin d'une intervention, 10 % (933) ont refusé de se faire opérer. Il en reste donc 8 734 qui ont été opérées, dont près de 6 000 femmes. De plus, 224 personnes ont été épilées. Au rythme actuel des opérations du TT, le retard accumulé, soit 25 112 opérations, mettra trois ans à être rattrapé et il faudrait que le programme réalise au moins 5 022 interventions par an pour être à jour, selon l'objectif d'élimination global du trachome cécitant à l'horizon 2020.

En novembre 2015, le programme a procédé à des validations d'interventions du TT pour vérifier les opérations chez des patients opérés au cours des six mois précédents. L'étude a choisi 120 patients sélectionnés au hasard dans deux districts, chacun dans les régions de Karamoja et de Busoga. Sur les 120 patients sélectionnés, 94 étaient ont été localisés et questionnés : la totalité (100 %) avaient été opérés. Sur ces personnes, 89 (95 %) ont répondu qu'elles étaient satisfaites de l'opération et qu'elles la recommanderaient à d'autres malades qui en ont besoin.

Antibiothérapie (A)

Vingt-et-un districts à risque en Ouganda sont actuellement sous le seuil de moins de 5 % de prévalence du TF. Seulement deux districts se situent au niveau ou au dessus de la barre des 30 % de prévalence, et les dix-huit restants se situent entre ces valeurs-seuils. En 2015, un peu plus de deux millions de doses d'azithromycine ont été distribuées dans dix districts. Dans six d'entre eux, la couverture, d'après l'étude, a été inférieure à 80 %, et dans un seul elle était supérieure à 80 %. Il reste encore trois districts qui n'ont pas communiqué leur taux de couverture.

Il y a maintenant plusieurs nouveaux districts dans la région de Karamoja, dus à la restructuration d'un d'entre eux, et il est possible que le taux de prévalence du TF de référence ne soit pas exact si l'enquête a été menée

⁷Trois districts n'avaient pas encore communiqué leurs chiffres sur les doses distribuées au moment du bilan sur le programme de 2016.

⁸ Il n'a pas été fixé d'objectif pour des latrines pour 2015.

dans chacun de ces nouveaux districts. Suite à cette restructuration, le programme national a relancé son programme d'élimination du trachome dans cette région en faisant appel à des responsables en haut de la hiérarchie, en dispensant une nouvelle formation aux travailleurs sanitaires et à des équipes sanitaires villageoises. La coordination transfrontalière avec le Kenya et le Soudan du Sud doit être favorisée dans ces districts afin, à l'avenir, d'atteindre les objectifs fixés par le programme.

Propreté du visage (F)

Le programme national ougandais a maintenu ses financements pour des activités de F et E dans 17 districts où la maladie est actuellement endémique, notamment en passant des contrats avec trois partenaires du WASH CCC, à la fois au niveau des districts et au niveau national. En 2016, la communication des données de F et E fera partie de la base de données sur le MTN et sera intégrée dans les directives d'assainissement nationales et les directives d'assainissement des établissements scolaires. La diffusion de messages WASH existants sera révisée pour y faire figurer le nettoyage du visage.

Amélioration de l'environnement (E)

La couverture de l'assainissement a atteint ou dépassé l'objectif national de 77 % fixé pour 2015 dans 21 districts sur 48. La couverture des latrines est la plus faible dans la région de Karmoja, qui sera le point focal des interventions prévues pour 2016. Le programme prévoit d'évaluer l'accès à l'eau, les clubs d'assainissement et les comités d'usagers d'eau saine.

Obstacles au développement du programme

En raison de la restructuration des districts dans cette région, il est difficile de comparer la situation de référence aux indicateurs actuels. En outre, il manque des financements pour les interventions de S, de F et E pour d'autres districts endémiques en dehors de Karmoja et Bugosa.

Le programme national a mis le doigt sur un problème : des chirurgiens se rendent dans des districts pour découvrir que le nombre de patients atteints de TT ayant besoin de se faire opérer est plus faible que prévu. On ignore actuellement si cela est dû à une surestimation du nombre d'opérations en retard ou si une mauvaise mobilisation est à l'origine du problème.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2015

Recommandation n 1 : le programme et ses partenaires doivent envisager d'élargir l'aide à trois régions endémiques (28 districts) pour y réaliser des opérations du TT.

Réalisé : en avril 2016, une proposition d'extension sera soumise à Sightsavers et à l'initiative sur le trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust.

Recommandation 2 : le programme doit organiser des réunions de collaboration transfrontalière avec le Soudan du Sud pour mettre sur pied des projets avec les partenaires chargés de la mise en œuvre du programme et les États membres.

Réalisé : en 2015, deux réunions de transfrontalières ont été organisées avec le Soudan du Sud à Nairobi et à Kampala.

Objectifs pour 2016 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (S)

- Opérer 7 531 patients atteints de trichiasis
- Offrir une formation de perfectionnement et certifier 32 chirurgiens spécialistes du TT

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 1 622 529 doses d'azithromycine
- Distribuer 32 451 doses de POT

Propreté du visage (F)

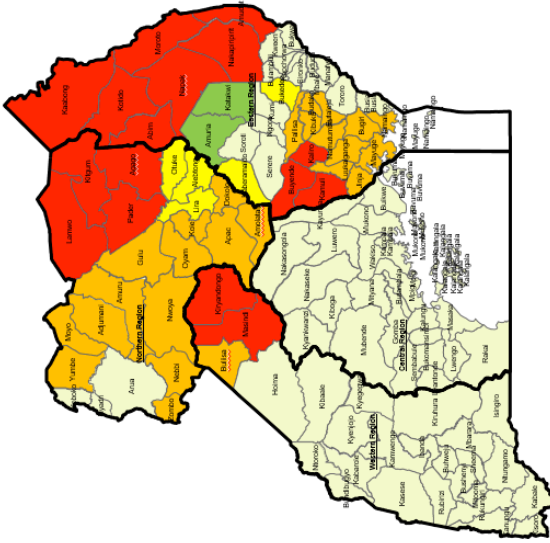
- Apporter une éducation sanitaire à 23 246 villages

Amélioration de l'environnement (E)

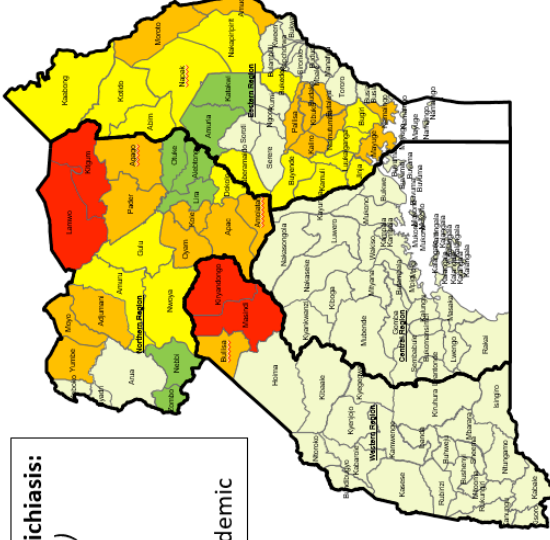
- Construire 403 latrines

Ouganda : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

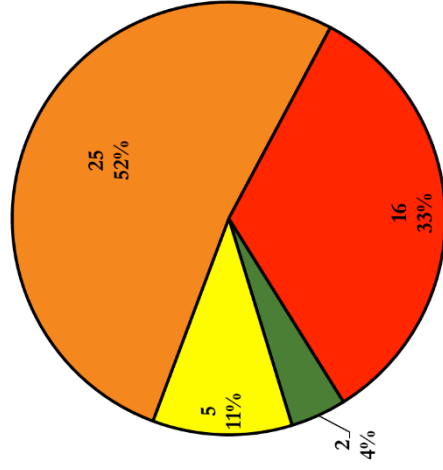
Enquête de référence, 2006-2012



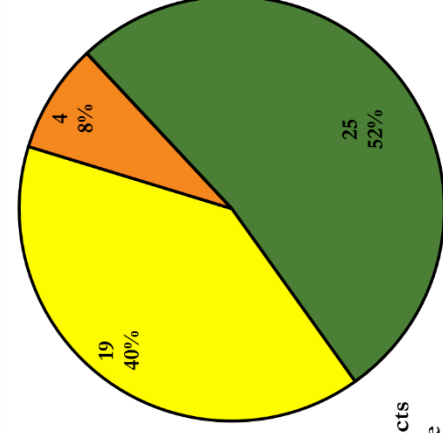
Mars 2016



Baseline (n = 48 districts)



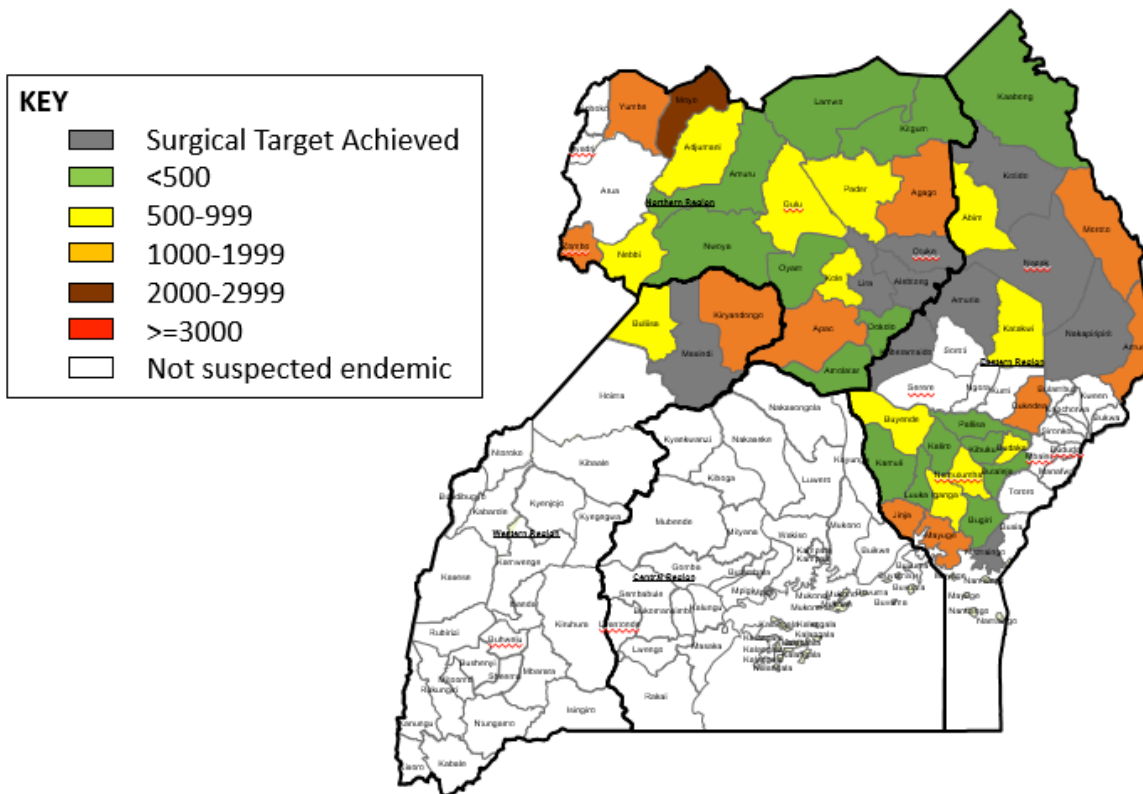
March 2016



Pie slice:
 1. # of districts
 2. % of pie

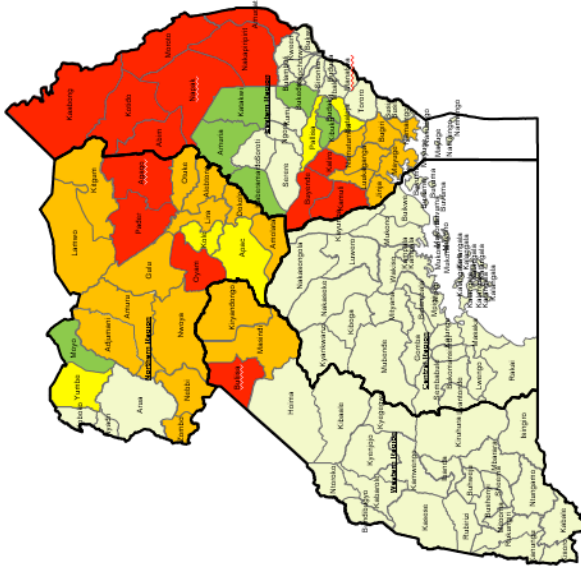
■ <1% ■ 1 - 4.9% ■ 5 - 9.9% ■ >=10%

Ouganda : Nombre d'opérations non réalisées, 2015

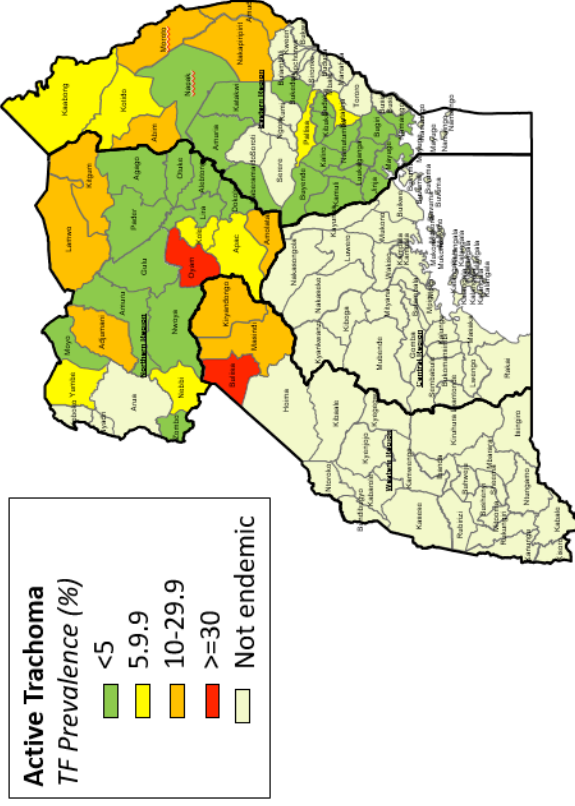


Ouganda : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

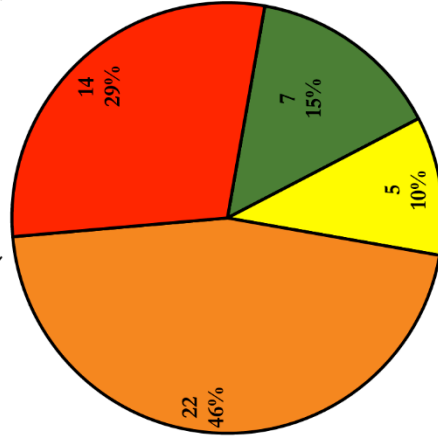
Enquête de référence, 2006-2012



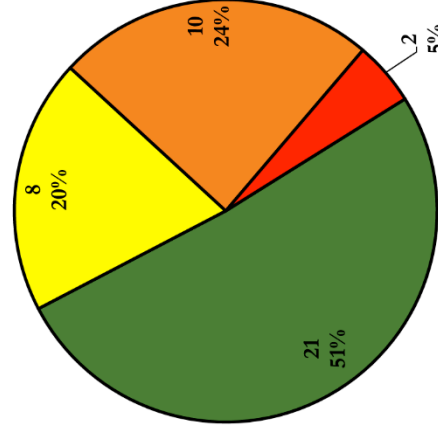
Mars 2016



Baseline (n = 48 districts)



