

Compte rendu résumé

Dix-neuvième bilan annuel du Programme Trachome

Célébrer vingt ans d'influence positive

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie

19-20 mars 2018

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

“Célébrer vingt ans d'influence positive ”

Dix-neuvième bilan annuel du Programme Trachome



**Le Centre Carter
Atlanta, Géorgie**

Remerciements

Le Centre Carter et l'équipe responsable du Programme de Lutte contre le Trachome souhaitent remercier les nombreux partenaires et donateurs qui ont rendu possibles les activités de 2017 dont il est question dans ce document :

Abbott Laboratories	La London School of Hygiene and Tropical Medicine
Al Ansari Exchange, LLC	La fondation Manaaki
La Fondation Butters	M. et Mme Jim McNamara
La Fondation Margaret A. Cargill	La Fondation Noor de Dubaï
La Christian Church Foundation	Le Fond de l'OPEC pour le Développement International
Le COR-NTD	Pfizer Inc
La Fondation William H. Donner Foundation, Inc.	La Fondation Francis I. Proctor de l'université de Californie à San Francisco
La Fondation Conrad N. Hilton	Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust
M. Haddon Hufford et Mme F. Taylor Pape	Sightsavers
La Fondation John C. & Karyl Kay Hughes	SoapBox Soaps
La Fondation John P. Hussman, Inc.	La Fondation Stanard Family
L'Initiative internationale sur le Trachome	Le gouvernement de la République du Soudan
La Fondation Lions Clubs International	M. et Mme Paul D. Sullivan
Le Lions Clubs de l'Éthiopie et le Dr. Tebebe Y. Berhan	Le Groupe de travail pour la Santé dans le Monde
Le Lions Clubs du Mali	Le Département britannique pour le Développement International
Le Lions Clubs du Niger	La Fondation Walton pour la famille, Inc.
Le Lions Clubs de l'Ouganda	

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

Table des matières

Acronymes	1
Résumé	3
Résumés sur le Programme de Lutte contre le Trachome par pays	
CHANCE en Éthiopie	5
CHANCE en Amhara, Éthiopie	11
CHANCE au Mali	20
CHANCE au Niger	27
CHANCE au Soudan du Sud	35
CHANCE au Soudan	43
CHANCE en Ouganda	51
Tableaux récapitulatifs et chiffres	
Tableau 1 : Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays aidé par Le Centre Carter)	59
Tableau 2 : Objectifs annuels du Programme National de Lutte contre le Trachome 2018 (pays aidé par Le Centre Carter)	60
Tableau 3 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (réalisations ayant reçu le concours du Centre Carter)	61
Tableau 4 : Mise en œuvre de CHANCE avec le concours du Centre Carter (1999-2017)	62
Figure 1 : Personnes opérées du trichiasis, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	63
Figure 2 : Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	64
Figure 3 : Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	65
Figure 4 : Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter	66
Sessions particulières	
Interprétation des résultats des enquêtes de couverture pour faciliter la prise de décision dans les programmes sur les MTN	67
Facteurs prédictifs de participation à la DMM	71
Le « N » de CHANCE : Pourquoi nous le mesurons et quelle est sa fiabilité	73
Constitution du dossier : expériences du terrain	74
Le coût des enquêtes d'impact du trachome	79
Caractéristiques des patients présentant un trichiasis postopératoire (TTP) et avis sur la prise en charge du TTP	81
Essai randomisé contrôlé par placebo sur la doxycycline pour améliorer les effets cliniques de la chirurgie du trichiasis et les études en cours	82
Point sur le groupe de travail WASH	88
Point sur les nouvelles versions de WASH à Amhara	90
MORDOR et trachome	97
Le rôle de la surveillance dans la dernière manche de la lutte contre le trachome : enquête sur les « points de vigilance »	103
Offrir des services de lutte contre le trachome aux réfugiés/déplacés internes	106
Point sur GET2020	109
Point sur la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome	110
Documents annexés	
Annexe I : Recommandations sur le bilan du programme 2018	112
Annexe II : Le trachome : la maladie	115
Annexe III : Ordre du jour pour le bilan du programme	116
Annexe IV : Liste des participants	118

Acronymes

ARHB/BRSA	Amhara Regional Health Bureau (Bureau régional de la Santé d'Amhara)
RBLT	Rotation billamellaire du tarse
IC	Intervalle de confiance
ATDC	Assainissement total sous la direction de la communauté
DFID	UK Department for International Development (Département britannique pour le Développement International)
EDSE	Enquête démographique et sanitaire en Éthiopie
UD	Unité de dénombrement
MFdS	Ministère fédéral de la Santé
GET2020	Alliance pour l'élimination mondiale du Trachome à l'horizon 2020
PCGT	Projet de cartographie globale du trachome
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire
HKI	Helen Keller International
SGIS	Système de gestion des informations sanitaires
APH	Agents de promotion de l'hygiène
PTSS	Plan de transformation du secteur de la santé
CILCT	Coalition internationale pour la lutte contre le Trachome (International Coalition for Trachoma Control)
DI	Déplacés internes
CEI	Information, éducation et communication
ISOI	Intervenant sanitaire ophtalmologique intégré
AG	Accord d'intergradation
IIT	Initiative internationale contre le trachome
LF	Filariose lymphatique
DMM	Distribution massive de médicaments
S&É	Suivi et évaluation
MPM	Métalloprotéinases matricielles
MdS	Ministère de la Santé
MORDOR	Macrolides Oraux pour Réduire les Décès avec un Œil sur la Résistance
ONGD	Organisation de développement non gouvernementale
NON	Réseau de l'ONGD sur les maladies tropicales Négligées
PNPC	Programme national pour la prévention de la cécité
MTN	Maladie tropicale négligée
OR	Odds ratio
OV	Onchocerciose
CP	Chimiothérapie préventive
PHQ	Patient health questionnaire (Questionnaire de santé auprès des patients)
RLPT	Rotation lamellaire postérieure du tarse
PNLC (C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNSO	Programme National de Soins Oculaires
TTP	Trichiasis trachomateux postopératoire
QoL	Quality of Life (Qualité de vie)
CHANCE	Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changements Environnementaux (En anglais: Surgery, Antibiotics, Facial Cleanliness, and Environmental Improvement)
SCH	Schistosomiase (bilharziose)
QAA	Questionnaire auto-administré
HTS	Helminthes transmis par le sol

PSEST	Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome
SWIFT	Sanitation, Water and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage pour le trachome)
PAT	Plan d'action sur le trachome
POT	Pommade oculaire à la tétracycline
TF	Trachomatous Inflammation-Follicular (Inflammation trachomateuse folliculaire)
TI	Trachomatous Inflammation-Intense (Inflammation trachomateuse intense)
EIT	Enquête sur l'impact du trachome
ÉRT	Évaluation rapide du trachome
EST	Enquêtes de surveillance du trachome
TT	Trichiasis trachomateux
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) autrefois United Nations Children's Education Fund, Fonds des Nations Unies pour l'Éducation des enfants)
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le Développement International)
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene (Eau, assainissement et hygiène)
WG	Working Group (Groupe de travail)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WUHA	Water Uptake in Amhara (captage d'eau à Amhara)

Résumé

Le 19^{ème} bilan annuel du Programme Trachome a eu lieu au Centre Carter à Atlanta, du 19 au 20 mars 2018. Le thème de cette année était « Célébrer vingt ans d'influence positive », qui a attiré l'attention sur les progrès accomplis dans la lutte contre le trachome depuis que le Centre Carter a lancé son Programme de Lutte contre le Trachome en 1998. Cette année, étaient présents les représentants des Ministères de la Santé et des bureaux opérationnels du Centre Carter de six pays où le Centre porte actuellement ses efforts : l'Éthiopie, le Mali, le Niger, le Soudan du Sud, le Soudan et l'Ouganda. Les partenaires et donateurs participants comprenaient des représentants de l'université de Caroline du Nord à Chapel Hill, le Wilmer Eye Institute de l'hôpital Johns Hopkins, l'Organisation mondiale de la Santé, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, la Fondation Francis I. Proctor, d'Helen Keller International, la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome, RTI International, le Comité d'experts sur le trachome, la Faculté d'ophtalmologie de l'École de médecine de l'université d'Emory, l'Initiative internationale sur le Trachome, PATH, la Rollins School of Public Health de l'université d'Emory, le Groupe de travail pour la Santé dans le Monde, les Centres américains pour la lutte contre les maladies et la prévention, la Fondation Noor de Dubaï, Sightsavers, la Fondation Lions Clubs International, l'END Fund, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, Abbott Laboratories, la Fondation Bill & Melinda Gates, WaterAid, la Fondation Conrad N. Hilton, Pfizer Inc et l'Agence américaine de Développement International.

Le bilan sur le programme 2018, comme ce fut le cas pour les bilans antérieurs, a été l'occasion pour les programmes nationaux de présenter les progrès accomplis l'année précédente ainsi que les obstacles auxquels ils se sont heurtés et les objectifs de l'année prochaine. Conformément au thème de la rencontre, Le Centre Carter a salué les progrès accomplis au cours des 20 dernières années dans chaque pays où elle apporte son concours aux actions de lutte contre le trachome. Compte tenu de ce qu'il ne reste que trois ans d'ici à 2020, ce bilan a également fait le point sur ce dont chaque programme national avait besoin pour atteindre les objectifs d'élimination.

Depuis son Programme de Lutte contre le Trachome lancé en 1998, Le Centre Carter a donné son appui à des programmes nationaux pour réaliser 784 736 interventions chirurgicales du trichiasis trachomateux (TT). Nous avons aidé à l'administration de près de 182 millions de doses d'antibiotiques grâce aux distributions massives de médicaments (DMM). 359 133 personnes dans plus de 10 000 villages ont été formées à l'éducation sanitaire et 3 613 828 latrines ont été construites. Pour la seule année 2017, 103 262 opérations du TT ont été menées, dont 66,3 % sur des femmes, et 92 nouveaux chirurgiens ont été formés au TT. L'an dernier, plus de 15 millions de doses d'antibiotiques ont été distribuées grâce aux DMM. De plus, nous avons formé 29 963 personnes à l'éducation sanitaire et apporté notre concours à la construction de 129 020 latrines.

Dans le cadre du bilan, nous notons plusieurs réalisations exceptionnelles depuis 2017. Dans la région d'Amhara en Éthiopie, une collaboration entre le Bureau régional de Santé et d'éducation a débouché sur la mise en œuvre d'un nouveau programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome, auquel ont été formés 19 470 enseignants, directeurs d'école et professeurs principaux, dans 7 737 écoles primaires. En outre, le nombre de districts à Amhara ayant atteint les critères d'élimination du trachome folliculaire (TF) s'élève désormais à 36, ce qui les rend exempts de DMM. Le Niger a mis en place une méthode systématique et efficace pour couvrir toutes les zones endémiques que l'on appelle le « ratissage », qui consiste à passer les villages au crible à la recherche de cas de TT et d'offrir des opérations chirurgicales. Au Mali, tous les districts ont atteint les critères d'élimination du TF.

Au fur et à mesure que l'on avance vers l'élimination du trachome à l'échelle planétaire, les programmes nationaux doivent se préparer à soumettre des documents d'élimination du trachome le présentant comme un problème de santé publique à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Au cours d'une table ronde sur la constitution du dossier, dirigée par Mme Aisha Stewart, les intervenants se sont appuyés sur leur expérience pour donner des conseils sur la bonne documentation des efforts d'élimination menés au Ghana, au Cambodge, au Népal, et au Laos. Dr. Jeremiah Ngondi, de RTI, a donné une présentation sur l'importance qu'il y a à ne pas interrompre la surveillance tout au long des efforts d'élimination ; il a montré comment cette pratique contribuait à localiser et enquêter sur des zones peu étendues mais où le trachome est endémique, auxquelles ont donné le nom de « hot spots » (points de vigilance). M. Caleb Ebert, étudiant diplômé de la Rollins School of Public Health et auxiliaire diplômé du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter, a présenté des méthodes de recherche et des conclusions préliminaires concernant les facteurs prédictifs de participation à la DMM, en aidant les programmes à mieux cibler les populations qui peuvent être systématiquement sous-représentées dans le traitement.

Dans le cadre du point sur le programme mondial, Dr. Anthony Solomon a fait une présentation pour expliquer où en était l'objectif d'élimination mondiale du trachome 2020 (GET2020) ; M. Scott McPherson a détaillé le plan stratégique de la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome (CILCT) pour parvenir à l'élimination en 2020 ; Mlle Julie Jenson, de Pfizer, Inc, a réitéré la responsabilité sociale d'entreprise de Pfizer et l'engagement pris de mettre fin au trachome, même confrontée à des obstacles imprévisibles tels que l'ouragan Maria ; et Dr. Paul Emerson, de l'Initiative internationale sur le Trachome (IIT), a présenté les résultats de l'IIT pour 2017 et parlé des réussites dans l'expansion de la couverture là où elle est nécessaire et la diminution de la participation là où cela se justifie.

Pour clore la réunion, Mme Kelly Callahan, directrice du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter, a fait remarquer qu'il ne restait que trois ans pour atteindre l'objectif d'élimination globale. Tandis que ce bilan saluait vingt années d'action positive menée par Le Centre Carter, Mme Callahan a souligné qu'il restait encore un travail considérable. En conclusion, elle a insisté sur l'importance du Centre Carter et de ses partenaires pour poursuivre l'œuvre commune afin de parvenir à éliminer ce problème de santé publique qu'est le trachome à l'horizon de 2020.

CHANCE en Éthiopie

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

Historique

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

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

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

Des registres de traitement nationaux et des guides de poche pour les agents de vulgarisation sanitaire (ISOI) sont en préparation. Il a été également prévu d'intégrer les MTN dans le système de santé existant. Pour mieux comprendre le fardeau des MTN en Éthiopie, une carte des maladies pouvant être traitées au moyen de chimiothérapie préventive (CP), telles que la filariose lymphatique, la bilharziose et l'helminthiase transmise par le sol (STH), a été dressée.

Chronologie

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

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

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

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

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

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

2010-2014 : PCGT réalisé dans 672 districts

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

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

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

2020 : Date fixée pour l'élimination

¹ Document en 5 ans, actuellement au 3^{ème} cycle.

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

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	391 758	287 489	173 945 (60,4 %)
Nbre de femmes opérées			N/C
Nbre de chirurgiens formés		224	28 (12,5 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	72 187 787	62 269 910	39 339 311 (63,2 %)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	1 473 220	1 270 814	1 035 299 (81,5 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		Non communiqué	
Nbre de latrines domestiques construites		Non communiqué	

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme national a indiqué que 690 districts nécessitaient des interventions chirurgicales pour le TT. Depuis 2017, 29 districts ont une prévalence du TT supérieure à 5 % ; 357 districts ont une prévalence du TT de 1 pour 4,9 % ; 304 districts ont une prévalence du TT de 0,2 pour 0,9 % ; et 44 districts ont une prévalence du TT inférieure à 0,2 %. En 2017, 173 945 personnes ont été opérées du TT dans le pays, ce qui représentent 60,5 % des interventions prévues pour l'année. Le rendement pour 2017 a été plus faible qu'en 2016, ce qui peut être imputé aux troubles politiques qui ont éclaté dans le pays en 2017. De plus, 28 intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés (ISOI) ont été formés à pratiquer des opérations du TT, soit 12,5 % du sous-objectif fixé pour 2017.

Depuis le lancement de l'initiative Fast Track en 2014, le MFdS et le Programme national se sont surtout occupés de rattraper le retard pris sur les interventions, selon les estimations. Il fallait dans ce contexte accélérer la formation des ISOI pour atteindre l'objectif aussi vite que possible. Au début de l'initiative, le nombre d'opérations TT en retard était estimé à environ 693 037 cas. Le pilote, mené dans 4 zones en 2015, et le déploiement subséquent de l'initiative dans tout le pays ont abouti à la réalisation de 475 224 opérations du TT. Au mois de mars 2018, 217 813 patients avaient besoin d'une intervention chirurgicale pour venir à bout du retard pris dans les opérations du TT. Au total, pour 660 districts, le nombre d'opérations en retard s'élève au maximum à 2 000 patients. Trente districts ont environ au moins 2 000 patients à opérer pour venir à bout de leur retard. Au train actuel où se font les opérations, le programme devrait avoir rattrapé son retard en 1,5 ans.

Le Programme national reconnaît l'importance de l'assurance qualité des opérations du TT. Avant cela, ce sont les partenaires chargés de la mise en œuvre qui se sont occupés des audits et de la supervision des opérations du TT. Selon la méthodologie utilisée, il s'agissait de sélectionner au hasard 10 à 15 % des patients opérés bénéficiaires de l'intervention dans les 3 à 6 mois précédant le commencement de l'audit. L'audit n'a pas été réalisé régulièrement et, en général, il n'a pas fait l'objet d'un suivi par le MFdS. En 2017, le Programme national a mis en œuvre une amélioration nationale de la qualité des opérations du TT ainsi qu'un cadre d'action pour uniformiser la méthodologie utilisée et renforcer la supervision des opérations du TT dans le pays. Un atelier a été organisé pour afin de former les personnes participant au niveau régional aux directives.