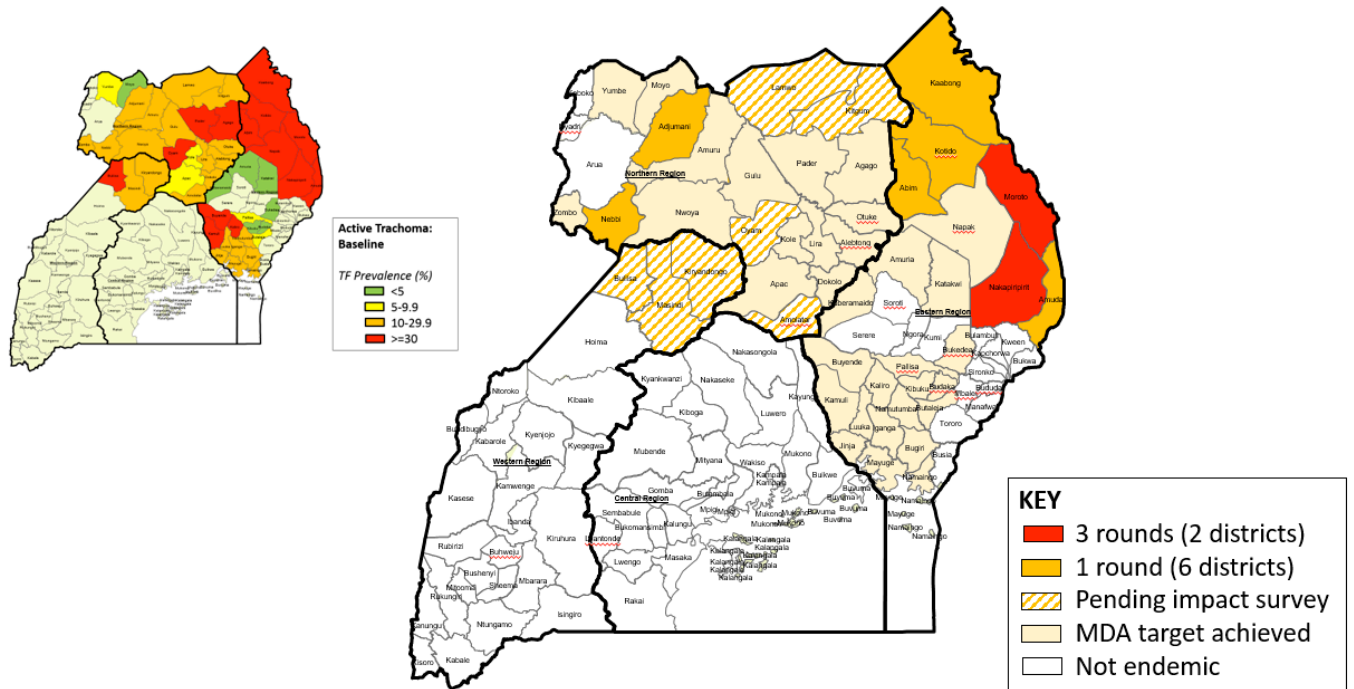
March 2016



Pie slice:
1. # of districts
2. % of pie

■ < 5% ■ 5 - 9.9% ■ 10 - 29.9% ■ ≥ 30%

Ouganda : Tournées de MDA restantes au mois de mars 2016



Ouganda : Couverture communiquée pour la MDA, 2015

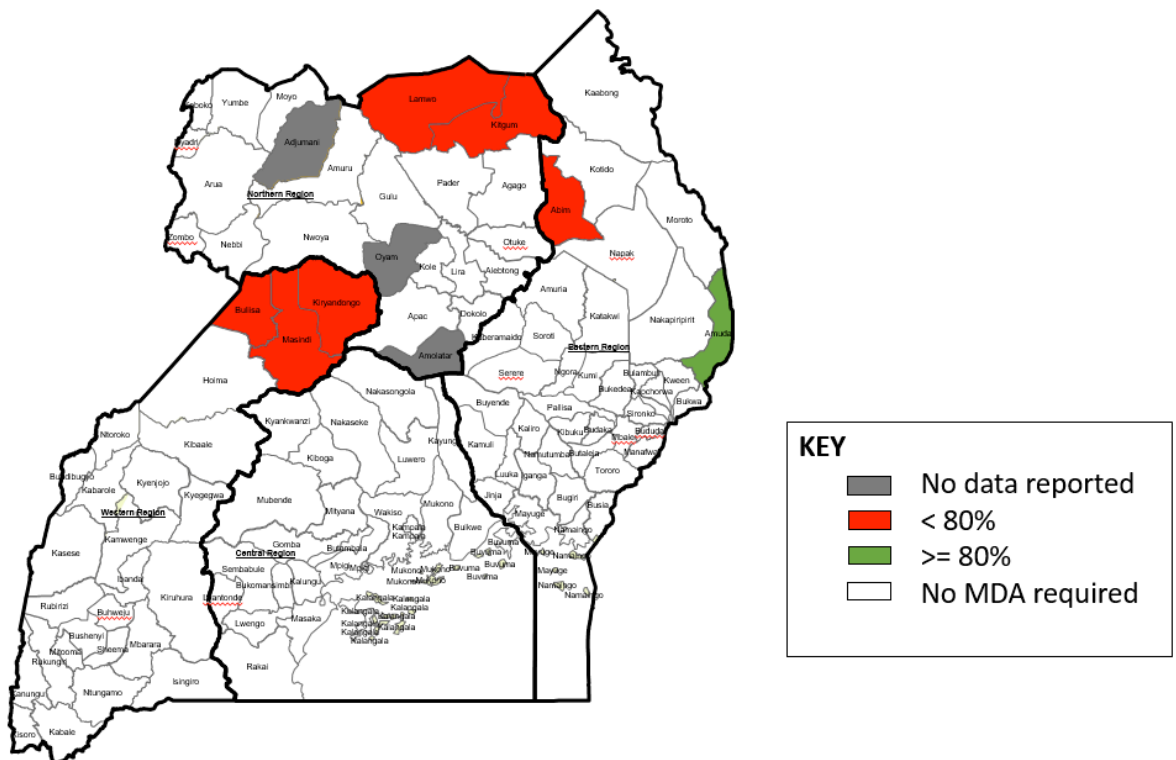


Tableau 1. Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays recevant l'aide du Centre Carter)

Données nationales communiquées pour 2015 lors du dix-septième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 7-9 mars 2016

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total**
Intervention chirurgicale							
Interventions chirurgicales	3 117	12 280	1 134	682	117 087	8 734	143 034
Objectif 2015	6 000	15 000	5 000	2 000	227 821	15 498	271 319
Pourcentage de couverture	52,0 %	81,9 %	22,7 %	34,1 %	51,4 %	56,4 %	52,7 %
Antibiotiques							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	0	N/S	1 576 432	105 688	38 405 928	1 267 640*	40 088 048
Objectif 2015	385 934	2 577 452	1 439 315	1 000 000	44 000 000	2 058 630	51 461 331
Pourcentage de couverture	0,0 %	S/O	109,5 %	10,6 %	87,3 %	61,6 %	77,9 %
<i>Tétracycline</i>							
Doses	0	N/S	0	4 400	N/S	21 457*	4 400
Objectif 2015	4 000	51 550	28 786	10,000	N/S	41 472	135 808
Pourcentage de couverture	0,0 %	S/O	0,0 %	44,0 %	N/S	51,7 %	3,2 %
Éducation à la propreté du visage et à la santé							
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	227	6 018	896	24	N/S	23 246	30 411
Objectif 2015	521	6 018	732	200	N/S	23 246	30 717
Pourcentage de couverture	43,6 %	100,0 %	122,4 %	12,0 %	N/S	100,0 %	99,0 %
Améliorations de l'environnement							
Latrines	7 539	9 945	5 910	5	1 883 050	S/O	1 906 449
Objectif 2015	12 000	10,000	S/O	S/O	2 820 571	S/O	2 842 571
Pourcentage de couverture	62,8 %	99,5 %	S/O	S/O	66,8 %	S/O	67,1 %

S/O = sans objet

N/S = non signalé

* Trois districts n'avaient pas encore communiqué leurs chiffres sur les doses distribuées au moment du bilan du programme de 2016.

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

Tableau 2. Objectifs annuels du Programme national de lutte contre le Trachome 2016 (pays ayant reçu l'aide du Centre Carter)
Objectifs[†] présentés lors du dix-septième bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 7-9 mars 2016[§]

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total**
Intervention chirurgicale							
Personnes à opérer pour un TT	6 000	13 100	5 956	2 500	526 586	7 531	561 673
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine à distribuer pendant la MDA	66 153	3 928 475	3 601 942	245 440	69 424 399	1 622 529	78 888 938
Doses de POT à distribuer pendant la MDA	1 000	80 173	72 038	7 363	N/S	32 451	193 025
Propreté du visage							
Villages à toucher grâce à l'éducation sanitaire					30 % de tous les villages ont accédé au titre de villages modèles		
Amélioration de l'environnement							
Latrines domestiques à construire	300	7 000	350	75		23 246	30 971
	7 000	10,000	S/O	80	3 418 283	403	3 435 766

S/O = sans objet

N/S = non signalé

[§]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'ITI

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

Tableau 3. Mise en œuvre de CHANCE avec l'aide du Centre Carter (réalisations ayant reçu l'aide du Centre Carter)
Résumé des interventions par pays, janvier - décembre 2015

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Intervention chirurgicale						
Personnes opérées pour un TT	838	9 962	766	432	71 460	83 458
Objectif 2015	2 625	10,000	2 000	1 000	58 672	74 297
Pourcentage	31,9 %	99,6 %	38,3 %	43,2 %	121,8 %	112,3 %
Antibiotiques						
Doses d'azithromycine distribuées	S/O	S/O	1 576 432	105 688	15 081 130	16 763 250
Objectif 2015	S/O	S/O	1 439 315	236 000	18 826 517	20 501 832
Pourcentage	S/O	S/O	109,5 %	44,8 %	80,1 %	81,8 %
Éducation à la propreté du visage et à la santé						
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	227	6 018	896	24	3 459	10 624
Objectif 2015	521	6 018	732	30	3 459	10 760
Pourcentage de couverture	43,6 %	100,0 %	122,4 %	80,0 %	100,0 %	98,7 %
Amélioration de l'environnement						
Construction de latrines domestiques	4 399	9 945	S/O	S/O	305 511	319 855
Objectif 2015	9 000	10,000	S/O	S/O	350 000	369 000
Pourcentage	48,9 %	99,5 %	S/O	S/O	87,3 %	86,7 %

S/O = sans objet

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

Interventions cumulatives par pays, 1999-2015

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Personnes opérées pour un IT	29 270	57 663	9 174	6 668	455 881	558 656
Doses d'azithromycine distribuées	698 083	3 780 384	5 083 660	2 697 513	124 962 352	137 221 992
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	2 622	6 018	2 421	3 574	3 459	18 094
Construction de latrines domestiques	100 339	93 717	S/O	646	3 219 746	3 414 448