Suite à la mise en place de nouvelles directives sur l'évaluation des opérations du TT, une évaluation de 3 à 6 mois a été menée dans 35 districts, par des chirurgiens spécialistes du TT. Le Programme national avait

prévu que 8 379 patients participeraient à cette étude, mais seulement 1 827 personnes au total se sont présentées. A l'avenir, le Programme va chercher des façons de sensibiliser davantage de patients atteints de TT et à les faire participer aux évaluations sur l'opération chirurgicale. Pour ceux qui ont participé à l'évaluation, les suites cliniques ont été jugées favorables pour 99,3 % d'entre eux, ce qui indique que leur opération est une réussite. De plus, en 2017, le Programme national a mené un audit des opérations à 3-6 mois. Il a été mené dans 104 districts par l'unité de soins oculaires secondaire, par des professionnels de santé ou par des ophtalmologistes. Les enquêteurs ont recueilli les formulaires d'inscription auprès des centres médicaux pour confirmer que les opérations du TT indiquées avaient bien été menées et qu'elles étaient conformes aux données présentées au MFdS. L'audit a montré que sur les 3 077 patients évalués, 87 % avaient une bonne correction, confirmant la réussite de l'opération, 6 % avaient des signes de trichiasis postopératoire, 2 % présentaient un granulome et 1 % avaient une surcorrection de la paupière.

Antibiothérapie (A)

En 2017, le Programme national est parvenu à une couverture géographique de 77 % pour la distribution d'antibiotiques, et la DMM a touché 394 districts. Sur les 394 districts atteints en 2017, 88 % sont parvenus à une couverture thérapeutique suffisante, c'est-à-dire d'au moins 80 %. Le programme avait prévu de distribuer 63 540 724 doses d'antibiotiques (Zithromax® et de pommade oculaire à la tétracycline (POT)) et il est parvenu à 63,5 % de cet objectif. Le programme a distribué 39 339 311 doses de Zithromax® et 1 035 299 doses de POT grâce à la DMM en 2017.

Le PCGT, achevé en 2014, a permis au MFdS de disposer d'un tableau complet du fardeau du trachome en Éthiopie. Il a montré qu'au moins 642 districts avaient besoin d'interventions pour réduire la prévalence du TF (36 districts n'avaient pas été représentés sur la carte). En 2017, le programme a apporté son concours à 47 enquêtes d'impact sur le trachome (EIT) et à 2 enquêtes de surveillance. Depuis le début du programme, 189 EIT ont été menées. Les données d'enquêtes montrent que 66 districts sont descendus en dessous de 5 % d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, et qu'ils n'ont plus besoin de DMM. La population totale de ces districts compte 7 643 488 personnes. Les enquêtes ont par ailleurs indiqué que pour 95 districts, la prévalence du TF se situait entre 5 et 9,9 %, pour 269, entre 10 et 29,9 %, et pour 253, la prévalence du TF était supérieure à 30 %.

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

Le Programme national fait appel au SGIS (système de gestion des informations sanitaires), ainsi qu'à des initiatives liées à WASH (Eau, assainissement et hygiène), y compris l'accès à l'eau et à l'assainissement au niveau des foyers. Le SGIS a limité les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de WASH qui impacte les MTN en Éthiopie. De ce fait, le Programme national s'appuie sur des données provenant de l'enquête démographique et sanitaire en Éthiopie (EDHS), qui a lieu tous les 5 ans dans toutes les régions. L'EDHS de 2016 a montré que seulement 14,8 % des foyers étudiés avaient accès à une latrine perfectionnée, les 85,2 % restants n'ayant l'usage que d'une latrine non perfectionnée. Elle a également indiqué que seulement 8,7% des foyers traitaient leurs points d'eau avec du chlore. Ces résultats font ressortir la nécessité pour le Programme national d'accorder plus d'attention et de se recentrer sur les activités de WASH, surtout lorsqu'elles ont trait aux MTN.

Avec le temps, l'utilisation des latrines va croissant. Les données recueillies dans le cadre de l'EHDS sur l'utilisation des latrines ont montré que 73 % des latrines disponibles sont utilisées dans les communautés sondées dans les régions de Tigray, Amhara, Oromia et les régions de NNPS. Pour mesurer si des latrines sont utilisées, on se base sur 3 critères : la présence d'excréments frais dans la fosse, la présence d'un sentier jusqu'à la latrine et la présence de mouches dans la latrine. La présence de mouches dans la latrine est contraire aux indicateurs du trachome. Elle constitue une preuve supplémentaire de la nécessité de

développer des moyens et de mettre en place une coordination entre les secteurs MTN et WASH.

Outre le fait de documenter l'accès des foyers à l'eau et aux latrines, l'EDHS a également mené une évaluation sur la connaissance générale de WASH dans chaque région. Dans l'ensemble, 58,8 % des communautés ont une bonne connaissance de WASH, mais c'est dans les régions d'Oromia et les régions de NNPS que, selon les déclarations, elle serait la meilleure. Des données de la région d'Amhara indiquent une bonne connaissance d'ensemble de 37,9 %, et dans la région de Tigray, on a une bonne connaissance d'ensemble de WASH de 20,6%.

En 2017, le Programme national est resté centré sur la coordination des secteurs WASH et MTN au niveau national et a inclus l'intégration WASH-MTN dans le portefeuille d'activités du MFdS sur les MTN. Le programme a été à l'origine de discussions de haut niveau pour faire travailler des partenaires dans les communautés où sont mis en application soit des programmes sur le MTN soit des programmes WASH. Au vu de ces discussions, le Programme national a créé un groupe de travail technique WASH-MTN. L'un des résultats auxquels le groupe de travail s'est donné pour tâche d'arriver est de définir clairement comment l'intégration de WASH et des MTN peut se faire au niveau de la communauté. Avec le concours de l'OMS, le programme a également rédigé des consignes WASH et MTN ainsi qu'une boîte à outils WASH et MTN qui peut être utilisé par les régions, les zones, les districts, les établissements scolaires et les communautés. Quatre assistants techniques ont également été embauchés et envoyés dans les 4 plus grandes régions pour poursuivre l'intégration des activités relatives à WASH et aux MTN.

Au niveau local, les communautés et les écoles sont essentielles pour dispenser une éducation sanitaire sur l'importance de WASH et la prévention des MTN. Les ISOI donnent une éducation sanitaire dans leur communauté et 70 % de leur travail a porté sur la prévention des maladies et 30 % sur l'aspect curatif des interventions. Pendant la formation, les ISOI reçoivent 18 dossiers d'information au sein de leur programme d'enseignement qui portent sur les MTN et servent à éduquer leur communauté.

Un financement du Department for International Development (Département pour le Développement International) britannique soutient des activités d'éducation sanitaire dans certaines régions d'Éthiopie, la région des NNPS, de Tigray, d'Oromia et d'Amhara. Il s'adresse aussi bien à des plateformes au niveau des communautés que des établissements scolaires. À Tigray, ce soutien a débouché sur la création d'Early Starters, un programme d'éducation sanitaire destiné à des enfants de moins de 5 ans non scolarisés.

L'éducation sanitaire à l'école est très importante pour sensibiliser d'avantage aux aspects N et E de la stratégie CHANCE. Amhara a fait d'énormes progrès dans l'éducation sanitaire, car elle a mis en œuvre le Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome, qui apporte une couverture globale au N et E dans toute la région. L'aide du Centre Carter a permis à la région de montrer la voie en matière d'interventions N et E. Les régions des NNPS et celles de Tigray et d'Oromia mettent elles aussi en place des initiatives à l'école, mais qui n'ont pas encore l'envergure atteinte avec celles d'Amhara. Dans le cadre des initiatives menées à l'école, le Programme national distribue des mini-supports, qui comportent des messages sur les MTN, dont le trachome, ainsi que des supports pédagogiques de CEI.

Obstacles au développement du programme

Le programme a été confronté à plusieurs difficultés en 2017. Les actions liées aux DMM ont été retardées dans le pays en raison du retard d'une expédition de Pfizer Inc. provenant de l'usine de production de Porto Rico, qui a été touchée par l'ouragan Maria. Le programme vise à permettre la dispense de services de qualité dans toutes les régions. Toutefois, il n'a pas été en mesure d'étendre les services sur le TT dans 4 régions et dans les *woredas*, où la prévalence du TF est inférieure à 5 %. Le programme a dû faire face à une pénurie de moyens pour mettre pleinement en œuvre un programme d'amélioration de la qualité des opérations du TT. Il œuvre également pour arriver à une institutionnalisation des enquêtes d'impact ; mais ce travail n'est pas

encore terminé. Si le Programme national a fait de gros progrès dans la mise en œuvre d'une éducation sanitaire pour les enfants scolarisés dans le primaire, il lui reste du travail pour toucher les enfants de moins de 5 ans non scolarisés. Le projet pilote Early Starters à Tigray est un point de départ pour ce travail.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

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

État actuel : Le Programme national a affiné sa grille de rapports pour prendre en compte l'agrégation des sexes sur l'issue clinique des opérations du TT, et il a commencé à recueillir des données en 2017. Grâce à cette recommandation, le programme a noté que 70 % des cas de TT concernaient des femmes. Le nouveau registre du SGIS et la grille de rapports contiennent désormais l'âge et le sexe et ainsi, les données de 2018 comporteront ces informations.