S/O = sans objet

Figure 1. Persons Operated for TT, Carter Center-Assisted Countries

National Program data as presented for January - December 2015

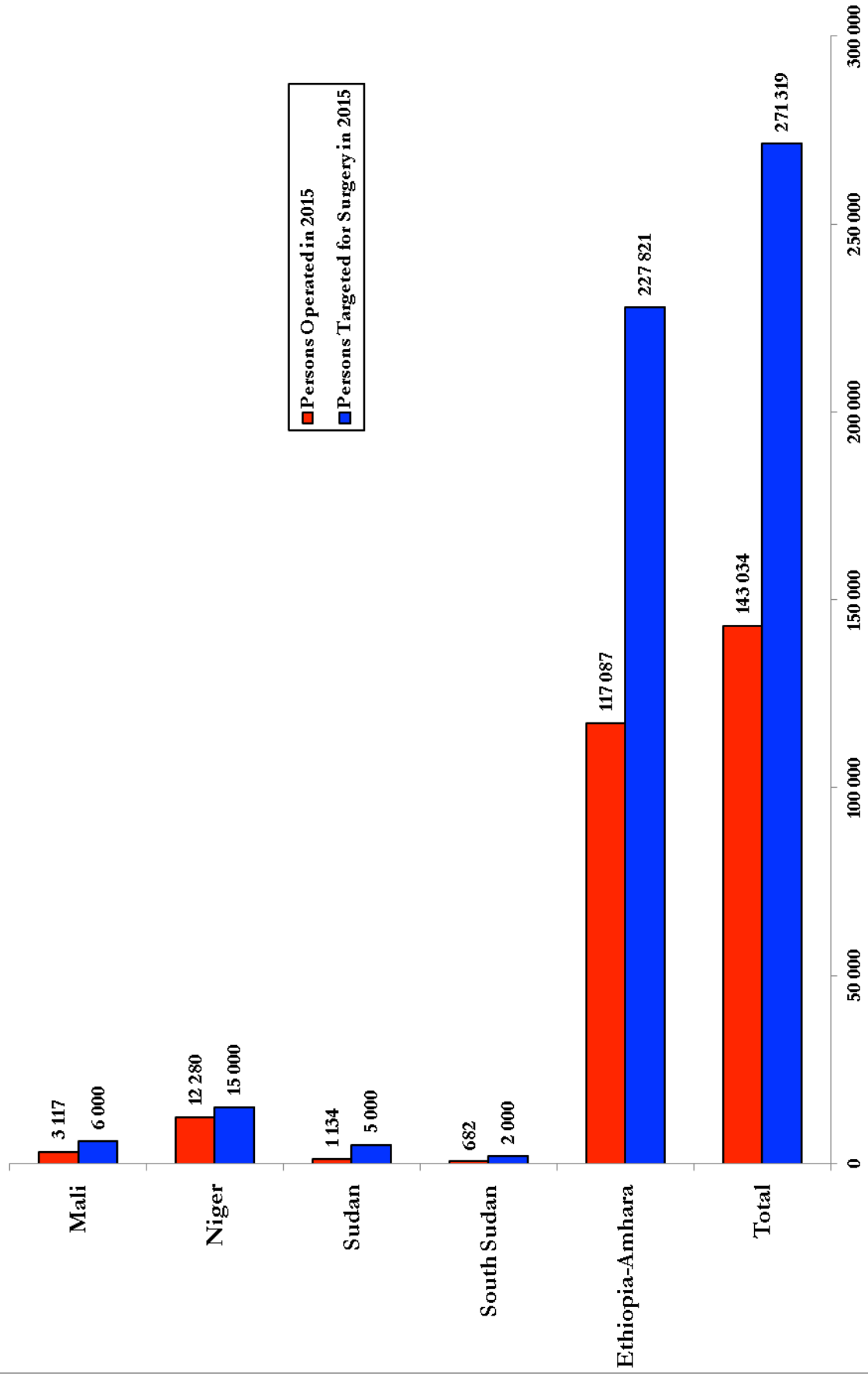


Figure 2. Azithromycin Distribution, Carter Center-Assisted Countries

National Program data as presented for January - December 2015

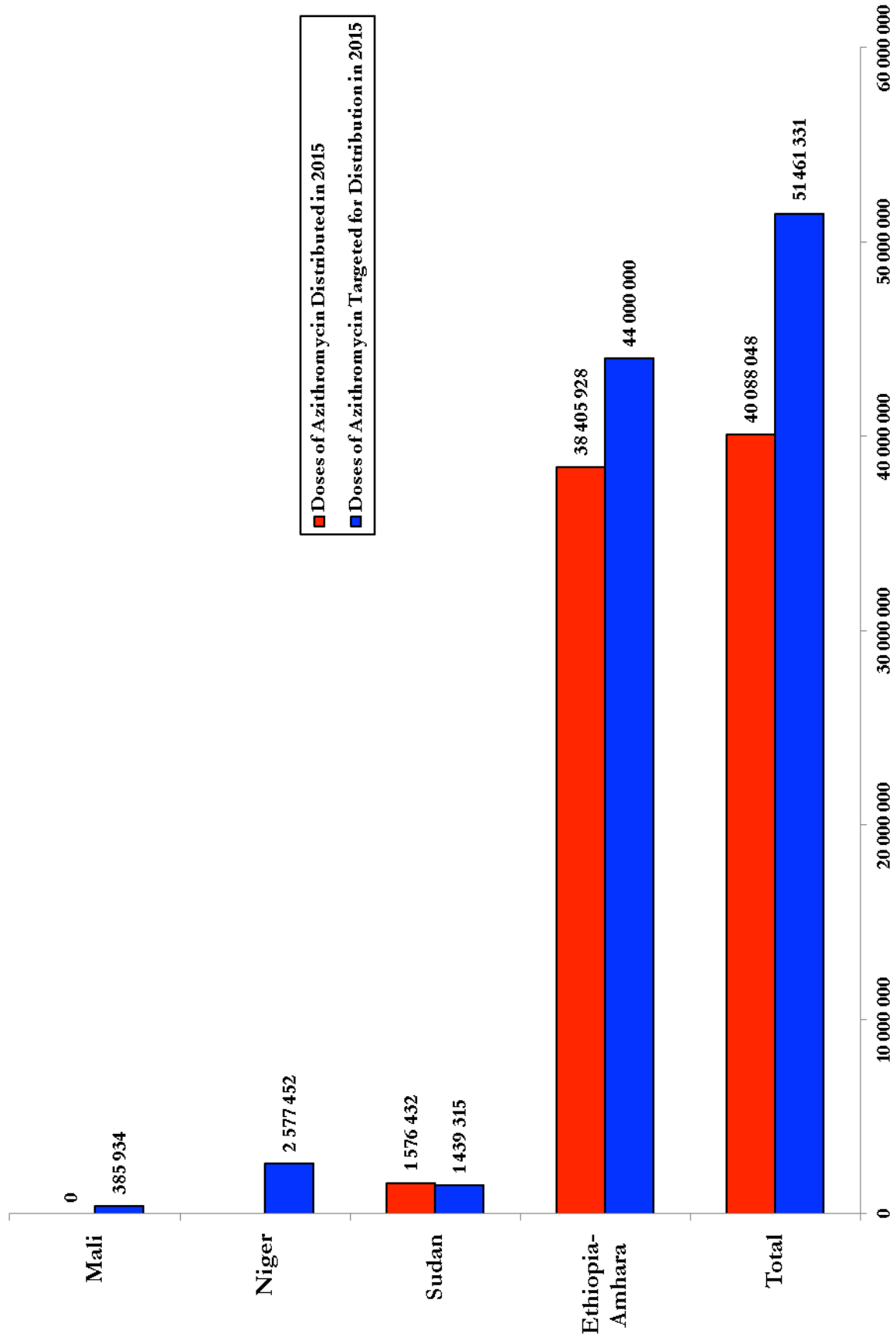


Figure 3. Health Education, Carter Center-Assisted Countries

National Program data as presented for January - December 2015

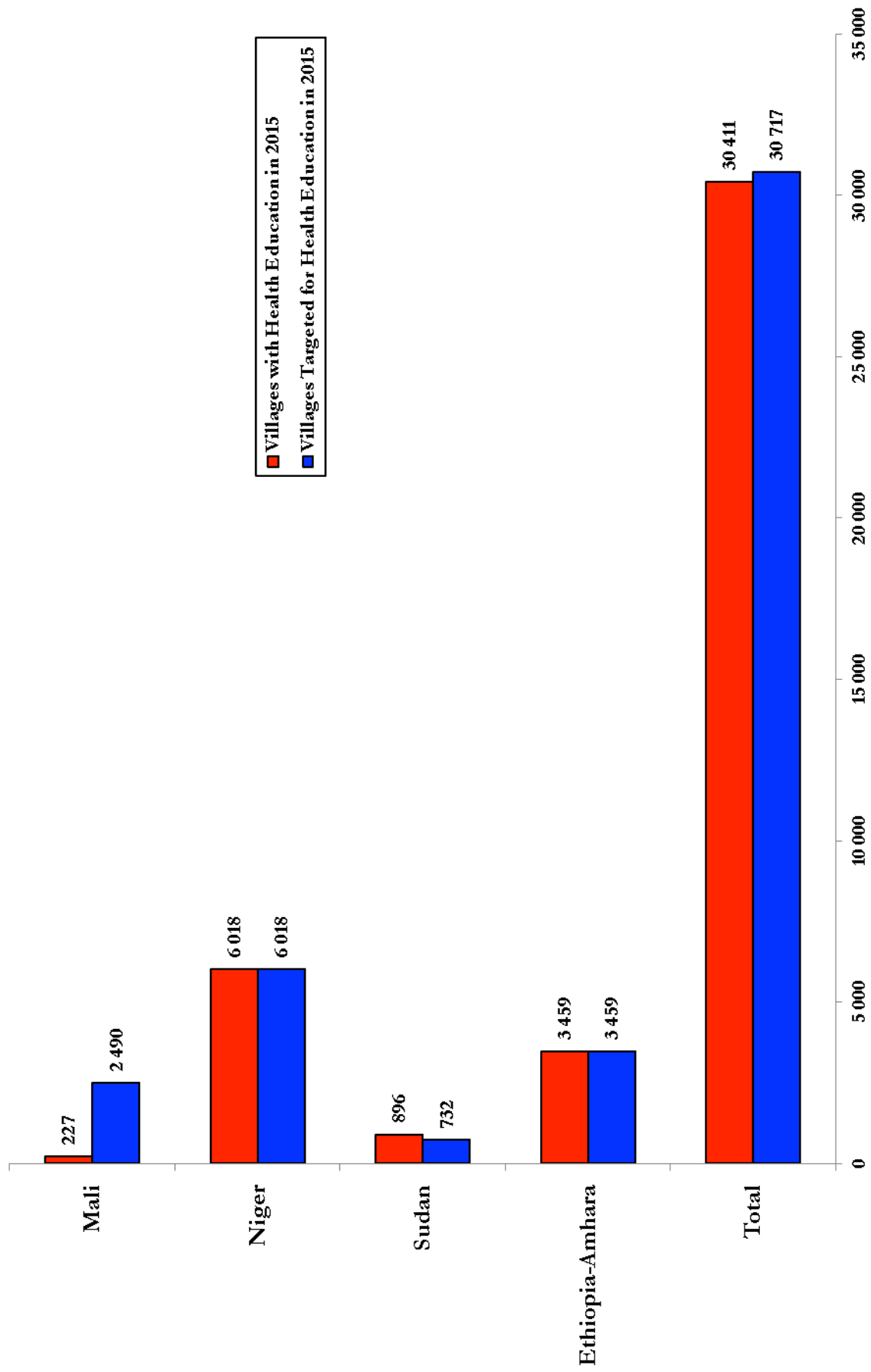
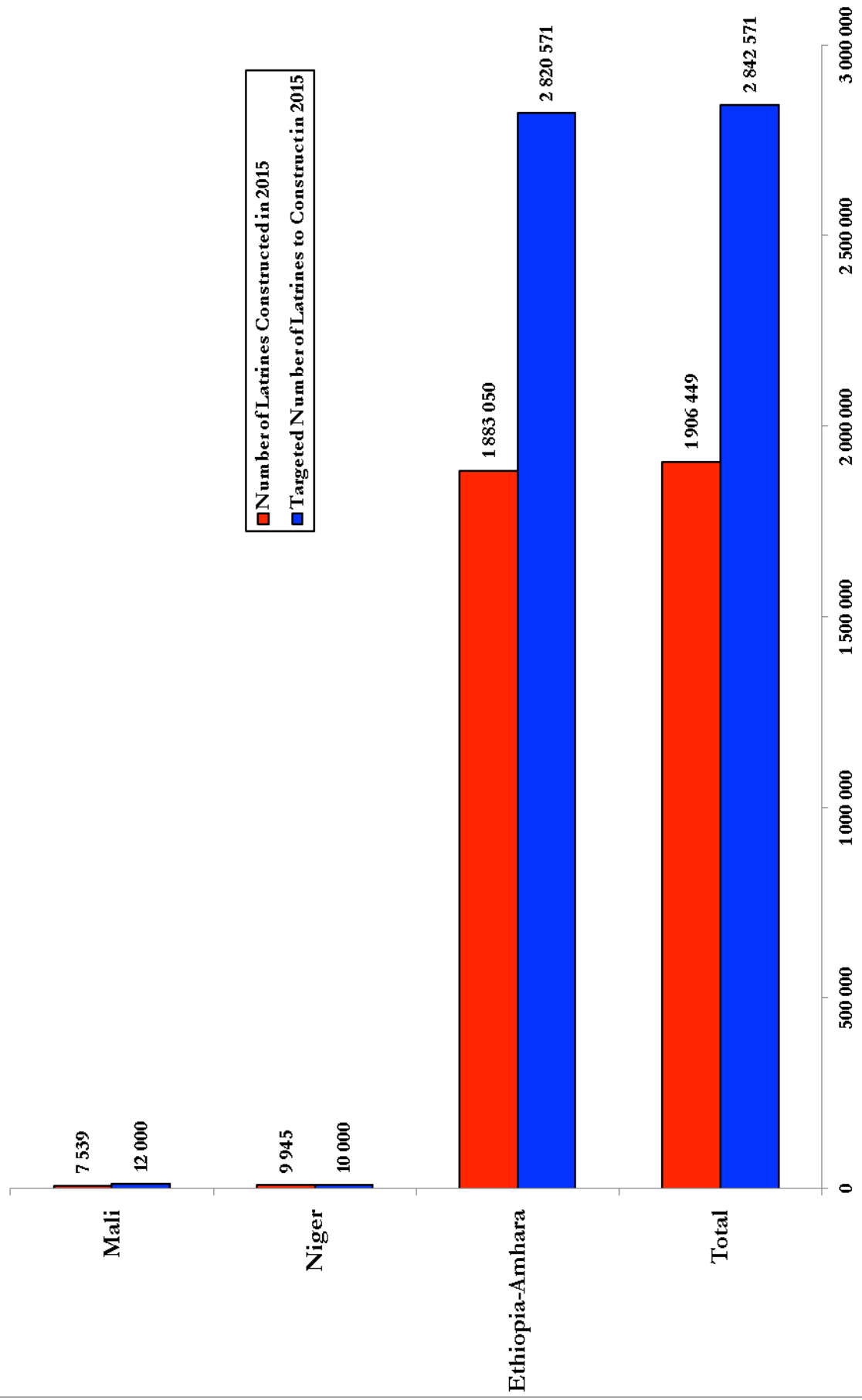


Figure 4. Household Latrines Constructed, Carter Center-Assisted Countries
National Program data as presented for January - December 2015



L'infection à *Chlamydia trachomatis* en Amhara, Éthiopie, 2011-2015

Description du projet et résultats préliminaires

Présenté par Scott D. Nash, PhD, épidémiologue, Centre Carter

Contexte de l'étude

Les programmes de lutte contre le trachome ont recours à des EIT pour mesurer l'impact des interventions sur la prévalence de la maladie. En plus des activités de surveillance et d'évaluation courantes, le programme sur le trachome d'Amhara fait également intervenir des partenaires pour réaliser des projets de recherche opérationnels qui cherchent à améliorer l'efficacité des activités de lutte et constituer des connaissances généralistes sur le trachome. En 2011, le Bureau régional de la Santé d'Amhara, l'Initiative internationale sur le trachome, la Fondation Francis I. Proctor, et le Centre Carter, avec l'aide d'un don d'Abbott en équipements et fournitures de laboratoire, a mis en place un système de réaction en chaîne par polymérase (RCP) *m2000* au laboratoire régional de santé de Bahir Dar (figure 1) qui a considérablement amélioré les capacités de recherche dans la région d'Amhara. L'appareil *m2000* d'Abbott peut servir à détecter une infection à *Chlamydia trachomatis*, l'agent causal du trachome. Devant la promesse d'une augmentation des moyens, des prélèvements oculaires ont été recueillis sur les enfants de toute la région d'Amhara lors d'enquêtes de routine sur l'impact du programme et ont été traités dans l'appareil *m2000*. Les résultats de ce projet pourront permettre de comprendre à la fois le véritable impact des tournées multiples de MDA et les relations entre les signes cliniques du trachome et l'infection à Ct à divers niveaux du programme.

But

L'étude avait pour but de comprendre l'effet de plusieurs années de MDA sur l'infection à Ct en Amhara, Éthiopie, en décrivant la prévalence de l'infection à Ct à l'aide d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de un à cinq ans.

Méthodes

Des enquêtes sur les populations au niveau des districts ont été menées dans la totalité des dix zones d'Amhara, de 2011 à 2015, après cinq années d'interventions CHANCE. La formation des étudiants comprenait un test normalisé avec prises de photos, ainsi qu'un examen de fiabilité sur le terrain. Les signes cliniques de trachome ont été évalués chez tous les individus des foyers sélectionnés. Des échantillons oculaires ont été prélevés sur des enfants de un à cinq ans dont les foyers avaient été inclus dans les enquêtes pour quantifier la prévalence de l'infection à Ct dans les zones. Les prélèvements ont été conservés au froid jusqu'à leur congélation à -20°C au laboratoire. En 2015, le test en temps réel *Abbott RealTime RCP* a servi à détecter l'ADN de Ct à l'aide de l'appareil *Abbott m2000*. Des contrôles qualité appropriés positifs et négatifs et des procédures de contrôle qualité ont été utilisés à chaque étape du test. Des échantillons de chaque district ont été répartis en cinq lots conformément au protocole utilisé dans des essais randomisés par grappe menés en Amhara. La prévalence par district a été déterminée à partir de la prévalence du regroupement par district à l'aide de techniques de probabilité maximale. La prévalence zonale et les intervalles de confiance ont été estimés en utilisant les procédures d'enquête du logiciel Stata.

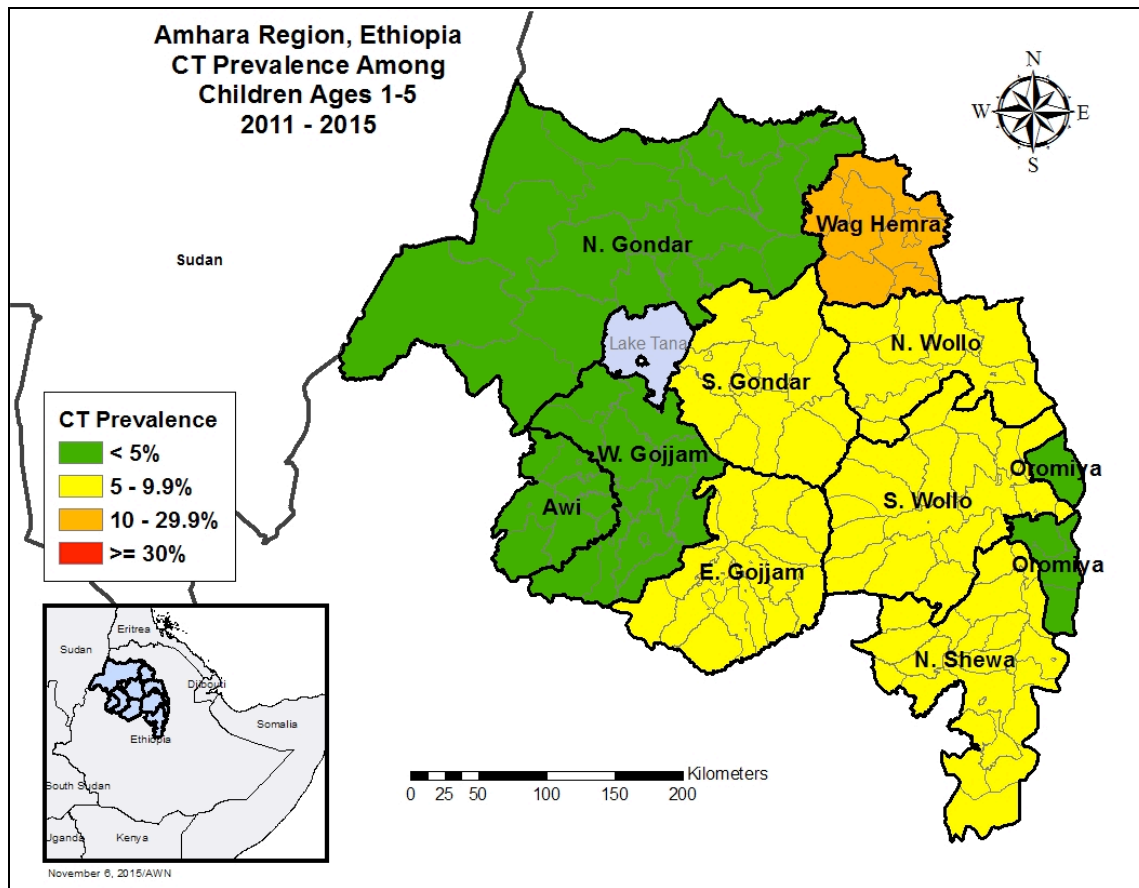
Figure 1. Site du laboratoire régional Bahir Dar d'Amhara, Éthiopie



Résultats préliminaires

14 880 échantillons ont été recueillis dans les dix zones d'Amhara. Un (1) lot témoin négatif sur le terrain (0,7 %) s'est avéré positif au test, indiquant un bon contrôle qualité par le laboratoire. Les signes cliniques du trachome ont été évalués chez 66 411 enfants âgés de un à neuf ans. La prévalence d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans dans la région d'Amhara était de 26,1 %, (95 % d'intervalle de confiance (IC) : 25,2, 27,1), avec une prévalence pour chaque zone allant de 13,6 % à 54,6 %, et la prévalence d'inflammation trachomateuse intense (TI) régionale était de 5,7 % (95 % d'IC : 5,3, 6,1), amplitude zonale : 2,8 % à 13,6 %. La prévalence de l'infection à Ct chez les enfants âgés de 1 à 5 ans était de 5,5 % (95 % d'IC : 4,2, 6,7), avec des estimations zonales allant de 1,0 % dans la zone d'awi à 15,3 % dans la zone de Waghemra (figure 2). Dans chaque zone, la prévalence du TF était supérieure à la prévalence de Ct, tandis que la prévalence de Ct et celle de la TI étaient comparables.

Figure 2. Prévalence de Ct chez les enfants de 1 à 5 ans, Amhara, Éthiopie, 2011-2015



Conclusions préliminaires et prochaines étapes

À notre connaissance, c'est la première fois que des données d'infection à Ct nous sont communiquées au niveau régional dans un cadre programmatique. Grâce à un partenariat avec Abbott et le Bureau régional de la Santé d'Amhara, près de 15 000 échantillons ont été prélevés et testés pour ce projet. Malgré plus de cinq années de MDA, il reste encore un nombre considérable de cas d'infection à Ct en Amhara, qui atteignent un taux de 15,3 % dans la zone de Wagemra. Cependant, la prévalence zonale de Ct était variable, de 1,0 % à 15,3 %. Dans ces analyses préliminaires, une forte corrélation a été établie entre la TI et l'infection à Ct au niveau des zones et il se peut qu'elle constitue un marqueur d'infection potentiel qui pourrait être utilisé par les programmes pour mesurer l'impact.

Que faire après plusieurs cures d'azithromycine : L'essai TIRET

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

Contexte de l'étude

Les stratégies de lutte contre le trachome s'appuient pour commencer sur trois à cinq ans d'administration massive d'azithromycine par voie orale pour réduire l'infection du Chlamydia oculaire, suivies par une réévaluation des niveaux d'infection. Cependant, il n'existe que peu de données d'études de long terme pour guider cette stratégie. Tandis que des traitements massifs répétés peuvent réduire, voire éliminer le Chlamydia oculaire dans certaines populations, sa stabilisation dans des zones plus vastes s'est avérée difficile. D'autres études montrent que ces villages capables d'arriver à une prévalence de l'infection à Chlamydia peuvent voir l'infection réapparaître ultérieurement après l'arrêt des traitements. Alors que la date fixée pour l'élimination du trachome cécitant, 2020, approche, la question subsiste : que faire après plusieurs tournées d'administration massive d'antibiotiques pour maintenir les diminutions de l'infection ?

Dans deux bras de l'étude Amélioration du Trachome dans le nord d'Amhara (ATAN, pour « Trachoma Amelioration in Northern Amhara »), 109 communautés éthiopiennes dans lesquelles le trachome est hyperendémique ont été traitées, par des distributions massives d'azithromycine soit annuelles soit semestrielles sur quatre ans. Ces traitements ont fait baisser l'infection, et dans certains cas, ils l'ont éliminée. L'étude TIRET (« Tripartite International Research for the Elimination of Trachoma », Recherche internationale tripartite pour l'élimination du trachome) est la suite d'ATAN, financée par le NEI/NIH. Elle a été conçue pour suivre les villages des bras ATAN A (traitement annuel) et B (traitement semestriel) pendant 36 mois supplémentaires, afin de déterminer les mesures à prendre pour empêcher l'infection oculaire à Chlamydia de récidiver.

Buts de l'étude

But spécifique n° 1 : pouvons-nous arrêter les antibiotiques après quatre ans ?

But spécifique n° 2 : l'infection peut-elle être complètement éliminée si les traitements de masse se poursuivent pendant plusieurs années ?

But spécifique n° 3 : est-il possible qu'un traitement destiné à des enfants d'âge préscolaire, ou à des foyers qui ont un enfant atteint de trachome cliniquement actif d'âge préscolaire, empêche l'infection de réapparaître dans la communauté dans son ensemble ?

But spécifique n° 1 : Arrêter la distribution massive d'antibiotiques

Nous avons émis l'hypothèse que l'infection réapparaîtrait, même en partant de niveaux bas. Vingt-quatre communautés qui ont reçu des traitements massifs répétés soit annuels soit semestriels sur quatre ans ont fait l'objet d'un suivi prolongé sur trois années supplémentaires après l'arrêt des distributions, pour déterminer si l'infection oculaire à Chlamydia était réapparue.

But spécifique n° 1 – résultats : La prévalence moyenne de l'infection oculaire à Chlamydia chez les enfants de 0 à 9 ans avant les distributions massives d'azithromycine était de 40,6 % (95 % d'IC 36,9 à 43,9 %) pour les bras A et B d'ATAN dans l'ensemble. Douze communautés ont reçu 4 distributions massives d'azithromycine et douze autres ont reçu huit distributions semestrielles avant d'arrêter le traitement. Six mois après l'arrêt des distributions massives, la prévalence moyenne était de 8,3 % (95 % d'IC, 4,2 à 12,4 %) chez les enfants de 0 à 9 ans. Après trois années sans autre traitement, la prévalence moyenne s'est élevée à 14,7 % (95 % d'IC, 8,7 à 20,8 %) ; $P = 0,04$. L'infection oculaire à Chlamydia a également enregistré une hausse chez

les personnes de 10 ans et plus pendant la même période, passant d'une moyenne de 0,7 % (95 % d'IC 0,2 à 1,2 %) à 3,1 % (95 % d'IC 1,3 à 4,9 %) ; $P = 0,01$. Il n'a pas été constaté de différences significatives entre les groupes de traitement annuels et semestriels dans la prévalence moyenne de l'infection oculaire à Chlamydia ou d'augmentation de la prévalence sur la durée.

But spécifique n° 1 – conclusion : Quatre années de distributions massives d'azithromycine répétées ont ramené la prévalence de l'infection oculaire à Chlamydia à un niveau bas. Bien que la réapparition de l'infection après l'arrêt des traitements soit significative, elle n'a pas été rapide. Trois ans après le traitement, l'infection est revenue à un tiers du niveau qu'elle avait avant le traitement. Néanmoins, un traitement d'entretien semble nécessaire pour l'élimination du trachome dans les zones où la maladie est hyperendémique.

But spécifique n° 2 : continuer la distribution massive d'antibiotiques

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'infection serait totalement éliminée dans toutes les communautés. Dans ces bras, douze communautés ont continué à recevoir des traitements massifs annuels et douze ont continué à recevoir des traitements tous les six mois pendant trois années supplémentaires. Un échantillon aléatoire d'enfants de 0 à 9 ans de chaque communauté a fait l'objet d'un suivi afin de détecter la présence d'infection oculaire à Chlamydia six mois après le dernier traitement massif.

But spécifique n° 2 – résultats : Les douze communautés sélectionnées au hasard pour recevoir une administration massive d'azithromycine annuelle ont reçu huit distributions d'antibiotiques et les douze communautés désignées pour l'administration semestrielle ont reçu quinze distributions d'antibiotiques sur sept ans. Six mois après la dernière distribution massive, la prévalence moyenne de la chlamydia oculaire chez les enfants de 0 à 9 ans était de 4,5 % (95 % d'IC 1,4 à 9,2 %) chez les communautés traitées une fois par an et de 1,7 % (95 % IC 0,5 à 3,9 %) chez les communautés traitées tous les six mois ($P = 0,25$). Lors de la dernière visite, 6 (50 %) communautés traitées une fois par an et 9 communautés (75 %) traitées tous les six mois ont eu zéro infections à Chlamydia détectées ($P = 0,40$).

But spécifique n° 2 – conclusion : Sept ans de distributions massives d'azithromycine n'ont pas suffi à éliminer le Chlamydia oculaire dans une région où le trachome est hyperendémique dans toutes les communautés. Les administrations annuelles massives d'azithromycine n'ont pas eu de nette supériorité sur le traitement annuel.

But spécifique n° 3 : distribution d'antibiotiques prévue

Nous avons émis l'hypothèse que si nous identifions et traitons les cas d'infection cliniquement active, cela retarderait ou empêcherait la réapparition, un coût nettement inférieur à celui du traitement massif de tous les individus. Un traitement annuel a été ciblé sur les enfants de 0 à 5 ans dans douze communautés et le traitement a été destiné à des foyers de douze communautés distinctes qui comptaient au moins un enfant d'âge préscolaire atteint de trachome cliniquement actif (TF/TT), identifié au moyen d'un examen.

But spécifique n° 3 : résultats Le taux d'infection a augmenté entre la situation de référence et 36 mois dans les deux bras de traitement : de 4,3 % il est passé à 9,3 % dans le bras où le traitement visait des enfants d'âge préscolaire, et il est passé de 2,8 % à 7,0 % lorsque le traitement visait des cas cliniquement actifs et leur foyer. Les analyses de rapport coût/efficacité ne sont pas encore terminées.

But spécifique n° 3 : conclusion Les deux approches, viser d'une part les enfants d'âge préscolaire et d'autre part les foyers comportant des enfants infectés par le trachome, ont réussi à maintenir un niveau de trachome bas (< 10 %). Aucune des stratégies d'entretien ne s'est avérée supérieure à l'autre.

Conclusion

Cette étude montre qu'il est difficile d'éliminer le trachome entièrement dans toutes les communautés grâce à un traitement antibiotique massif. Après l'arrêt de l'administration massive de médicaments, il semble qu'une forme de traitement d'entretien soit nécessaire pour parvenir à éliminer le trachome dans les endroits où la maladie est hyperendémique. Des stratégies de traitement ciblé peuvent économiser des moyens et empêcher le retour de l'infection aux niveaux antérieurs aux traitements. Le traitement ciblé soit des enfants d'âge préscolaire soit des enfants atteints de trachome actif et de leur foyer semble constituer des options de traitement d'entretien viables.

Formation de distributeurs de MDA, mobilisation des communautés et connaissance de la MDA par les communautés : Évaluation qualitative post-MDA dans l'est d'Amhara, Éthiopie

Présenté par M. Eshetu Sata, responsable du suivi et des évaluations, Centre Carter, Éthiopie

Contexte

Pour la lutte contre le trachome, l'OMS recommande la stratégie CHANCE. Dans les communautés où la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans dépasse 10 %, une MDA annuelle à l'échelle de toutes les communautés au niveau des districts est justifiée. Pendant la MDA, on propose de l'azithromycine pour tous les membres de la communauté âgés de plus de six mois, à l'exception des femmes qui se déclarent enceintes au cours de leur premier trimestre.

La campagne MalTra d'une semaine a été lancée en 2008 en Amhara, en Éthiopie, et a couvert la totalité de la région dans laquelle il y avait une MDA annuelle. Depuis 2008, la MDA s'est poursuivie dans les zones éligibles, et la plus récente campagne de MDA a été terminée en juin 2015 dans l'est d'Amhara. La formation de distributeurs de MDA, la mobilisation de la communauté et son savoir sont déterminants dans la mise en œuvre de la MDA. Une étude qualitative, postérieure à la MDA, a été menée pour mieux comprendre la formation et la supervision des distributeurs de MDA, la sensibilisation des communautés et leur mobilisation, sous la direction des travailleurs sanitaires.

Buts de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient :

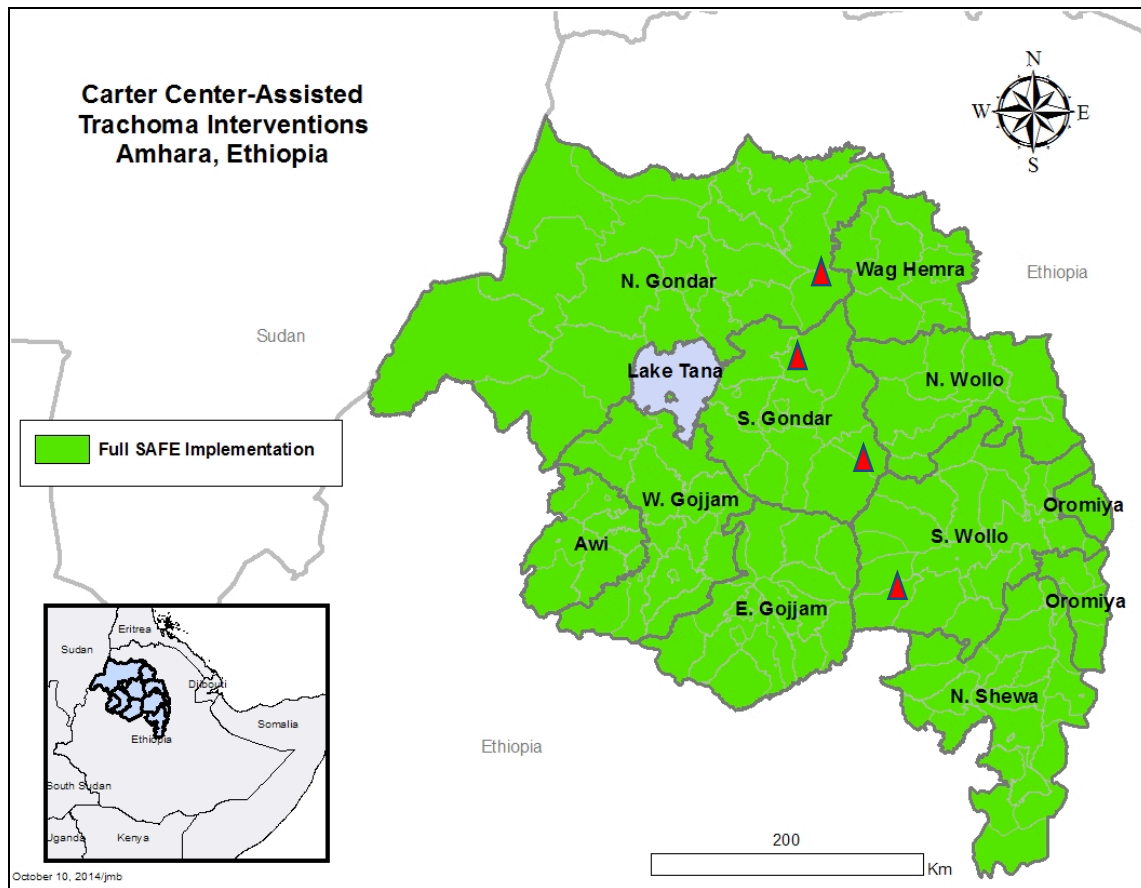
1. Déterminer si les formations aux campagnes de MDA ont été menées conformément aux recommandations.
2. Déterminer le rôle des travailleurs sanitaires dans la sensibilisation et la mobilisation des membres des communautés pendant la campagne.
3. Déterminer si la communauté avait connaissance et conscience des activités de mobilisation de MDA pendant la campagne.

Méthodes

L'étude a été menée en juin 2015 dans quatre districts sélectionnés d'Amhara est : deux dans lesquelles, d'après les rapports, la couverture de la MDA était élevée (Tehuldere et Taramber) et deux où elle était faible (Sekota Town et Lasat) (campagne XIII contre le trachome, mai 2015). Des interviews de parties prenantes avec des travailleurs sanitaires (objectifs 1 et 2) ont été menées pour déterminer si les formations aux campagnes de MDA étaient menées conformément aux recommandations et quel était le rôle des travailleurs sanitaires pour apporter des connaissances aux communautés et susciter leur mobilisation durant ces campagnes. Des débats en groupes de discussion (FDG) avec des membres des communautés ont été organisés pour déterminer quelle connaissance et quelle conscience la communauté avait des activités de mobilisation de MDA. Les participants aux FDG étaient des enseignants, des chefs religieux, des membres de l'Armée de développement de la santé, entre autres. Les collecteurs et les superviseurs de données ont reçu une formation uniformisée sur les objectifs de l'étude et son instrument.