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

État actuel : Grâce à la plate-forme d'intégration, qui est maintenant opérationnelle, le Programme national a la possibilité d'inclure des activités relatives aux MTN, à savoir des programmes sur le ver de Guinée et sur le trachome dans les régions de Gambella et Benishangul.

Recommandation n° 3 : Les contributions financières significatives du Ministère fédéral de la Santé éthiopien au programme sur le trachome doivent être quantifiées et mises en exergue comme un exemple louable d'appropriation du programme, illustré par l'investissement qu'il a accordé dans son pays.

État actuel : Les contributions financières du MFdS ont permis l'achat de 300 trousse chirurgicales pour le TT, à distribuer dans les régions qui manquent d'aide supplémentaire pour les interventions du trachome.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 217 813 patients atteints de TT ; rattraper le retard d'ici à la fin de 2018
- Former 207 ISOI et 104 responsables de sites

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 69 717 342 doses d'azithromycine
- Distribuer 1 411 802 doses de POT
- Réaliser 145 enquêtes d'impact et 25 enquêtes de surveillance

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

- Faire appliquer des consignes pour la coordination WASH et MTN
- Mobiliser des moyens pour la mise en œuvre des boîtes à outils WASH et MTN
- Privilégier les interventions dans les établissements scolaires
- Campagnes de haut niveau

Recherche opérationnelle

- Créer une branche de conseil en recherche établie au niveau national pour toutes les MTN, trachome compris
- Mettre en place un agenda opérationnel au niveau national pour servir de feuille de route pour toutes les MTN

CHANCE en Amhara, Éthiopie

Présenté par Dr. Abebaw Gebeyehu, directeur, Bureau régional de la Santé d'Amhara

Historique

Dans la région éthiopienne d'Amhara, une étude de prévalence du trachome au niveau des zones a été menée en 2007 pour quantifier la prévalence du trachome actif et du TT par zones. Selon cette enquête, on estime à 17 millions le nombre de personnes exposées au risque de trachome et à 643 904 celles qui ont eu besoin d'une opération chirurgicale pour corriger le TT dans la seule région d'Amhara. Fait important, 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 (BRSA).

Au bout de 5 ans d'application de la stratégie CHANCE, qu'elle a validée, l'OMS a besoin qu'une enquête sur l'impact du trachome soit menée pour évaluer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs d'élimination. Des 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 le BRSA et Le Centre Carter. Elles font apparaître une baisse spectaculaire de tous les signes cliniques du trachome. D'après les résultats, sur les 167 districts, 9 avaient atteint les critères d'élimination du TF, faisant tomber la prévalence de cette maladie chez les enfants âgés de 1 à 9 ans à moins de 5%. Par ailleurs, les résultats montrent également que les districts restants continuent à justifier la stratégie CHANCE dans son intégralité. De nouvelles études d'impact seront menées pour connaître les retombées du programme et les progrès accomplis pour atteindre les seuils d'élimination.

Chronologie

- 2001 : Accord de phase I (4 districts) ; 1^{er} PAT quinquennal, revu tous les 5 ans ; Mise en œuvre des volets S, N et E commence dans 4 districts
- 2003 : la mise en œuvre intégrale de CHANCE commence
- 2004 : CHANCE étendu à 19 districts
- 2006 : Etude nationale de référence ; extension de CHANCE à toute la région (167 districts)
- 2006-2007 : Étude de référence par zones en Amhara
- 2008 : Lancement de la campagne Trachome, précédemment désignée sous le nom de MalTra
- 2015 : 167 districts répondent à la 1^{ère} étude d'impact suite à cinq années de CHANCE ; Initiative Fast Track pour l'élimination accélérée du TT piloté dans la zone de Gojam est
- 2016 : Lancement d'un programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome dans toute la région
- 2017 : Les districts exempts de DMM ont atteint le nombre de 36, dont 22 l'ont été en 2017
- 2020 : Date fixée pour l'élimination

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	Région d'Amhara (avec le concours du Centre Carter)	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	267 823	110 922	91 977 (83 %)
Nbre de femmes opérées			61 993
Nbre de chirurgiens formés		63	80 (127 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	15 097 277	15 097 277	13 651 377* (90%)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	309 833	308 108	288 557* (94%)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		3 459	3 459 (100 %)
Possession de latrines		2 612 988	1 802 962 (69 %)

**Données provenant de cinq zones d'Amhara Ouest - provisoires au moment de la présentation*

Interventions chirurgicales (CH)

En 2017, le BRSA, avec l'aide du Centre Carter, a poursuivi la mise en œuvre de l'initiative Fast Track du MFdS. De janvier à décembre, 91 977 personnes ont été opérées du TT dans la région. Parmi les opérés, 61 993, soit 67,3 %, étaient des femmes, qui ont deux fois plus de chances que les hommes de souffrir du TT. Ce remarquable exploit est dû à l'esprit d'initiative du BRSA, à l'implication des dirigeants politiques et à l'aide des partenaires de la région.

Le programme a également contribué à la formation de 80 nouveaux ISOI, qui vont aider à poursuivre le travail de rattrapage du retard pris dans les opérations du TT à Amhara. Des enquêtes de référence menées en 2007 ont fait état d'un retard de plus de 600 000 opérations (estimation). À partir de la fin 2017, on a estimé à 198 626 le nombre de patients ayant besoin de services chirurgicaux pour venir à bout du retard. Au rythme actuel, le programme aura rattrapé son retard en 2 ans.

Afin d'identifier des malades du TT ayant besoin d'une opération, des ISOI ont mené d'intensives recherches de maison en maison dans toutes les zones de la région. En 2017, plus de 2,2 millions de foyers ont reçu la visite d'ISOI. Tout au long de ces recherches de cas, 136 920 personnes ont été dépistées. Sur ce chiffre, 68,4 %, soit 93 607 personnes, avaient un TT confirmé. Parmi celles-ci, 98,3 % ont accepté une intervention, et un faible pourcentage, soit 1,7 %, ont refusé de se faire opérer. Le programme a également procédé à des activités de validation chirurgicales en 2017. Plus de 7 000 patients bénéficiaires d'une opération du TT ont été sélectionnés aléatoirement sur les registres du centre médical pour être interrogés. Parmi les personnes sélectionnées aléatoirement, 85 % ont été interrogées, et pour 98 % d'entre elles, il a été confirmé qu'elles avaient été opérées du TT. Celles qui n'ont pas été interrogées n'étaient pas disponibles lorsque l'équipe de validation est passée chez elles.

Une enquête de qualité des opérations du TT a par ailleurs été menée en 2017 pour vérifier la qualité des opérations du TT réalisées. Au cours de l'audit, 2 319 personnes ont été examinées, ce qui au final a donné lieu à l'examen de 3 056 paupières. Sur les personnes examinées, la correction s'est avérée satisfaisante pour 2 615 d'entre elles, soit 85,6 % ; 74 personnes, soit 2,4%, avaient un granulome ; pour 173 personnes, soit 5,6%, la correction s'est avérée insuffisante ; et pour 180, soit 5,9%, la correction s'est avérée excessive. Un TT postopératoire a été détecté chez 203 patients (8,7 %).

Antibiothérapie (A)

À partir de mars 2018, 36 districts dans la région d'Amhara ont atteint l'objectif d'élimination pour le TF et n'ont plus besoin de DMM. Cette réussite témoigne des grands progrès accomplis dans toute la région. Pour les districts où la prévalence du TF est supérieure à 5 %, les activités de DMM ont continué en 2017, et 2 campagnes sur le trachome ont été menées. Par l'intermédiaire de ces campagnes, 13 651 377 doses d'azithromycine et 288 557 doses de POT ont été distribuées. La majorité des districts sont parvenus à une couverture de plus de 80 % pendant les campagnes. À compter du mois de mars 2018, la DMM a été en progrès dans 2 districts. Des EIT sont prévues pour 54 districts en 2018, qui informeront le programme sur les DMM qui restent à faire, mais on estime que la plupart des districts où le TF est supérieur à 5 % auront encore besoin d'une à deux tournées de DMM minimum. Par ailleurs, le programme envisage de procéder à 9 enquêtes de surveillance en 2018. Il faudra environ 5 mois pour les réaliser et plusieurs ISOI y participeront, ce qui risque d'avoir des conséquences sur les réalisations en matière de TT en 2018.