Les résultats des interviews de parties prenantes et des FDG ont été transcrits et traduits in extenso en anglais. Une série de transcriptions sélectionnées au hasard (25 %) ont été comparées à leur enregistrement par un membre du personnel formé qui n'avait pas participé au recueil des données. Les transcriptions en anglais ont été analysées dans Max QDA à l'aide de techniques de « *memoing* » et de codage pour créer des groupes thématiques basés sur les objectifs de l'étude. Au total, 12 entretiens et 4 FDG ont été menés, avec un total de 35 participants.

Figure 1 : Lieu des enquêtes qualitatives dans l'est d'Amhara, Éthiopie, juin 2015



Résultats

Les rôles et les responsabilités à tous les niveaux (responsables sanitaires de district, AVS, HDA) ont été bien compris et tous les districts ont reconnu l'importance de l'implication multisectorielle des parties concernées pendant la campagne de MDA. La nouvelle version du manuel de formation a été bien reçue et la formation des distributeurs de médicaments est mise en œuvre de manière uniforme, conformément aux procédures normalisées, quoiqu'une formation d'une journée n'est peut-être pas suffisante. S'agissant de la mobilisation de la communauté et de l'éducation sanitaire, les résultats de l'étude ont montré que l'implication de l'Armée de développement de la Santé (HDA, pour « Health Development Army ») donnait de bons résultats dans la mobilisation des communautés et leur éducation à la santé, et elle a été qualifiée d'« essentielle » dans toutes les zones pour garantir la participation. Grâce à l'éducation sanitaire permanente, les sentiments négatifs à l'égard des médicaments ont été dissipés et les gens ont continué à prendre le médicament. L'étude a également révélé que les MDA devaient être avoir lieu dans un endroit central du village et un lieu de distribution du médicament commode et accessible. Ces constats font ressortir la participation de l'HDA et des chefs des communautés dans la mobilisation sociale, et il semble qu'une éducation sanitaire complète améliore la couverture des MDA. Il y a plusieurs recommandations à faire pour améliorer la couverture : rallonger la durée de formation à deux jours, faire participer l'HDA et les chefs des communautés à la mobilisation sociale, et continuer à dispenser une éducation sanitaire complète avant et pendant les campagnes.

Appliquer les expériences de F et E : Table ronde

Animée par Mme Angelia Sanders, directrice associée, Centre Carter

Participants à de la table ronde :

Mme Aisha Stewart, directrice associée, Centre Carter

M. Belay Bayissasse, responsable du programme sur le trachome, Centre Carter, Éthiopie

Mme Zeinab Abdalla, responsable du programme Trachome, Centre Carter, Soudan

Dr Edridab Tukabebwa, responsable national du programme sur les MTN, Ministère de la Santé, Ouganda

Objet

Si l'on veut éliminer le trachome cécitant, toutes les composantes de la stratégie CHANCE doivent être en place. Cependant, on accorde souvent moins d'attention et de moyens financiers à deux d'entre elles : la propreté du visage et l'amélioration de l'environnement. De nombreux programmes nationaux ont le désir de mettre en place des activités de F et E mais ils ne savent pas où et comment commencer. Un débat spécialement consacré à ces aspects a été mené pour mettre en lumière certaines des activités de F et E qui ont lieu dans divers pays. L'objectif de ce débat était de donner aux participants toute une série d'idées d'activités de F et E, ainsi que les enseignements qu'en ont tirés les pays qui les avaient mis en œuvre.

Éthiopie

En 2015, le Centre Carter, en partenariat avec le Bureau régional de la Santé, a conduit une évaluation qualitative des changements de comportement en Amhara, Éthiopie. Cette étude de communication sur les changements de comportement (CCC) a été réalisée pour évaluer les facteurs déterminants qui influencent le nettoyage du visage, la construction de latrines, leur réparation et leur utilisation, et le lavage des mains. Les résultats de cette étude ont permis d'identifier des opportunités de diffusion de messages et la mise au point d'outils éducatifs appropriés. Un district de chacune des dix zones d'Amhara a été sélectionné à dessein pour être inclus dans l'étude. Dans chacun de ces districts, deux villages ont été choisis. Des interviews semi-structurées ont été menées au niveau des foyers et avec des AVS. Des discussions de groupe (DG) et des activités participatives d'apprentissage ont été organisées avec des bénévoles de l'Armée de développement de la santé, des enseignants d'écoles primaires, des élèves du primaire et les chefs des communautés. Ces interviews et les DG ont eu lieu en langue locale (amharique) et ils ont été enregistrés. Les enregistrements ont été transcrits in extenso puis traduits en anglais. Une grille de codage dans MaxQDA a été créée en fonction des thèmes récurrents et une comparaison a été effectuée entre les zones. L'étude a comporté certaines limites, et notamment la volonté des participants de se montrer ouverts pendant l'interrogatoire, les longs trajets à effectuer entre les foyers sur terrain accidenté et le temps qu'il a fallu pour analyser de grandes quantités de données qualitatives.

L'étude a révélé d'importantes informations sur la perception que les membres des communautés avaient du nettoyage du visage et des latrines. Les participants reconnaissent que le nettoyage du visage est source de propreté et de bonne hygiène et qu'il peut empêcher la maladie. Toutefois, ils ont cité plusieurs raisons de ne pas le faire : le manque de savon, une stigmatisation des femmes qui seraient « trop propres », le peu d'eau disponible, la fatigue en fin de journée et la paresse. En outre, les membres des communautés ont reconnu que les latrines apportaient de l'intimité (surtout aux femmes), prévenaient les maladies et amélioraient la propreté environnementale. Malgré les avantages, on invoque des raisons à ne pas construire ou utiliser de latrines, par exemple : le terrain ne se prête pas à la construction, il n'y a pas de place pour cela, pas assez

d'argent ou de temps, on ne sait pas comment construire des latrines, la défécation dans la nature est une tradition, les latrines provoqueraient la constipation, et la peur de tomber dans le trou.

Les résultats de l'étude ont été intégrés à la révision du programme Trachome auprès des écoles, qui a pour but : 1) d'améliorer la propreté du visage chez les enfants des écoles primaires 2) inciter les élèves à avoir des comportements qui empêchent le trachome 3) améliorer les comportements favorables à une bonne hygiène. La révision des programmes scolaires a inclus en outre quatre ateliers avec divers intervenants des secteurs de l'éducation et de la santé, des collaborateurs de la fondation Francis I. Proctor de l'université de Californie à San Francisco et un consultant externe sur le programme scolaire. Les objectifs de ces ateliers étaient de réunir des acteurs qui travaillent dans l'éducation et d'apporter des avis et des contributions à chaque phase de la révision. Par la suite, tous les matériels seront pilotés dans la région d'Amhara avant d'être finalisés. À terme, plus de 15 000 enseignants travaillant dans plus de 7 000 établissements scolaires dans la province d'Amhara seront formés à utiliser les matériels documentaires révisés pour les écoles afin de promouvoir des changements de comportement et d'augmenter l'adoption des composantes de F et E de la stratégie CHANCE.

Soudan

En 2011, le Programme national de lutte contre le trachome (NTCP) a conduit une enquête sur les habitudes de consommation de médias dans l'État de Gedaref pour mieux comprendre quels sont les comportements quotidiens des communautés en matière de médias et les méthodes les plus efficaces pour diffuser des messages d'éducation à la santé. Les supports d'éducation sanitaire sont révisés régulièrement, modifiés et testés sur le terrain avant d'être imprimés. Une fois finalisés, ils sont distribués pendant toutes les activités de lutte contre le trachome et comprennent des manuels, des autocollants, des affiches, des dépliants, des calendriers, des t-shirts, des casquettes, des sacs, etc.

Les campagnes médiatiques font appel à des diffusions de messages à la télévision et à la radio, des interviews de professionnels médicaux, des clubs d'écoute d'émissions de radio, des haut-parleurs dans les villages, des jeux de rôle, des films, des campagnes d'assainissement environnemental et d'amélioration et la distribution de matériels d'éducation sanitaire. Les campagnes auprès des communautés comportent la désignation d'un chef communautaire auquel est confié le rôle de référent, la diffusion de messages de F et E pendant les cérémonies d'ouverture, auxquelles assistent des politiciens, des décideurs et des chefs communautaires, ainsi que des discussions hebdomadaires en groupe à des moments et dans des lieux indiqués (par exemple : des mosquées, des clubs sociaux et des établissements scolaires). Les groupes de femmes sont également invités à participer.

En 2015, le programme national a travaillé à associer le MFdS et le ministère fédéral de l'Éducation à coordonner leurs efforts pour améliorer l'éducation sanitaire dans les écoles. Avec l'aide du Centre national pour la recherche sur le programme scolaire (NCCER, pour National Centre for Curriculum and Education Research), le Centre Carter et le NTCP ont conçu des supports d'éducation sanitaire, tandis que le NCCER et le MFdE ont révisé les programmes d'enseignement sur le trachome et les ont approuvés. Ensemble, le MFdE, le NTCF et le Centre Carter ont produit des consignes à l'intention des enseignants pour les écoles élémentaires et secondaires sur la façon de dispenser des informations relatives à la lutte contre le trachome. Des ateliers de formation ont été menés pour les enseignants sur la façon dont les nouveaux programmes d'enseignement sur le trachome devaient être mis en œuvre. En 2015, 72 coordinateurs d'État, des inspecteurs de l'éducation des localités et des coordinateurs d'hygiène scolaire ont été formés aux programmes d'enseignement sur le trachome pour être les formateurs des enseignants. 2 000 enseignants ont

été formés aux programmes d'enseignement sur le trachome et 105 000 programmes sur le trachome et 1 900 manuels ont été distribués dans les écoles élémentaires et secondaires. Dans le cadre de ce programme dans les écoles, des livres, des tableaux-papiers et des affiches sont utilisés dans les écoles et pour animer les jeux de rôles auxquels participent les élèves les plus âgés en classe. Il est à espérer que la programmation à l'école incitera les écoles et les élèves à s'impliquer davantage dans les campagnes d'assainissement dans la communauté et que les élèves partageront ce qu'ils ont appris avec leur famille et les membres des communautés, devenant ainsi des acteurs du changement.

Ouganda

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust a accordé un financement spécialement pour des activités de F et E dans 17 districts en Ouganda. Une analyse de situation pour la F et E a été menée pour ces 17 districts (situés à Busoga et Karamoja) afin de comprendre où en était le projet WASH dans ces régions. Suite à l'analyse, un atelier a été organisé avec des représentants du MdS, du ministère de l'Eau et de l'Environnement, du ministère de l'Éducation et des Sports et de diverses organisations travaillant sur WASH et sur le trachome. Pendant cet atelier, les partenaires en sont arrivés à un consensus selon lequel des activités de F et E doivent être mises en place dans le pays :

1. 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.
2. Révision et diffusion de consignes d'assainissement dans les écoles
3. Révision et diffusion de consignes d'assainissement nationales
4. Élaboration d'une stratégie sociale et de CCC à utiliser dans le cadre de campagnes médiatiques (radio, télévision, vidéo etc.).

Un comité de révision composé de représentants des ministères a choisi les meilleures propositions ou les meilleurs partenaires pour chaque activité. Water Aid Uganda et Water Missions Uganda seront chargés du point n° 1, tandis que le Centre universitaire John Hopkins pour les programmes de communication (JHU-CCP) aura la responsabilité des points 2 à 4 ; toutefois, les campagnes médiatiques élaborées par le JHU-CCP seront mises en œuvre par Water Aid et Water Missions.

En plus des activités de F et E citées ci-dessus, la collaboration mutuelle entre le MdS et les partenaires qui travaillent à ces activités s'est intensifiée. Les partenaires chargés de la F et E assistent à des réunions de points trimestriels et annuels sur le trachome et y participent pleinement. Les activités de F et E des partenaires sont incluses dans le plan de mise en œuvre trimestriel détaillé et dans les comptes rendus envoyés au MdS. Le Programme du MdS sur les MTN et le Centre Carter sont devenus membres du groupe de travail national sur l'assainissement, et des représentants des partenaires F et E ont été trouvés pour être membres du comité technique sur les MTN.

Voici quelques-uns des enseignements qui en ont été tirés : l'importance de procéder à une analyse de situation sur les MTN qui existent et les activités de WASH afin de savoir s'il manque des activités sur le trachome ; connaître les effets bénéfiques des premiers ateliers avec les parties prenantes et parvenir à un consensus sur les priorités à accorder aux activités, afin de donner à chacun le sens de sa responsabilité vis-à-vis des tâches qu'il assume ; rédiger des propositions, trouver des partenaires, négocier des contrats et les finaliser, tout cela prend du temps et exige de la patience ; et enfin, l'aide financière apportée aux partenaires WASH pour intégrer les messages sur le trachome dans leurs activités a contribué à les faire participer au projet.

Chirurgie de rotation postérieure du tarse comparée à la rotation bilamellaire du tarse pour la TT en Éthiopie : essai randomisé contrôlé

Présenté par M. Esmael Habtamu, Bureau du Programme de Recherche sur le Trachome, la London School of Hygiene and Tropical Medicine

Contexte de l'étude

L'opération de la paupière est réalisée afin de remédier au TT pour empêcher la cécité. Des efforts sans précédent ont été déployés pour augmenter le nombre global d'opérations du trichiasis et améliorer l'issue clinique, afin de rattraper le retard qui ne cesse de se creuser. Cependant, le trichiasis récidivant est fréquent, ce qui constitue un frein considérable pour prévenir la perte de vision due au trachome. Parmi les nombreux facteurs contribuant à la récurrence du trichiasis, le type d'opération est déterminant. [1-3]. Deux procédures sont recommandées par l'OMS et sont régulièrement pratiquées : la rotation bilamellaire du tarse (RBLT) et la rotation lamellaire postérieure du tarse (RPLT). Toutefois, la relative efficacité de ces deux interventions chirurgicales n'est pas connue, et depuis de nombreuses années, l'OMS cherche à savoir quelle est celle qui a le plus faible taux de récurrence. [4]. Dotée d'une taille d'échantillon et d'une durée de suivi suffisantes, cette étude a été réalisée pour savoir laquelle de ces deux opérations les plus souvent pratiquées avait la meilleure issue clinique dans un cadre programmatique et laquelle donnait les meilleurs résultats. [5].

But

Déterminer si c'est l'intervention par RBLT ou l'intervention par RPLT qui donne les meilleurs résultats dans des conditions programmatiques.

Méthodes

Un essai clinique randomisé contrôlé en simple aveugle a été mené en Éthiopie. Les participants avaient un TT de la paupière supérieure et au moins un cil touchant l'œil, ou bien ils présentaient une épilation, en association avec une cicatrice de la conjonctive tarsienne. Les critères d'exclusion étaient d'avoir moins de 18 ans, de présenter une récurrence du trichiasis après une chirurgie antérieure, de l'hypertension, et une grossesse. Les participants ont été répartis aléatoirement (1/1) pour recevoir soit l'intervention par RBLT soit l'intervention par RPLT, stratifiée par chirurgien. Les séquences ont été produites par ordinateur par un statisticien indépendant. L'intervention a été réalisée dans le cadre d'une communauté en suivant les directives de l'OMS. Les participants ont été examinés à 6 mois et à 12 mois par des évaluateurs qui ignoraient quelle intervention ils avaient reçue. Le critère principal était la proportion cumulée de personnes ayant développé un trichiasis récidivant au bout de douze mois. Les analyses principales étaient en intention de traiter modifiée. L'effet de l'intervention a été estimé par régression logistique, avec contrôle du chirurgien comme effet fixe dans le modèle.

Résultats

Il y a eu 1 000 participants atteints de trichiasis recrutés, répartis aléatoirement entre les traitements et traités (501 dans le groupe RBLT et 499 dans le groupe RPLT) entre le 13 février 2014 et le 31 mai 2014. Huit participants n'ont pas été vus soit à la visite de suivi à 6 mois soit à celle à 12 mois et ont été exclus de l'analyse : 3 du groupe RPLT et 5 du groupe RPLT. Le taux de suivi à 12 mois a été de 98 %. Le trichiasis récidivant cumulé au bout de 12 mois a été plus fréquent dans le groupe RBLT que dans le groupe RPLT (110/496 [22 %] contre 63/496 [13 %] ; odds ratio ajusté (OR = 1,96, 95 % d'IC 1,40–2,75 ; p = 0,0001), avec une différence de risque de 9,50 % (95 % d'IC, 4,79–14,16). Pour les critères secondaires, le RBLT s'est

accompagné d'un saignement plus important (OR = 2,76 ; 95 % d'IC, 1,27–6,00), infection postopératoire (OR = 4,44 ; 95 % d'IC, 2,11–9,33), douleur postopératoire (OR = 1,46 ; 95 % d'IC, 1,24–1,89) et en cours de correction. Bien qu'il n'y ait pas eu de différence d'anomalie cliniquement significative du contour de la paupière (« eyelid contour abnormality », ECA), le groupe RBLT comportait moins d'ECA cliniquement non significatif (RRR = 0,50 ; 95 % d'IC, 0,34–0,73). La RBLT s'est accompagnée d'un plus faible nombre de cas de granulomes postopératoires (OR = 0,41 ; 95 % d'IC 0,20–0,83).

Conclusion

La procédure par RPLT s'est avérée supérieure à celle par RBLT pour ce qui est du nombre plus faible de récurrences du trichiasis, et du nombre plus faible de complications intra-opératoires et postopératoires immédiates. La RPLT pourrait être l'intervention à préférer pour la prise en charge programmatique du trichiasis trachomateux. Nous suggérons que les nouveaux chirurgiens stagiaires à la fois dans les programmes bien établis et les nouveaux programmes soient formés à la procédure par RPLT. En outre, de nouvelles recherches sont à envisager pour savoir si les personnes déjà formées à pratiquer des interventions par RBLT doivent suivre une formation de perfectionnement à l'intervention par RPLT.

Auteurs : *Esmael Habtamu*^{1, 2}, *Tariku Wondie*², *Sintayehu Aweke*², *Zeribun Tadesse*², *Mulat Zeribun*², *Zebideru Zewudie*³, *Amir Bedri Kello*⁴, *Chrisy b. Roberts*¹, *Paul M. Emerson*⁵, *Robin L. Bailey*¹, *David C. W. Mabey*¹, *Saul N. Rajak*¹, *Kelly Callahan*⁶, *Helen A. Weiss*¹, and *Matthew J. Burton*¹

Affiliations : ¹ *London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni.* ² *Centre Carter, Addis Abeba, Éthiopie.* ³ *Bureau régional de la Santé d'Amhara, Bahirdar, Éthiopie.* ⁴ *Light for the World, Addis-Abeba, Éthiopie.* ⁵ *Initiative internationale sur le trachome, Atlanta, États-Unis.* ⁶ *Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis*

Références

1. Reacher M, Huber M, Canagaratnam R, Alghassany A (1990) A trial of surgery for trichiasis of the upper lid from trachoma. *British Journal of Ophthalmology* 74 : 109-113.
2. Reacher M, Muñoz B, Alghassany A, Daar AS, Elbualy M, et al. (1992) A controlled trial of surgery for trachomatous trichiasis of the upper lid. *Archives of Ophthalmology* 110 : 667-674.
3. Rajak SN, Collin JR, Burton MJ (2012) Trachomatous trichiasis and its management in endemic countries. *Surv Ophthalmol* 57 : 105-135.
4. World Health Organization (2000) Report of the fifth meeting of the OMS Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma. Geneva : World Health Organization
5. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, Tadesse Z, Zerihun M, et al. Posterior lamellar versus bilamellar tarsal rotation surgery for trachomatous trichiasis in Ethiopia : a randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*.

Impact de l'opération du trichiasis sur la qualité de vie : étude longitudinale en Éthiopie

Présentée par M. Esmael Habtamu, bureau du programme de recherche sur le trachome,

Centre Carter, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Contexte de l'étude

Le trichiasis trachomateux réduit considérablement la vision et la qualité de vie liée à l'état de santé (QdV), même lorsque la vision n'est pas atteinte. [1]. Bien que l'opération du trichiasis soit pratiquée partout pour traiter cette maladie, on ne dispose que de peu de données sur l'effet de l'intervention sur la QdV. Nous avons mesuré les effets de l'intervention du trichiasis sur la vision et la QdV dans une étude longitudinale menée dans la région d'Amhara, en Éthiopie. [2].

But

Déterminer les effets de l'intervention du trichiasis trachomateux à long terme sur la qualité de vie liée à la vision et à la santé chez les personnes touchées.

Méthodes

1000 participants adultes souffrant de trichiasis (1000 cas) ont été recrutés et 200 participants recrutés à des fins de comparaison ont été appariés, tous les cinq cas, à un cas de trichiasis selon l'âge, (+/- deux ans), le sexe et le lieu. La qualité de vie liée à l'état de la vision (VRQdV) et la qualité de vie liée à l'état de santé (HRQdV) ont été mesurées au moyen de questionnaires de l'OMS, la première avec le PBD-VF20 et la seconde avec le OMSQOL-BREF, au moment du recrutement et douze mois après. Tous les cas de trichiasis ont été opérés gratuitement avec une intervention classique aussitôt après le recrutement. Pour les cas et les participants recrutés à des fins de comparaison, la différence moyenne dans les scores de QdV entre le recrutement et le suivi a été estimée à l'aide de la régression linéaire des effets aléatoires. La différence de statut du trichiasis par rapport à la référence a été analysée à l'aide de la régression linéaire des effets aléatoires, ajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la situation socio-économique.

Résultats

À 12 mois de suivi, des données ont été recueillies sur 980 cas de trichiasis (soit 98 %) et 198 participants recrutés à des fins de comparaison (soit 98 %). À cette visite de suivi, les scores de VR QdV et d'HR QdV des cas de trichiasis s'étaient nettement améliorés dans toutes les sous-échelles, passant de 19,1 à 42,0 points ($p < 0,0001$) et dans tous les domaines, passant de 4,7 à 17,2 points ($p < 0,0001$). En revanche, chez les participants recrutés à des fins de comparaison, rien ne démontrait une amélioration dans les scores de domaines pour la VRQdV et l'HRQdV pendant le suivi. L'amélioration des cas de VRQdV et de HRQdV était indépendante de la présence d'une amélioration de l'acuité visuelle à 12 mois. Cependant, des améliorations plus importantes ont été constatées parmi les cas de trichiasis, dont l'amélioration visuelle a été comparée à ceux qui présentaient une détérioration de la vision ou aucun changement, dans les sous-échelles de VRQdV pour la vision globale ($p < 0,0001$), l'état physique ($p = 0,006$) et le fonctionnement général ($p = 0,03$). Dans l'analyse multivariée, un allongement de la durée du trichiasis ($p < 0,02$) et une opacité cornéenne centrale à la référence ($p < 0,005$) étaient des facteurs prédictifs d'améliorations plus importantes dans toutes les sous-échelles de VRQdV.

Conclusions

Les résultats apportent nettement la preuve que l'opération du trichiasis a des avantages qui dépassent la simple prévention du risque de trichiasis, et qu'elle améliore aussi la VRQdV que l'HRQdV, même quand il n'y a pas de changement dans l'acuité visuelle. Il faudra déployer des efforts sans précédent pour intensifier les programmes chirurgicaux pour le trichiasis et apporter sans délai une intervention chirurgicale pour empêcher le risque de perte de la vue, mais également pour améliorer le bien-être général et la perception que les personnes atteintes ont de la santé.

Auteurs : *Esmael Habtamu^{1,2}, Tariku Wondie², Sintayehu Aweke², Zerihun Tadesse², Mulat Zerihun², Aderajew Mohammed², Zebideru Zewudie³, Kelly Callahan⁴, Paul M. Emerson⁵, Robin L. Bailey¹, David C. W. Mabey¹, Saul N. Rajak¹, Hannah Kuper¹, Sarah Polack¹, Helen A. Weiss¹, and Matthew J. Burton¹*

Affiliations : *¹ London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni. ² Centre Carter, Addis-Abeba, Éthiopie. ³ Bureau régional de la Santé d'Amhara, Bahirdar, Éthiopie. ⁴ Le Centre Carter, Atlanta, États-Unis. ⁵ Initiative internationale sur le trachome, Atlanta, États-Unis.*

Références

1. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, Tadesse Z, Zerihun M, et al. (2015) The Impact of Trachomatous Trichiasis on Quality of Life : A Case Control Study. *PLoS Negl Trop Dis* 9: e0004254.
2. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, Tadesse Z, Zerihun M, et al. (2016) Impact of Trichiasis Surgery on Quality of Life : a longitudinal study in Ethiopia. Submitted to *PLOSNTD*.

L'utilisation de HEAD START dans les formations de perfectionnement et la supervision de soutien au Niger

Présenté par le Dr Emily Gower, professeure associée, Wake Forest University, et Mme Stephanie Palmer, responsable du programme, MTN, Helen Keller International

Contexte de l'étude

La date fixée pour l'élimination du trachome cécitant est 2020 et, par conséquent, les pays intensifient leurs efforts sur le plan chirurgical afin de tenir cet objectif. De nombreux chirurgiens, nouveaux et déjà en exercice, ont besoin de formation et d'une supervision d'appui pour pouvoir apporter des services chirurgicaux de qualité, ce qui est essentiel pour le recrutement et la satisfaction des patients. Cela sert également à s'assurer que ce que l'on gagne en atteignant les buts ultimes d'interventions pour la chirurgie du trichiasis n'est pas sapé par les cas de trichiasis postopératoires.

Jusqu'à récemment, les chirurgiens nouvellement formés au trichiasis passaient directement d'une formation théorique en classe à des opérations sur des patients vivants. Le mannequin HEAD START a été mis au point pour combler le fossé entre ces deux réalités et il a donné la preuve des avantages qu'il avait pour la formation de nouveaux chirurgiens. Cependant, avant le projet actuel, HEAD START n'avait jamais été utilisé auparavant dans des cours de perfectionnement et une supervision de soutien.

But de l'étude

Notre but a été de mettre au point et de tester un protocole pour incorporer HEAD START dans une formation de perfectionnement/supervision d'appui avec des chirurgiens du trichiasis expérimentés et de déterminer si cette manière de procéder pouvait améliorer les compétences de ces chirurgiens.

Méthodes

On a fait signer un consentement éclairé à chaque stagiaire et aux patients atteints de trichiasis qui allaient être opérés dans le cadre de cette étude. Les stagiaires ont réalisé une ou deux opérations sur des patients, sous l'observation d'un maître formateur. Ensuite, les formateurs ont fait passer une formation normalisée aux stagiaires sur HEAD START qui a commencé par une démonstration d'opération sur HEAD START par le formateur ; ensuite, une méthode pas-à-pas, par laquelle le formateur menait une étape, que le stagiaire imitait ; ensuite, le formateur a pratiqué une opération sous l'observation du formateur et avec son aide ; et enfin, le stagiaire a réalisé une opération sur HEAD START sous l'observation du formateur mais sans son aide. Enfin, le stagiaire a mené deux autres opérations sur des patients vivants.

Des données ont été recueillies sur un formulaire de données normalisé à trois différents moments : après les premières opérations sur patients vivants, après la formation sur HEAD START et après la deuxième série d'opérations sur des sujets vivants. Le formateur a évalué les stagiaires sur onze compétences différentes⁹, et les techniques ont été notées sur une échelle de un (médiocre) à cinq (excellent). Des scores de un et deux ont été considérés inacceptables et nécessitent un complément de formation ; des scores de trois à cinq ont été considérés acceptables et il n'a pas été exigé du stagiaire qu'il continue à se former.

⁹ Enfiler les gants, maintenir la stérilité, administrer l'anesthésie, positionner les sutures de traction, positionner le plateau Trabut/réaliser correctement l'éversion de la paupière, manipuler les instruments, faire une incision droite, prendre les bonnes largeurs de point, espacer régulièrement les sutures et suivre l'ordre logique de la chirurgie en faisant appel à la bonne technique.

Résultats

Notre équipe a formé 23 chirurgiens spécialistes du trichiasis au total dans trois districts du Niger. Dix chirurgiens n'étaient pas certifiés ; quatre s'étaient qualifiés depuis moins de 2 ans ; et neuf s'étaient qualifiés depuis plus deux ans ou plus.

À la référence, le nombre de compétences pour lesquelles les stagiaires remplissaient les scores minimum d'acceptabilité (c'est-à-dire de 3 à 5) était très variable, plusieurs stagiaires ne répondant pas aux seuils d'acceptabilité minimum fixés pour certains des critères d'évaluation, voire la totalité. Suite à la formation HEAD START, tous les stagiaires ont obtenu des scores acceptables à tous les critères d'évaluation. Les domaines dans lesquels les chirurgiens se sont le plus améliorés ont été la pratique des incisions et des sutures.

Nous avons également demandé aux formateurs et aux stagiaires leur avis sur HEAD START. Les stagiaires ont apprécié la possibilité de voir leurs erreurs et de les corriger, et aussi de connaître immédiatement leur niveau. Mais ils n'ont pas aimé le fait d'avoir à opérer en utilisant des loupes oculaires. Les stagiaires ont également indiqué qu'HEAD START aide les stagiaires à prendre confiance en eux pour opérer et à mener les interventions avec plus de précision.

En résumé, HEAD START semble assez utile dans les formations de perfectionnement des chirurgiens déjà en exercice.

Dernières nouvelles de l'International Coalition for Trachoma Control (ICTC)

Présenté par Virginie Sarah, Présidente de l'ICTC'

Contexte

Il ne reste que quatre ans pour atteindre l'objectif de consistant à éliminer le trachome cécitant comme problème de santé publique. Il est temps à présent de redoubler d'efforts et de profiter de la dynamique considérable qui a saisi la communauté du trachome et le secteur plus vaste des MTN.

Pour que la Coalition reste efficace, pertinente et réactive au paysage en mutation qu'offre le monde, des membres et des observateurs ont investi un temps précieux et de l'énergie en 2015 pour considérer leur capacité collective, de façon à ce que les efforts de coordination et de collaboration correspondent aux besoins du programme général, et en ajoutant de la valeur au travail entrepris par l'ensemble des membres.

Grâce à la révision stratégique et diverses initiatives d'implication des membres, les gens ont fait usage de nombreux superlatifs pour qualifier ce qu'ils percevaient des progrès de l'ICTC au cours de ces dernières années, notamment « *phénoménaux* », « *formidables* » et « *fantastiques* ». Les membres ont répondu que l'ICTC s'était avérée « *une réussite comme plateforme de coordination* » et « *un catalyseur pour multiplier les actions et les financements* ». Ses adhérents ont connu une croissance significative, à la fois dans la taille et le type des organisations, et l'ICTC a contribué à servir de bonne interface entre les membres et l'OMS. Les donateurs ont indiqué qu'ils appréciaient la valeur de la Coalition dans la façon dont elle coordonne les interventions, catalyse l'action, promeut les bonnes pratiques et mesure les progrès accomplis. La valeur ajoutée de la Coalition a été reconnue de tous et il continue à y avoir un fort engagement de la part de ses membres de contribuer à l'« *intérêt supérieur* ». De nouveaux adhérents, moins importants, ont également souligné la valeur ajoutée de l'adhésion, qui leur a donné plus de poids dans leur contexte local.