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

Le BRSA participe à des activités au niveau des communautés et des établissements scolaires dans tous les districts d'Amhara. En 2017, tous les villages ont eu des activités permanentes d'éducation sanitaire. Notamment en 2017, la région a rédigé un document intitulé Regional Hygiene and Environmental Health Strategy (stratégie sanitaire et environnementale régionale), adapté de la stratégie nationale pour la région d'Amhara. La formation sur les activités de N et E a eu lieu pour 292 responsables de l'hygiène et de l'assainissement et des responsables de la prévention de la cécité. Des réunions des groupes de travail WASH-MTN ont été organisées en 2017, et un forum de formation à WASH-MTN a eu lieu.

Suite au lancement du Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome (PSEST) en 2016, toutes les formations du programme ont été suivies en 2017. Le PSEST doit en principe renforcer les changements de comportement chez les enfants d'âge scolaire, ainsi que chez les membres des communautés. En 2017, 11 849 chefs d'établissement, enseignants, superviseurs de groupes et personnel des bureaux d'éducation des *woredas* ont été formés au PSEST. Suite à cette formation, le PSEST a été répercuté à toutes les écoles de la région. Pour mesurer les avancées du PSEST, des visites trimestrielles de soutien ont été menées. C'est une équipe composée de représentants du Bureau régional d'éducation, de le BRSA et du Centre Carter qui est chargée des visites. En outre, à chaque district a été attribué un référent du PSEST pour s'assurer que les programmes scolaires et les activités correspondantes sont bien mises en œuvre dans les écoles primaires de chaque district.

Pour mesurer l'impact du PSEST, des indicateurs ont été élaborés et seront régulièrement mesurés. D'octobre à décembre 2017, 5 959 écoles ont communiqué leurs résultats par rapport à ces indicateurs. Il ressort des données communiquées que 75% des élèves du primaire ont reçu une éducation sanitaire sur l'hygiène, l'assainissement et le trachome en classe et 44 % des élèves ont indiqué avoir reçu une éducation sanitaire dispensée par les ISOI ou d'autres professionnels de santé dans leur communauté. Parmi les établissements scolaires ayant communiqué des données au cours de cette période, 90 % avaient créé des clubs trachome, 88 % avaient des latrines fonctionnelles considérées sûres pour les enfants et seulement 43 % des écoles avaient des installations de lavage du visage et des mains.

En 2016, le BRSA a changé l'indicateur relatif au volet E de la stratégie CHANCE. Le programme contrôle à présent la possession de latrines plutôt que de se contenter de s'intéresser seulement aux nouvelles constructions de latrines sur une période de communication de données. Ce changement est venu en réponse aux difficultés qu'a connues la région dans le contrôle régulier des constructions de latrines car il était difficile de savoir quand avait eu lieu la construction. Dans le cadre de ce contrôle régulier, la possession de latrine par foyer est notée, en précisant s'il s'agit d'une latrine perfectionnée, ou bien on note si un foyer n'en est pas équipé. La présence de latrine perfectionnée indique que des matériaux durables sont utilisés pour la

construction, qu'une superstructure a été construite et que la latrine est utilisable plusieurs saisons de suite ; Une latrine traditionnelle constituée d'une fosse avec ou sans superstructure est également incluse. En 2017, les données recueillies ont montré que 69,8 % des foyers d'Amhara étaient équipés de latrines, dont 41,8 % sont perfectionnées. Plus de 1,8 millions de latrines ont été dénombrées lors du recueil des données.

Recherche opérationnelle

Il existe toutes sortes de recherches opérationnelles en cours et prévues dans la région d'Amhara, qui étudie tous les aspects de la stratégie CHANCE. La London School of Hygiene and Tropical Medicine, en partenariat avec Le Centre Carter et le BRSA, mène 4 études ayant trait à la chirurgie du TT. L'Université de Californie à San Francisco, la Fondation Francis I. Proctor, en partenariat avec Le Centre Carter et le BRSA, mène 1 étude sur le N et E. Deux études sur les antibiotiques attendent l'approbation du comité d'éthique.

Obstacles au développement du programme

Le programme a fait face à plusieurs difficultés en 2017. Premièrement, le retard de l'expédition d'azithromycine a entraîné un retard dans la DMM, essentiellement dans l'ouest d'Amhara. Le repérage des cas de TT est devenu compliqué ; mais la région travaille à remédier à ce problème. Le programme a également connu des difficultés liées à la pénurie de certaines fournitures chirurgicales spécifiques au TT sur le marché local. Le BRSA travaille à résoudre ce problème avec ses partenaires.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

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

État actuel : Les données de PSEST ont été communiquées au cours de la réunion annuelle régionale de bilan sur le Programme de Lutte contre le Trachome, le forum de formation sur WASH et les MTN et la réunion du groupe de travail de la région d'Amhara sur WASH et les MTN, qui s'est réuni pour parler des campagnes à mener.

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

État actuel : Un article sur la couverture des DMM a été publié. Des articles détaillant les résultats de PCR, de l'étude d'impact du trachome, des coûts des EIT, sont en cours de rédaction. Une étude d'élimination du trachome par antibiotique ciblé (ÉÉTAC) a été proposée. Une évaluation externe du Programme de Lutte contre le Trachome sous la direction de l'OMS a eu lieu en mars 2018.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 93 126 patients atteints de TT, tous avec le concours du Centre Carter
- Former 34 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 15 820 003 doses d'azithromycine, toutes avec le concours du Centre Carter

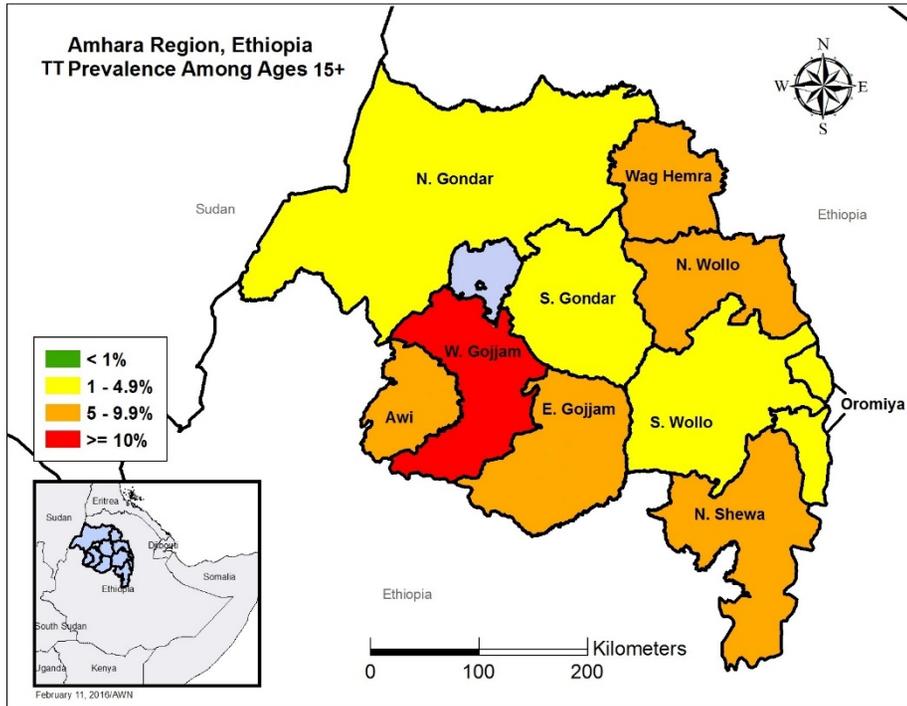
- Distribuer 316 400 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 54 enquêtes d'impact et 9 enquêtes de surveillance

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

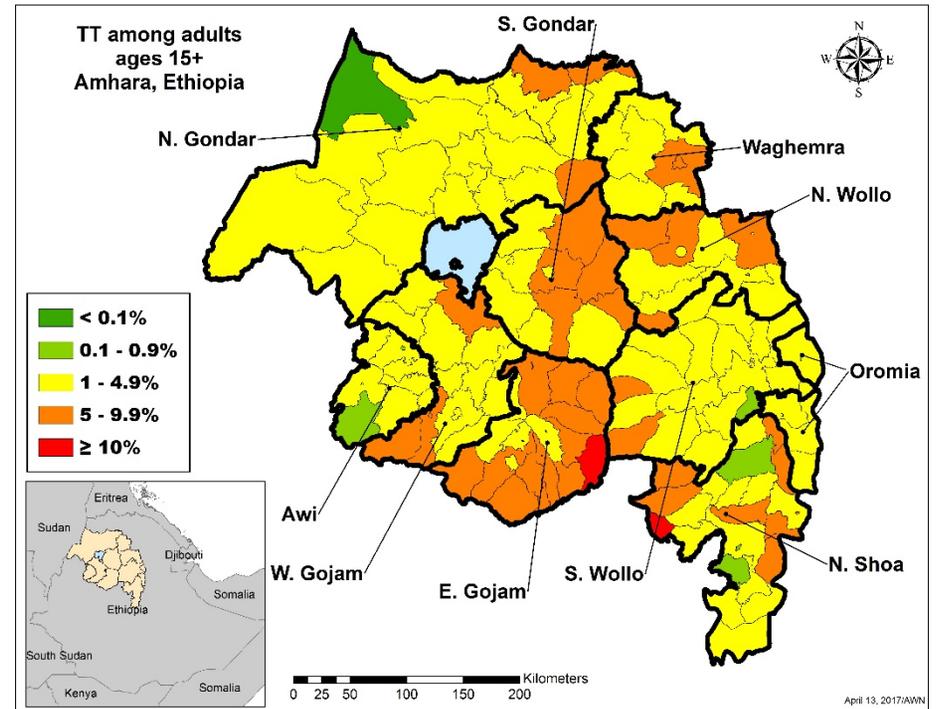
- Contribuer à l'éducation sanitaire dans 3 838 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Mener une enquête de référence sur l'hygiène et les activités sanitaires environnementales
- Mener une supervision de soutien du PSEST