Adoption du plan stratégique 2015-2020 de l'ICTC

Le plan stratégique quinquennal 2015-2020 adopté lors de la réunion du NNN (réseau du ONGD pour les maladies tropicales négligées) à Abu Dhabi, constitue le puissant engagement de la Coalition envers l'Alliance GET2020 et les communautés où le trachome est endémique. La stratégie définit les travaux de plus de 45 organisations, avec un sens collectif de responsabilité et d'urgence dans l'action pour parvenir à GET2020. À cet égard, les adhérents s'engagent collectivement à :

1. Renforcer la volonté politique et l'engagement envers l'élimination du trachome parmi les donateurs et les décisionnaires.
2. Augmenter les investissements, selon les besoins, dans les programmes d'élimination du trachome et les interventions CHANCE.
3. Renforcer les moyens matériels et humains nécessaires à parvenir à l'élimination du trachome d'ici à 2020.
4. Coordonner la mise à disposition de l'assistance technique et le partage des connaissances pour favoriser la qualité des résultats dans les programmes d'élimination du trachome.
5. Assurer un modèle de coalition efficace et une manière de travailler qui s'adapte à des contextes changeants.

On pourra consulter la stratégie sur www.trachomacoalition.org/2015strategyreview

Renforcer la volonté politique et mobiliser les ressources sur le trachome

En réponse à la GET2020 Alliance, qui a demandé de déterminer où il manquait des financements et de mobiliser les moyens nécessaires à la réalisation du programme global, la Coalition a produit le « calculateur de coût de mise en œuvre global CHANCE », et il se consacre actuellement à l'élaboration d'une feuille de route pour 2020 (nom provisoire). Ce travail s'appuie sur la stratégie globale de l'ICTC 2020 INSight : « *The end in sight* » (La fin en vue, 2011), qui a cherché à trouver les buts communs qui unissent la communauté du trachome et à convaincre les partenaires qu'un dollar dépensé pour le trachome, première cause infectieuse de cécité au monde, est un dollar bien dépensé. Cette ressource a remporté un franc succès comme outil de plaidoyer stratégique, car il a permis la rencontre des acteurs du secteur et attiré l'attention des donateurs et d'autres partenaires et contribué ainsi à la formation de plusieurs partenariats à fort impact. La feuille de route 2020 évalue le profil actuel d'une maladie, définit les priorités jusqu'à 2020, communique un appel puissant à l'action pour poursuivre et intensifier l'aide à l'élimination du trachome et fait l'éloge de ce qui a été accompli depuis 2011, notamment la réalisation de la cartographie du trachome dans le monde, qui est la plus importante enquête jamais menée sur une maladie infectieuse. Elle est destinée en premier lieu aux bailleurs de fonds, aux pays où le trachome est endémique, aux décideurs et aux partenaires travaillant à la mise en œuvre. Elle sera proposée à l'adoption par la GET2020 Alliance lors de sa 20^{ème} réunion, qui aura lieu à Sydney, en Australie, en avril 2016.

Améliorer l'assistance technique et la base de connaissances

La Coalition a continué à apporter son concours à l'élaboration d'outils et de moyens de planification qui aident les membres et les partenaires à mettre en œuvre les stratégies et les directives de l'OMS et à se doter des moyens pour réaliser les programmes d'élimination nationaux.

L'une des publications récentes de l'ICTC, *All you need for F&E* (Tout ce dont vous avez besoin pour F et E), témoigne de la demande croissante d'informations pour susciter l'engagement essentiel envers WASH et les MTN afin que les progrès accomplis dans la voie de l'élimination perdurent. Ce document aide les responsables du programme et les planificateurs à trouver des partenariats potentiels avec d'autres organisations qui travaillent sur l'eau et l'assainissement, l'éducation, la finance et la promotion de la santé, et à les guider dans la planification d'interventions WASH pertinentes.

Il existe d'autres documents, dont le manuel *Trichiasis counselling* (Conseils sur le trichiasis) et *Trichiasis Case Finders Training Curriculum* (programme de formation des détecteurs de cas de trichiasis) ; enfin, un manuel de micro-planification destiné à la MDA efficace du Zithromax® MDA, qui devrait paraître dans peu de temps.

Ces ressources sont disponibles sur www.trachomacoalition.org/resources.

Collaboration et établissement de la coalition

Pour répondre à des priorités stratégiques, l'ICTC s'est principalement consacrée aux initiatives suivantes afin de donner plus d'occasions à ses membres de s'engager, de partager des informations et de collaborer efficacement ;

- Assurer un partenariat puissant pour amplifier les initiatives, financé par le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust et le DfID, et géré par Sightsavers pour le compte de la Coalition.

- Savoir à quoi travaillent les membres dans le cadre des efforts d'élimination nationaux, afin de favoriser une plus grande collaboration et des partenariats actifs. Une carte des partenaires sera disponible sur le site internet.
- Améliorer le partage de l'information et l'engagement dans la coalition avec la communauté des MTN élargie grâce au NNN et à Uniting to Combat MTNs et en lui fournissant des occasions de contribuer à l'élaboration d'un indicateur des MTN et à la portée d'autres indicateurs associés (par exemple sur la couverture maladie universelle).
- Promouvoir le travail de nos membres auprès de nouveaux publics grâce au site internet et médias sociaux.

Membres et observateurs



Pour avoir des précisions allez sur le site www.trachomacoalition.org.

Eau, assainissement et hygiène (Water, Sanitation, and Hygiene) pour l'élimination du trachome : où en sommes-nous aujourd'hui?

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

Contexte

L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont jugés essentiels dans la prévention du trachome et pour que l'impact des interventions thérapeutiques destinées à son élimination perdure. Bien que le rôle de WASH ait été inscrit dans la stratégie CHANCE, les progrès sur les volets F et E de la stratégie restent difficiles à accomplir. Cette présentation donne un aperçu de la nouvelle stratégie globale sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour accélérer et faire tenir les progrès sur les MTN, publiée par l'OMS à l'été 2015, et sa pertinence pour la communauté du trachome. Elle donne des informations sur l'application de la stratégie à ce jour ainsi que des exemples de ce que l'on peut faire pour renforcer la mise en place des volets F et E de la stratégie CHANCE.

La difficulté du F et E

Les efforts pour parvenir à l'élimination du trachome se font dans un contexte difficile. Bien que l'accès à l'eau potable et l'assainissement ait beaucoup progressé, les progrès s'essoufflent face aux défis que représentent la croissance démographique, la plus grande vulnérabilité climatique et l'insuffisance des investissements dans les infrastructures. 2,4 milliards de gens, près d'un tiers de la population mondiale, manquent d'accès à un assainissement digne de ce nom, et près d'un milliard font leurs besoins dans la nature. 663 millions de personnes n'ont toujours pas accès à des points d'eau perfectionnés. Il existe aussi de grandes disparités entre les pays et à l'intérieur, entre les régions, et entre la campagne et la ville. Sur dix personnes n'ayant pas accès à des points d'eau potable perfectionnés, huit vivent dans des zones rurales ; sept personnes sur dix qui ne disposent pas de locaux sanitaires perfectionnés et neuf qui continuent à déféquer dans la nature, vivent dans des zones rurales. De plus, ce sont les gens qui appartiennent au quintile le plus pauvre qui ont au le moins d'accès à l'eau et aux services d'assainissement. Tout cela a des conséquences considérables sur la transmission du trachome dans les pays endémiques.

La collaboration entre les communautés WASH et les communautés souffrant de trachome est indispensable pour réduire la transmission de *Chlamydia trachomatis* d'œil à œil et pour que de faibles niveaux d'endémicité se maintiennent là où des progrès ont été accomplis grâce aux initiatives de MDA. Et pourtant, cette collaboration n'est pas facile en raison de nombreux facteurs ; par exemple les différences d'objectifs entre les deux communautés, la communication limitée entre les agences gouvernementales et les organismes donateurs concernés, et le peu de données d'études et d'orientations dont on dispose sur la façon de mener plus efficacement les interventions WASH, ainsi que d'autres interventions sur le trachome. Les nouveaux efforts de l'OMS et d'autres partenaires clés dans la communauté des MTN ont pour but de réduire l'écart entre le secteur WASH et celui des MTN en s'attachant aux avantages communs que comporte une collaboration renforcée et en trouvant des approches pratiques à la coordination et à l'intégration.

Une stratégie globale et un plan d'action sur WASH et les MTN

La nécessité que l'OMS mène des efforts concertés a été clairement entendue lors de la réunion de 2014 du GET2020. En conséquence, l'OMS a mis en place un groupe de coordination interne qui réunit le département des MTN et l'équipe chargée de l'eau, l'assainissement et la santé publique, chapeautés par le département de la Santé publique et celui de l'Environnement. Le groupe a entrepris de définir une stratégie organisationnelle pour WASH et les MTN, dans laquelle le trachome fait partie des maladies qui occupent une place centrale. Suite à une consultation multipartite, la stratégie et le plan d'action ont été publiés à l'été 2015 et lancés lors de la Semaine mondiale de l'Eau à Stockholm et à la réunion du NNN à Abu Dhabi en

septembre 2015. La vision de la stratégie est : *accélérer la réalisation des étapes de la feuille de route sur les MTN et les rendre durables, en particulier chez les plus pauvres et les plus vulnérables, grâce à des efforts mieux ciblés et communs de WASH et des MTN.*

Objectifs stratégiques :

1. 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
2. Utiliser les observations de WASH et des MTN pour faire ressortir les inégalités, cibler les investissements et suivre les progrès
3. 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
4. Planifier, dispenser et évaluer des programmes avec les contributions mutuelles des acteurs de WASH, ceux qui travaillent sur la santé et les MTN à tous les niveaux

Le document sur la stratégie comprend un plan d'action détaillé qui définit les actions que l'OMS doit mettre en œuvre ainsi que les pays et les partenaires permettant de réussir à communiquer les objectifs stratégiques et la vision globale.

Progrès sur l'application de la stratégie – Priorité au trachome

SO1 : 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-delà du lancement de la Semaine mondiale de l'Eau à Stockholm et de la réunion du NNN, la stratégie a également été présentée lors de la Conférence d'Asie du Sud sur l'Assainissement (« SACOSAN »), le comité consultatif sur les helminthes transmis par le sol (STH), les réunions à l'EURO et au Bureau régional de la Santé du Sud (WPRO), la conférence de l'UNC sur l'Eau et la Santé et à travers un webinaire organisé par FHI 360. Les publics du WASH et des MTN ont été largement invités à faire connaître la Stratégie et à la faire adopter.
- Les efforts se poursuivent pour étoffer la base de connaissances sur la nécessité d'une collaboration et les avantages qu'elle comporte. L'OMS collabore avec le groupe de travail WASH du NNN pour mettre au point une matrice destinée à réunir des études de cas, et une nouvelle plateforme internet sur les MTN (InfoMTN) comprend des ressources relative à WASH.

SO2 : 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 étudier si l'utilisation de l'endémicité des MTN ne pouvait pas servir d'indicateur d'égalité à l'accès à WASH dans les quintiles de richesse. Ce travail est actuellement mené par l'OMS et l'Unicef dans le cadre de leur programme commun de surveillance de l'eau potable et de l'assainissement (« Joint Monitoring Programme », JMP).
- La nécessité de disposer d'un ensemble solide d'indicateurs au niveau du programme, qui puissent être utilisés par les programmes WASH et les programmes sur le MTN, a été reconnue à plusieurs reprises lors de plusieurs discussions sur WASH et les MTN. Suite aux tables rondes sur WASH et les MTN organisées par le consortium de recherche SHARE à Londres en septembre 2014, le groupe de travail WASH du NNN a mené une consultation sur ce sujet selon la méthode Delphi. Trois séries de consultations ont été organisées en 2015 faisant intervenir un vaste panel d'experts des MTN et de WASH, qui a abouti à un ensemble d'indicateurs clés WASH- MTN. Une autre série se déroule actuellement pour convenir d'indicateurs propres au trachome, au STH, à la schistosomiase et à la gestion des maladies, le handicap et l'inclusion.

SO3 : 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

- La nécessité d'approfondir les recherches, en particulier la recherche opérationnelle, sur WASH et les MTN, a été évoquée dans divers forums, et cette priorité est constamment à l'esprit de l'OMS. Un certain nombre de projets de recherche sont aujourd'hui en cours mais il faut plus de travail.
- L'ICTC a publié *All you need for F and E – a practical guide to partnering and planning* (Tout ce dont vous avez besoin pour F et E - Guide pratique de la formation de partenariats et de la planification). Cet outil est destiné à informer les responsables du programme Trachome ainsi que d'autres acteurs participant à la programmation sur le trachome, initialement sous les auspices de programmes financés (les programmes du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust et du DfID sur le trachome) ; cependant, l'intention est de le mettre largement à la disposition de toutes les parties prenantes qui peuvent le trouver utile.
- L'ICTC et ses membres remédient à des manques de connaissances, concernant en particulier : a) les motivations comportementales qui poussent à se nettoyer le visage, afin d'informer la programmation sur les changements de comportements et de l'améliorer (la Fondation Fred Hollows, grâce au financement de travaux de recherche formative en en Éthiopie) ; et b) l'ensemble des coûts que représente l'application de toute la stratégie CHANCE, y compris des interventions WASH pour l'élimination du trachome dans les programmes nationaux à différents stades du cycle des interventions : démarrage, mise en œuvre et entretien en cours, etc. (grâce au financement de travaux de PriceWaterhouseCooper).

SO4 : Planifier, dispenser et évaluer les programmes avec les contributions mutuelles des partenaires WASH, des travailleurs sanitaires et travailleurs des MTN à tous les niveaux.

- Afin de poursuivre la dynamique sur la mise en application de la stratégie pour atteindre les objectifs de la feuille de route, l'OMS apporte son appui tout spécialement à la planification conjointe en Éthiopie et au Nigeria. Ces travaux font l'objet de notes, dont la communication sera faite plus amplement lors des réunions à venir.
- D'importants progrès ont été faits sur la collaboration entre les partenaires WASH et MTN au niveau des pays. Les outils comprenant le guide de planification sur la F et E de l'ICTC ont déjà été testés dans plusieurs pays financés. Ils ont donné lieu :
 - À des analyses de situation détaillées menées par WASH et des parties concernées par le trachome, comme base à une planification conjointe (au Kenya, au Tchad, en Ouganda, en Éthiopie, au Malawi, en Tanzanie et en Zambie).
 - À une collaboration avec des experts des changements de comportement, afin d'atteindre les objectifs du programme : à l'atelier de planification F et E en Éthiopie, des chercheurs de quatre universités régionales, spécialisés dans les changements sociaux et les changements de comportements, ont participé aux activités de planification trans-sectorielles. En Zambie, le groupe Manoff travaille avec le partenaire local Akros à concevoir et à élaborer des programmes innovants centrés sur les comportements afin de réaliser des supports multimédias et à diffuser entre pairs pour la prévention du trachome.
 - Une collaboration sans précédent entre les communautés WASH et trachome au niveau des pays (Éthiopie, Tchad, Ouganda, Malawi) : Au Malawi, WaterAid est à la tête de l'effort coordonné des programmes WASH et MTN pour créer et réaliser des interventions WASH dans le cadre des MTN et du trachome. Au Tchad, en Éthiopie, au Malawi et en Ouganda, les partenaires WASH et Trachome œuvrent à adapter les stratégies d'assainissement existantes pour qu'elles soient centrées sur les messages diffusés sur l'hygiène et le trachome. Ces travaux ont essentiellement porté sur l'adaptation des modèles et les stratégies de CLTS.

- Lors d'une présentation donnée à la réunion du NNN en septembre 2015, les parties concernées par les MTN en Éthiopie ont démontré l'importance d'une coordination des efforts sur les interventions pour lutter contre les MTN et éliminer le trachome, l'onchocercose, la leishmaniose viscérale, les helminthes transmis par le sol, la schistosomiase et la podonconiose afin d'élargir les programmes et les mettre à profit.

Conclusionsde

Les progrès accomplis au cours de ces dernières années montrent qu'une meilleure collaboration entre WASH et les acteurs WASH et Trachome travaillant sur les MTN est non seulement essentielle mais qu'elle est possible, à condition de disposer d'outils et d'un soutien adaptés. La dynamique actuelle doit être maintenue et il faut mettre l'accent sur la documentation et le partage de pratiques améliorées.

Recommandations de 2016 du bilan programme de lutte contre le trachome

Recommandations générales :

1. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent continuer à renforcer et à consolider la collaboration avec tous les acteurs de WATSAN/WASH.
2. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent faire l'effort de se procurer et de partager les données sur les latrines construites par d'autres partenaires grâce aux institutions gouvernementales concernées.
3. Le Programme National de Lutte contre le Trachome doit recruter des partenaires pour aider à la diffusion de programmes scolaires de F et E en rapport avec WASH et le trachome, des manuels d'enseignement et des guides auprès d'autres partenaires, d'autres secteurs et d'autres pays.
4. Le Programme National de Lutte contre le Trachome doit largement partager les enseignements tirés des collaborations avec d'autres secteurs et des partenaires dans le cadre du F et E.
5. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent publier des données relatant leurs expériences sur les niveaux de TF, l'arrêt des MDA, le suivi et le nombre de districts, ainsi que l'ensemble de la population où la maladie était autrefois endémique et qui ont maintenant un pourcentage de TF₁₋₉ inférieur à 5 comme preuve de réussite.
6. L'OMS doit travailler avec les partenaires pour mettre au point un recueil de données électroniques afin de mettre au point un recueil de données électroniques pour répertorier les opérations du TT et les refus, contenant des données d'identification des patients, avec un dossier à l'appui.
7. Adopter des fourchettes de prévalence du TT et du TF dans tous les pays ; les binomiales les plus basses doivent être < 0,2 %, 0,2 %-1 % pour la prévalence du TT chez les adultes.
8. Les programmes nationaux et les partenaires de lutte contre le trachome doivent s'assurer que les priorités pour parvenir à l'élimination, le recueil et la communication des données sur les dépenses, les réalisations et les résultats sont partagées à tous les stades.
9. Les futurs bilans du programme doivent comprendre un point communiqué par l'ITI sur l'état actuel de la chaîne d'approvisionnement et l'élimination à l'échelle mondiale afin de correspondre aux plans approuvés par pays. Ce document doit compléter les points de Pfizer sur la fabrication et des rapports de distribution par rapport aux objectifs des programmes nationaux.
10. L'Alliance de l'OMS pour GET2020 doit harmoniser les exigences en matière de comptes rendus sur les résultats des activités de F et E, afin qu'elles soient conformes avec l'engagement du secteur WASH et le nouvel agenda à 2030.
11. Le programme national doit faire tout son possible pour communiquer les bonnes pratiques relatives aux opérations du TT à toutes les organisations et les établissements réalisant des interventions dans leur pays et inciter ces derniers à communiquer régulièrement leurs rapports d'interventions sur le TT (personnes dépistées, opérations réalisées, etc.).
12. Afin d'atteindre les objectifs d'élimination et les soutenir les efforts de mobilisation de ressources, l'Alliance GET2020 de l'OMS doit encourager les pays où les maladies sont endémiques à inclure l'indicateur de MTN « nombre de personnes nécessitant une intervention par rapport aux chiffres des MTN » [objectif 3.3], dans les mécanismes des pays pour contrôler l'atteinte des SDG.

13. Tous les pays ayant des problèmes à leurs frontières doivent déterminer s'il y a des volets de la stratégie CHANCE qui nécessitent une collaboration transfrontalière. Toutes les collaborations transfrontalières sans exception doivent être consignées dans les dossiers du programme national.

Recommandations par pays :

Amhara, Éthiopie

1. Le programme doit évaluer la compréhension qu'ont les enseignants et les élèves des nouveaux programmes scolaires relatifs au F et E après un certain temps.

Mali

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.
2. Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière.

Niger

1. Le Niger doit envisager une MDA propre au trachome si le plan intégré ne peut pas être mis en place à temps.
2. Le Niger doit rechercher des possibilités de collaboration transfrontalière avec le Nigeria.
3. Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière.
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.

Soudan

1. Le Soudan doit élaborer un plan d'action détaillé d'ici à juin 2016 pour rattraper son retard sur les opérations du TT d'ici à la fin de 2019.
2. Le Soudan doit rechercher des possibilités pour réduire la durée nécessaire à une campagne chirurgicale itinérante pour permettre à plus de chirurgiennes internes de participer.
3. Le programme doit évaluer la compréhension qu'ont les enseignants et les élèves des nouveaux programmes scolaires relatifs au F et E après un certain temps.
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 conformes aux pratiques recommandées par le MFdS pour mener ces interventions.

Soudan du Sud

1. Le programme doit s'efforcer de mettre en œuvre la stratégie CHANCE complète (en mettant l'accent sur le F 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.
2. La communauté du trachome doit envisager d'aider le Soudan du Sud à mettre sur pied une stratégie pour rattraper son retard dans les opérations du TT et terminer la cartographie du trachome dans le pays.

Ouganda

1. Le programme doit atteindre au moins 80 % de couverture dans tous les districts pour les MDA.
2. Le programme doit mener des enquêtes après les MDA 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.

Trachome : La maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus de 50 pays. Plus de 232 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 4 millions risquent la cécité causée par le trichiasis. Le trachome est provoqué par des infections répétées de la conjonctive (membrane recouvrant l'œil et la paupière) causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et que de simples pratiques d'hygiène peuvent prévenir. La plupart des cas surviennent dans les zones rurales arides des pays en développement, le Sahel, par exemple, où l'accès à l'eau propre est limité.

La première phase de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* et affecte surtout les enfants. Le trachome inflammatoire peut présenter soit la formation de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée, soit une inflammation intense douloureuse ou désagréable associée à un épaissement de la conjonctive. 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, l'ICTC (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'ITII. 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.

“All Eyes on 2020 (Tous les regards tournés vers 2020)”
 Dix-septième bilan annuel du programme de lutte contre le trachome
 Centre Carter
 7-9 mars 2016

Lundi 7 mars		
8:15	<i>~Départ du Sheraton Hôtel pour le Centre Carter~</i>	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	Accueil, introductions et remarques d’ouverture	M. Craig Withers Vice président en exercice, programmes de santé Centre Carter
9:10 – 9:15	Présentation d’ensemble	Mme Nina Bloch Assistante du programme, programme de lutte contre le trachome Centre Carter
9:15 – 9:30	Présentation du bilan du programme et annonces du président	Mme Kelly Callahan (présidente) Directrice, programme de lutte contre le trachome Centre Carter
9:30 – 10:30	Point sur la stratégie CHANCE en Éthiopie	M. Biruck Kebede Chef d’équipe pour les maladies tropicales négligées Ministère fédéral de la Santé - Éthiopie
10:30 – 11:00	<u>Pause café</u>	
11:00 – 12:00	Point sur la stratégie CHANCE en Amhara	M. Mulat Zerihun Responsable régional du projet Trachome Centre Carter - Éthiopie
12:00 – 12:30	La prévalence de l’infection à <i>Chlamydia trachomatense</i> en Amhara	Dr Scott Nash Épidémiologue, programme de lutte contre le trachome Centre Carter
12:30 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
13:30 – 13:40	<u>Annonces du président</u>	
13:40 – 14:10	Que faire après plusieurs cures d’azithromycine : l’essai TIRET	Mme Dionna Fry Coordinatrice de l’étude Université de Californie à San Francisco, Fondation Francis I. Proctor
14:10 – 14:40	Évaluation qualitative post-MDA	M. Eshetu Sata Responsable S et É Centre Carter - Éthiopie
14:40 – 15:00	<u>Pause café</u>	
15:00 – 16:00	Point de l’OMS	Dr Anthony Solomon Responsable médical, trachome ; et chercheur en chef, projet de cartographie globale du trachome Département de lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé
16:00 – 17:00	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan du Sud	Mme Aja Isaac Kuol Directrice adjointe des MTN -PC? Ministère de la Santé - Soudan du Sud
17:00 – 18:30	<u>Réception</u> (bibliothèque du Centre Carter et entrée du musée) <i>**La navette sera disponible pour retourner au Sheraton Hôtel après la réception pour toute personne qui ne souhaite pas rester pour la projection du documentaire</i>	
18:30 – 19:30	Projection du documentaire	
19:30	<i>~Départ de la navette pour l’Hôtel Sheraton~</i>	

“All Eyes on 2020 (Tous les regards tournés vers 2020)”
 Dix-septième bilan annuel du programme de lutte contre le trachome
 Centre Carter
 7-9 mars 2016

Mardi 8 mars

8:15	~Départ du Sheraton Hôtel pour le Centre Carter~	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	<u>Annonces du président</u>	
9:10 – 10:10	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan	Dr Balgesa Elshafie Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome Ministère fédéral de la Santé - Soudan
10:10 – 10:40	Point présenté par Pfizer	Mme Julie Jenson Directrice, planification de la chaîne logistique Pfizer Inc.
10:40 – 11:15	<u>Pause café et photo de groupe</u>	
11:15 – 12:35	Appliquer les expériences de F et E Modératrice : Mme Angelia Sanders	Participants à de la table ronde : Mme Aisha Stewart Centre Carter M. Belay Bayissasse Centre Carter - Éthiopie Mme Zeinab Abdalla Centre Carter - Soudan Dr Edridah Tukahebwa Ministère de la Santé - Ouganda
12:35 – 1:35	<u>Déjeuner</u>	
13:35 – 13:45	<u>Annonces du président</u>	
13:45 – 14:50	Chirurgie de rotation postérieure du tarse comparée à la rotation bilamellaire du tarse pour la TT en Éthiopie : essai randomisé contrôlé	M. Esmael Habtamu Coordinateur de l'étude London School of Hygiene and Tropical Medicine
14:50 – 15:20	Impact de l'intervention du trichiasis trachomateux sur la qualité de vie : étude <u>Pause café</u>	
15:20 – 16:20	Le recours à HEAD START dans la supervision de soutien et les formations de perfectionnement des chirurgiens du trichiasis	Dr Emily Gower et Mme. Stephanie Palmer professeure associée et responsable du programme sur les maladies tropicales négligées Wake Forest University et Helen Keller International
16:20 – 16:50	Point sur la stratégie CHANCE au Niger	Dr Kadri Boubacar Coordinateur national, Programme national de lutte contre le trachome Ministère de la Santé - Niger
17:00	~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~	
18:00	~Départ de la navette de l'Hôtel Sheraton pour l'Atlantic Station Shopping Center ~ (18:00-21:00)	

“All Eyes on 2020 (Tous les regards tournés vers 2020)”
 Dix-septième bilan annuel du programme de lutte contre le trachome
 Centre Carter
 7-9 mars 2016

Mercredi 9 mars

8:15	~Départ du Sheraton Hôtel pour le Centre Carter~	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:10	<u>Annonces du président</u>	
9:10 – 10:10	Point sur la stratégie CHANCE au Mali	Professeur Lamine Traoré Coordinateur national, programme national sur les soins oculaires Ministère de la Santé - Mali
10:10 – 10:40	Point sur la Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome	Mme Virginia Sarah Présidente International Coalition for Trachoma Control (Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome)
10:40 – 11:10	<u>Pause café</u>	
11:10 – 12:10	Point sur la stratégie CHANCE en Ouganda	Dr Patrick Turyaguma Responsable du programme Trachome Ministère de la Santé - Ouganda
12:10 – 13:00	L'eau, l'assainissement et l'hygiène pour l'élimination du trachome Où en sommes-nous aujourd'hui ?	Yael Velleman Analyste experte des politiques sur la santé et l'assainissement WaterAid
13:00 – 14:00	<u>Déjeuner</u>	
14:00 – 14:10	<u>Annonces du président</u>	
14:10 – 15:10	Conclusions et recommandations	Mme Kenya Casey Directrice associée, Bureau d'assistance sur le programme Centre Carter
14:10 – 15:40	<u>Pause café</u>	
15:40 – 16:10	Conclusions et recommandations, suite	Mme Kenya Casey Directrice associée, Bureau d'assistance sur le programme Centre Carter
16:10 – 16:30	Remarques de conclusion	Mme Kelly Callahan Directrice, programme de lutte contre le trachome Centre Carter
16:30*	~Départ du Centre Carter pour le Sheraton Hôtel~	

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

Participants à la réunion de bilan du programme

Éthiopie

M. Melesew Chanyalew (ARHB)
 M. Biruck Kebede (MFdS)
 Dr Zerihun Tadesse (Centre Carter)
 M. Belay Bayissasse (Centre Carter)
 M. Aderajew Mohammed (Centre Carter)
 M. Eshetu Sata (Centre Carter)
 M. Mulat Zerihun (Centre Carter)
 M. Berhanu Melak (Centre Carter)

Mali

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

Niger

Dr Kadri Boubacar (MdS)
 M. Mohamed Salissou Kane (Centre Carter)
 M. Tahirou Oungoila (The Carter Center)

Soudan du Sud

M. Makoy Samuel (MdS)
 Mme Aja Isaac Kuol (MdS)
 Mme Joy Chebet (Centre Carter)

Soudan

Dr Isameldin Mohammed Abdalla (MFdS)
 Dr Balgesa Elkheir Elshafie (MFdS)
 Dr Nabil Aziz AwadAlla (Centre Carter)
 Mme Zeinab Abdalla (Centre Carter)

Ouganda

Dr Edridah Muheki Tukahebwa (MdS)
 Dr Patrick Turyaguma (MdS)
 Mme Peace Habomugisha (Centre Carter)
 Mme Stella Kanyesigye (Centre Carter)

Abbott

Mme Ann Matz-Tirado
 M. Andy Wilson

La Fondation Fred Hollows

Mme Virginia Sarah

Helen Keller International

Dr Joe Amon
 Mme Stephanie Palmer
 Dr Steven Reid

Conrad N. La Fondation Hilton

M. Edmund Cairn
 Dr Shaheen Kassim-Lakha
 M. Robert Miyashiro

Initiative internationale sur le trachome

Dr Menbere Alemu
 Mme Birgit Bolton
 Dr Paul Emerson
 Mme PJ Hooper
 Dr Teshome Gebre Kanno
 Mme Girija Sankar

Light for The World-Ethiopia

M. Nemera Woyessa

La Fondation Lions Club International

Son Honneur le Dr Tebebe Y. Berhan
 M. Boube Abdoukadro
 M. Phillip Albano
 M. Polly Ndyarugahi
 M. Mama Tapo

La London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr Matthew Burton
 M. Esmael Habtamu

Fondation Noor Dubaï

M. Omar Ba

Orbis-Éthiopie

M. Temesgen Kabeto

Pfizer Inc

Mme Julie Jenson

Fondation Francis I. Proctor, UCSF

Mme Dionna Fry

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

Dr Andrew Cooper

Participants à la réunion de bilan du programme

Rollins School of Public Health, université d'Emory

Mme Nicole Devereaux
Mme Maryann Delea
Mme Kelly Fletcher
Dr Matthew Freeman
Dr Deb McFarland
M. Andrew Nute
M. Oumer Shafi

RTI International

Mme Lisa Rotondo
Mme Alexis Serna

Sightsavers

Dr Agatha Aboe
M. Colin Beckwith
M. Elie Kamate
Mme Michaela Kelly

Groupe de travail pour la Santé dans le Monde

Dr Mark Rosenberg
Dr David Ross

Comité d'experts sur le trachome

Dr Joseph Feczko

Les Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention

Dr Stephanie Bialek
Dr Diana Martin
Capt. Monica Parise

Wake Forest University

Dr Emily Gower

WaterAid

Yael Velleman

Organisation mondiale de la Santé

Dr Anthony Solomon

Centre Carter

Mme Nina Bloch
Dr Stephen Blount
Mme Patti Bunker
Mme Kelly Callahan
Mme Kenya Casey
M. Yohannes Dawd
M. Don Denard
Mme Emily Griswold
Mme Madelle Hatch
M. Andrew Heacox
Mme Alicia Higginbotham
Dr Don Hopkins
Dr Moses Katarbarwa
M. Curtis Kohlhaas
Mme Nicole Kruse
M. Jarod Mooney
Dr Mesrak Nadew
Dr Scott Nash
Ambassadrice Mary Ann Peters
Mme Lindsay Rakers
Dr Frank Richards
Dr Ernesto Ruiz-Tiben
Mme Angelia Sanders
Mme Alethia Sanon
Mme Tara Shariff
M. Randy Slaven
Mme Rennie Sloan
Mme Shelley Smart
Mme Emily Staub
Mme Aisha Stewart
M. Marc Tewari
M. Craig Withers