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

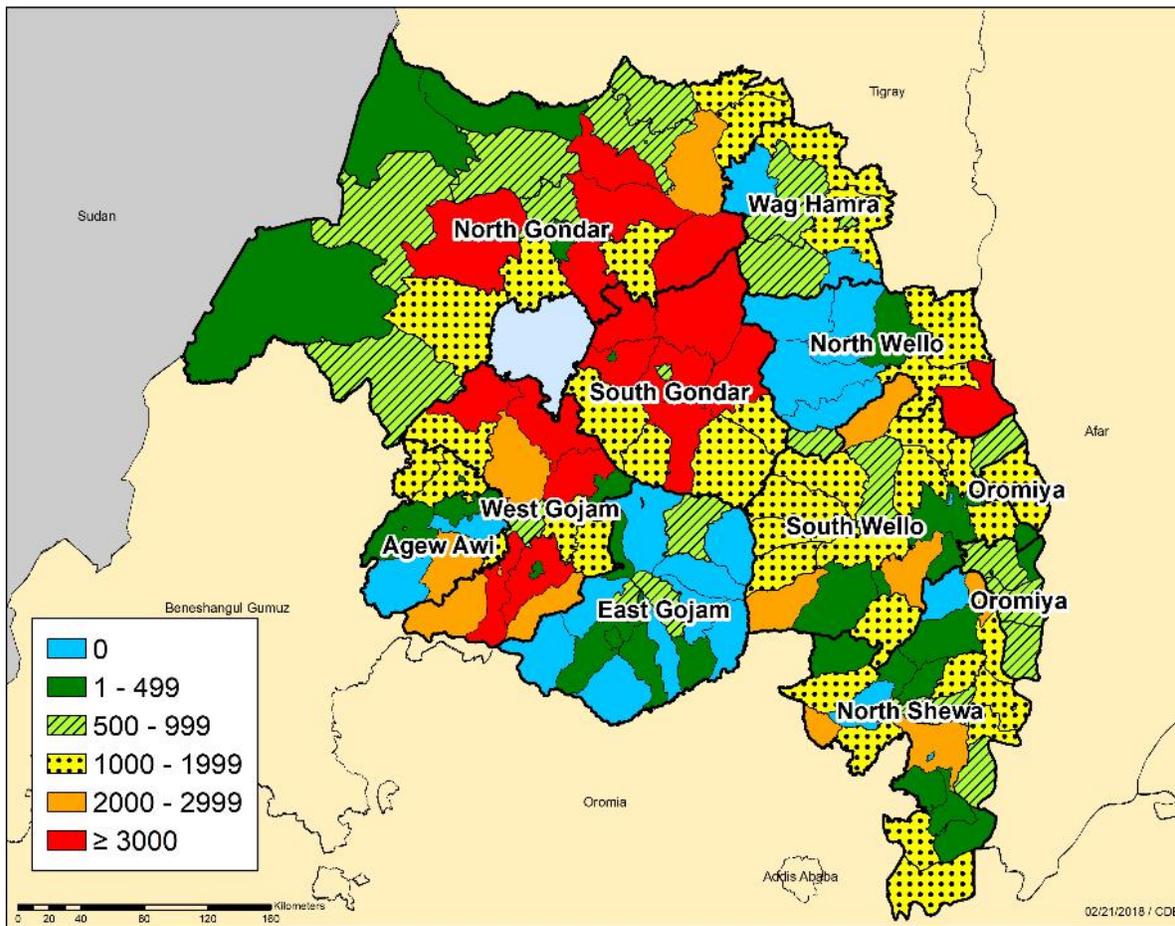
Situation de référence, 2007



2017

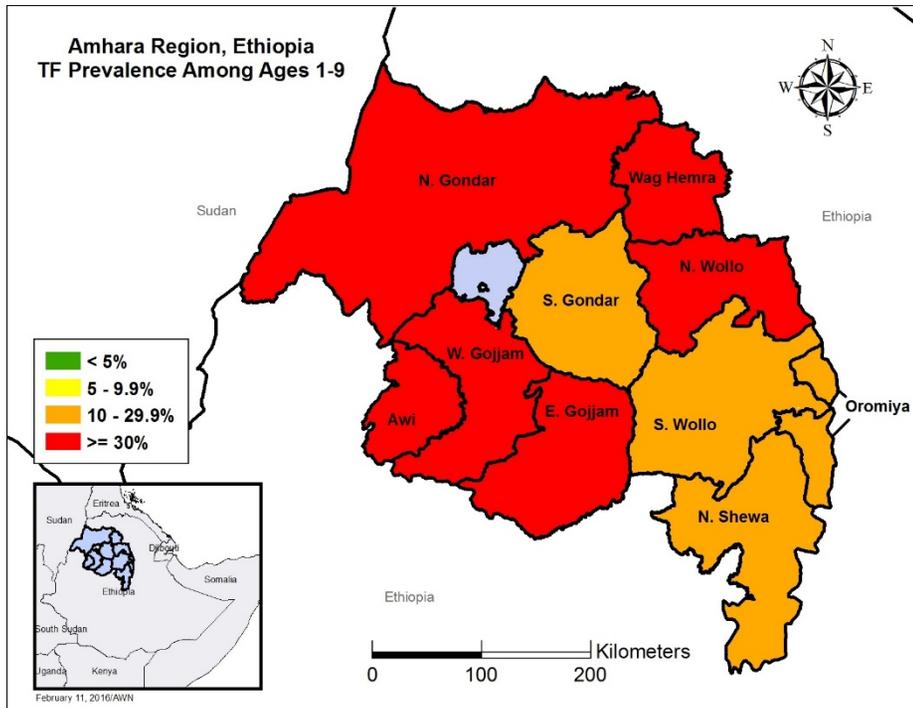


Amhara, Éthiopie : Nombre d'opérations en retard, 2017

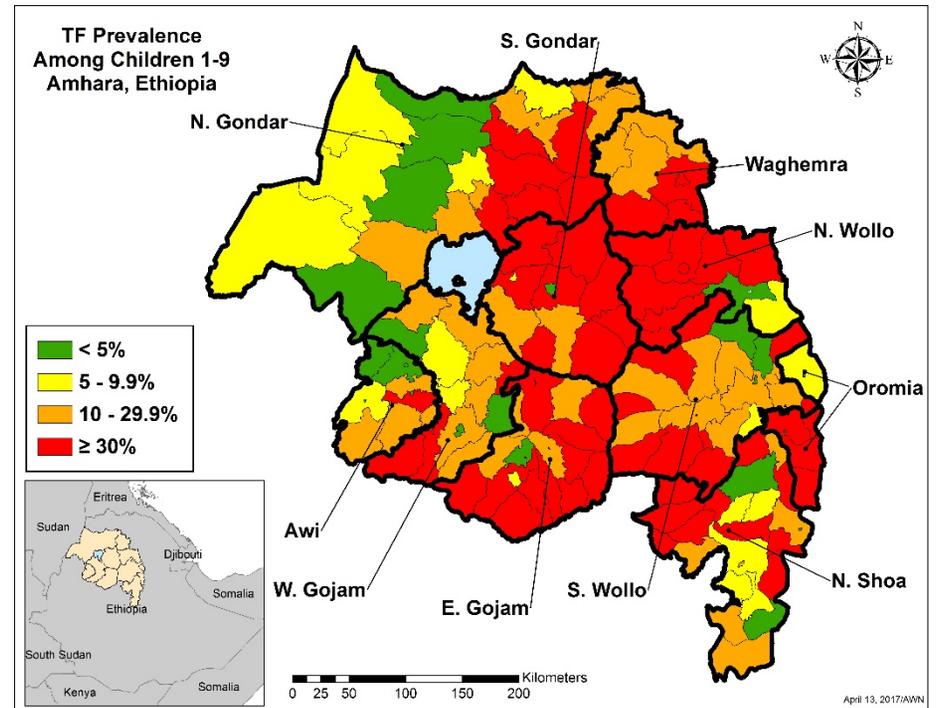


Amhara, Éthiopie : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

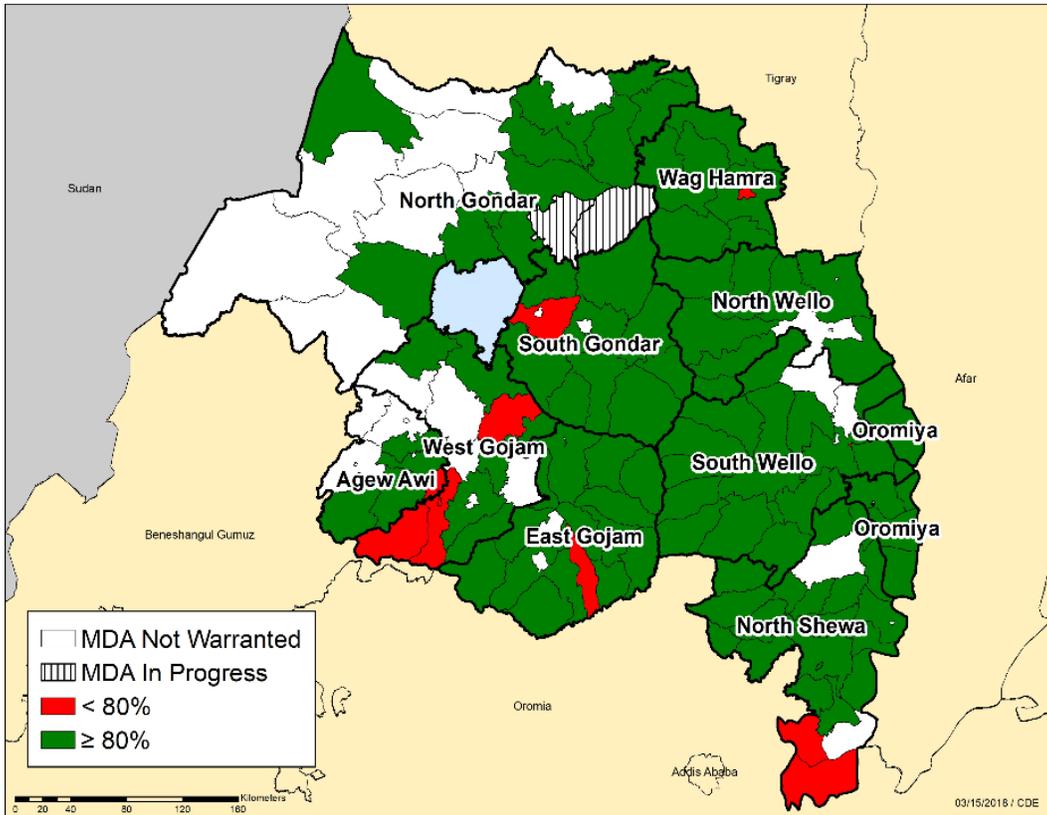
Situation de référence, 2007



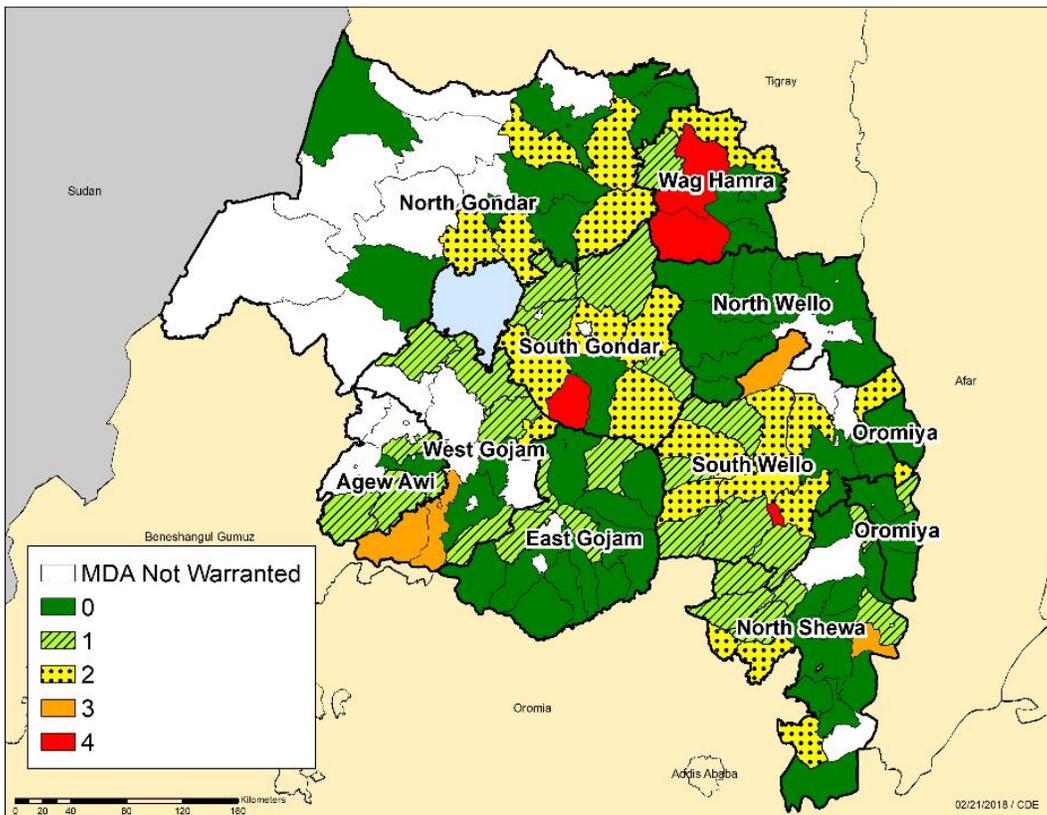
2017



Amhara, Éthiopie : Couverture de la DMM, 2017



Amhara, Éthiopie : Tournées de DMM restantes, 2017



CHANCE au Mali

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

Historique

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 3 priorités du Ministère de la Santé (Mds) soient le paludisme, le VIH et la tuberculose, un Programme national de Lutte contre le Trachome a été mis en place en 1999. Bien que le Mali n'ait pas de PAT officiel, à la fin de chaque année, le PNSO élabore un plan d'action pendant sa réunion de bilan annuel du programme. Le Centre Carter, assisté d'autres partenaires, met actuellement en œuvre la totalité des 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

1994 : Lancement du PNLC

1996-1997 : Étude nationale de référence sur la prévalence

1999 : Lancement du Programme national de lutte contre le trachome

1999 : Début des interventions chirurgicales

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

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

2005-2016 : EIT menées

2014 : le PNLC devient le PNSO

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

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	7 051	6 000	1 694 (28 %)	2 400	497 (21 %)
Nbre de femmes opérées			1 153		382
Nbre de chirurgiens formés		0	17	0	0
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	0	0	0	S/O ³	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	0	0	0	0	0
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		300	299 (100 %)	250	199 (80 %)
Nbre de latrines domestiques construites		7 000	5 727 (82 %)	5 000	4 729 (95 %)

Interventions chirurgicales (CH)

L'enquête initiale de 1996 au Mali a révélé que 75 % des districts étudiés étaient endémiques au trachome. Au bout de vingt années d'application par le programme de la stratégie CHANCE, d'énormes progrès ont été faits vers l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2017, le Programme national a contribué à 1 694 opérations du TT, atteignant ainsi 28 % de son objectif annuel, fixé à 6 000 interventions. Sur le nombre total d'interventions réalisées, 1 153 ont concerné des femmes. Le Centre Carter a contribué à 497 du nombre total d'interventions, atteignant ainsi 21 % de son objectif annuel, fixé à 2 400 interventions. Le programme a par ailleurs formé 17 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT. Le nombre actuel d'opérations en retard est d'environ 5 893. Au rythme où vont les opérations en 2017 il faudra 3,5 ans pour rattraper le retard.

Le Programme national réunit des données sur le nombre de personnes dépistées pour se faire opérer du TT et le nombre de personnes qui refusent les services de chirurgie. En 2017, le programme a fait passer des tests à 627 311 personnes dans l'ensemble du pays pour déceler des signes de TT. Près de 100 % des personnes dépistées, soit 625 450, n'avaient pas de signes de TT. Sur les 1 861 personnes qui s'avéraient avoir le TT, 87 % ont accepté l'opération chirurgicale, et 242 l'ont refusé.

Antibiothérapie (A)

Il n'y a actuellement aucun district au Mali qui justifie une DMM. Tous les districts ont atteint le seuil d'élimination du TF, qui est inférieur à 5 %. C'est une grande réussite pour le Programme national. En 2017, le programme a mené 4 EIT et 9 enquêtes de surveillance. Aucune EIT n'est prévue en 2018. Le programme va s'occuper de mener 20 enquêtes de surveillance. Si la sécurité se normalise en 2018, le Programme national s'attend à ce que la totalité des enquêtes aient été menées d'ici à la fin de l'année.

³ Le Centre Carter n'a pas participé à la DMM au Mali.

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

Pour les activités de N et E, le Programme national collabore avec ses partenaires ainsi que divers services des ministères. Depuis 1999, le Programme national a formé des maçons et des agents sanitaires au Mali pour mettre en œuvre des activités de N et E. Le programme a participé à l'éducation sanitaire de 299 villages en 2017. Le programme contribue à l'assainissement total sous la direction de la communauté, dont la mise en œuvre est prise totalement en charge par les communautés. Des grappes de femmes sont formées à l'éducation sanitaire, et des messages sur l'information, l'éducation et la communication (IEC) sont diffusés par les stations de radio locales. Des points d'eau sont créés et entretenus. Dans les établissements scolaires, le trachome a été introduit dans les programmes scolaires pour les enseignants, grâce à un financement de la Banque mondiale. Un programme de formation pour les enseignants et les mères des élèves a été finalisé.

Le Programme national contribue par ailleurs à des activités dans le cadre de l'amélioration de l'environnement. En 2017, le Programme national, avec l'aide de plusieurs partenaires, a participé à la construction de 5 727 latrines. La totalité des activités de construction de latrines n'est pas coordonnée par le Programme national mais par des partenaires qu'il ne connaît pas. Aussi s'efforce-t-il de faire cas de ceux qui travaillent dans ce domaine et de leur témoigner de la considération, même si ce ne sont pas des partenaires stratégiques pour le programme.

Obstacles au développement du programme

Le programme a fait état de plusieurs difficultés auxquelles il est confronté, dont 2 sont capitales : trouver les cas de TT restants ; l'insécurité. Tandis que le Programme national travaille à parvenir à l'élimination, il trouve difficile de localiser et de diagnostiquer les cas de TT restants dans le pays. Il fait tout son possible dans ce domaine pour dépister autant de patients que possible. Il y a aussi des cas de refus dans certains districts, même si des mesures sont mises en place pour les trouver. Deuxièmement, l'insécurité ne cesse de croître dans le centre du pays. Auparavant, l'insécurité restait cantonnée surtout dans les régions du nord ; mais elle s'est déplacée vers le centre, où de nombreuses activités étaient prévues en 2017.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

Recommandation n° 1 : Étant donné le retard actuel pris dans les opérations du TT, le programme au Mali doit résolument prévoir de rattraper ce retard d'ici à 2018 à l'aide d'une planification détaillée et d'activités simultanées.

État actuel : Le programme a continué en procédant à du *ratissage* pour trouver des cas, ainsi que par des enquêtes. En 2017, le programme a mené 9 enquêtes de surveillance et 5 enquêtes d'impact.

Recommandation n° 2: Le Mali et le Niger doivent poursuivre leur collaboration transfrontalière et y associer les pays voisins pour évoquer les problèmes et voir comment ils ont été résolus.

État actuel : Le Programme national a participé à une série de réunions, en collaboration avec le Niger. Tout d'abord, le Mali a participé au bilan du Programme de Lutte contre le Trachome au Niger en octobre 2017 ; quant au Niger, il a participé au bilan au Mali en décembre 2017. De plus, les deux programmes ont collaboré à deux formations HEAD START destinées à former des formateurs. Le Mali, de même que le Niger et le Burkina Faso, a reçu des financements grâce au projet sur les MTN de la Banque mondiale. Ce qui a eu pour effet de faire participer les 3 pays à des réunions pour discuter de l'utilisation des fonds grâce à des activités communes.

Recommandation n° 3 : Le programme au Mali doit s'interroger pour savoir s'il doit diversifier les méthodes de découverte de cas de TT selon les contextes.

État actuel : Le Programme national fait appel au *ratissage* pour trouver des cas et également pour consigner les cas de refus.

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

État actuel : Le Programme national inclut dans les enquêtes trachome des questions liées à la connaissance du ver de Guinée et du système de récompenses en argent liquide. C'est un moyen pour lui de promouvoir le système de récompenses en liquide.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 5 893 patients atteints de TT, dont 1 500 avec le concours du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

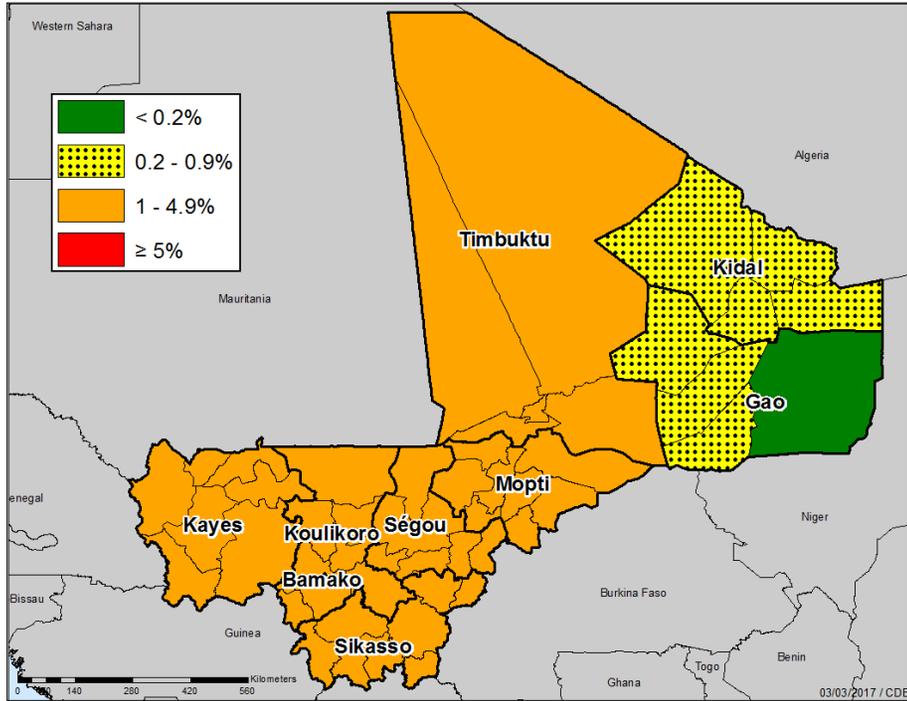
- Les activités de DMM ne sont pas justifiées au Mali
- Mener 20 enquêtes de surveillance

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

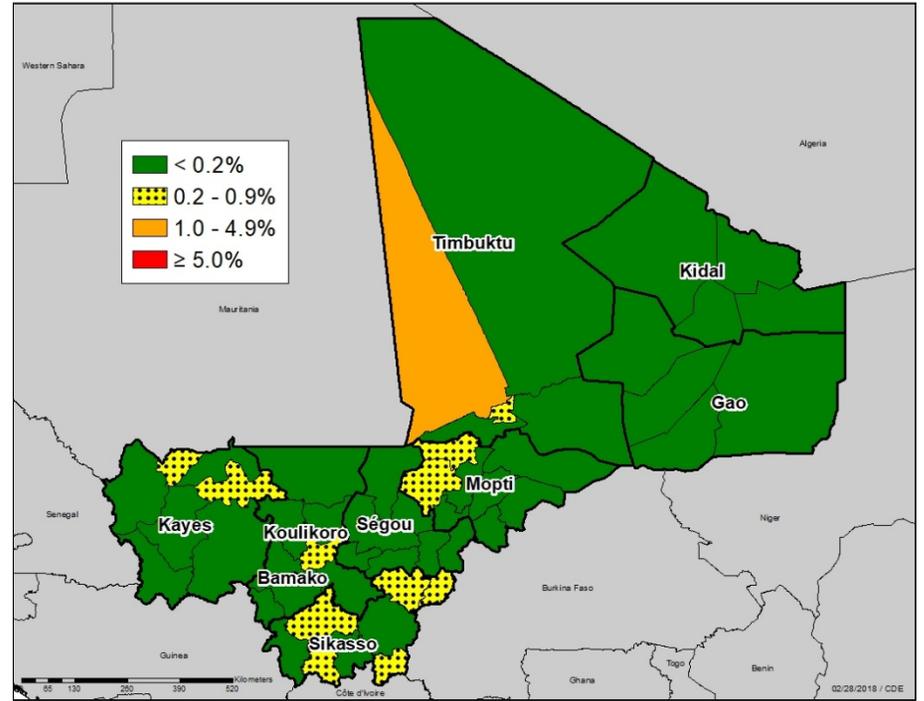
- Contribuer à l'éducation sanitaire dans 400 villages, avec le concours du Centre Carter.
- Construire 6 000 latrines, 5 000 avec le concours du Centre Carter
- Poursuivre les activités de N et E en cours

Mali : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

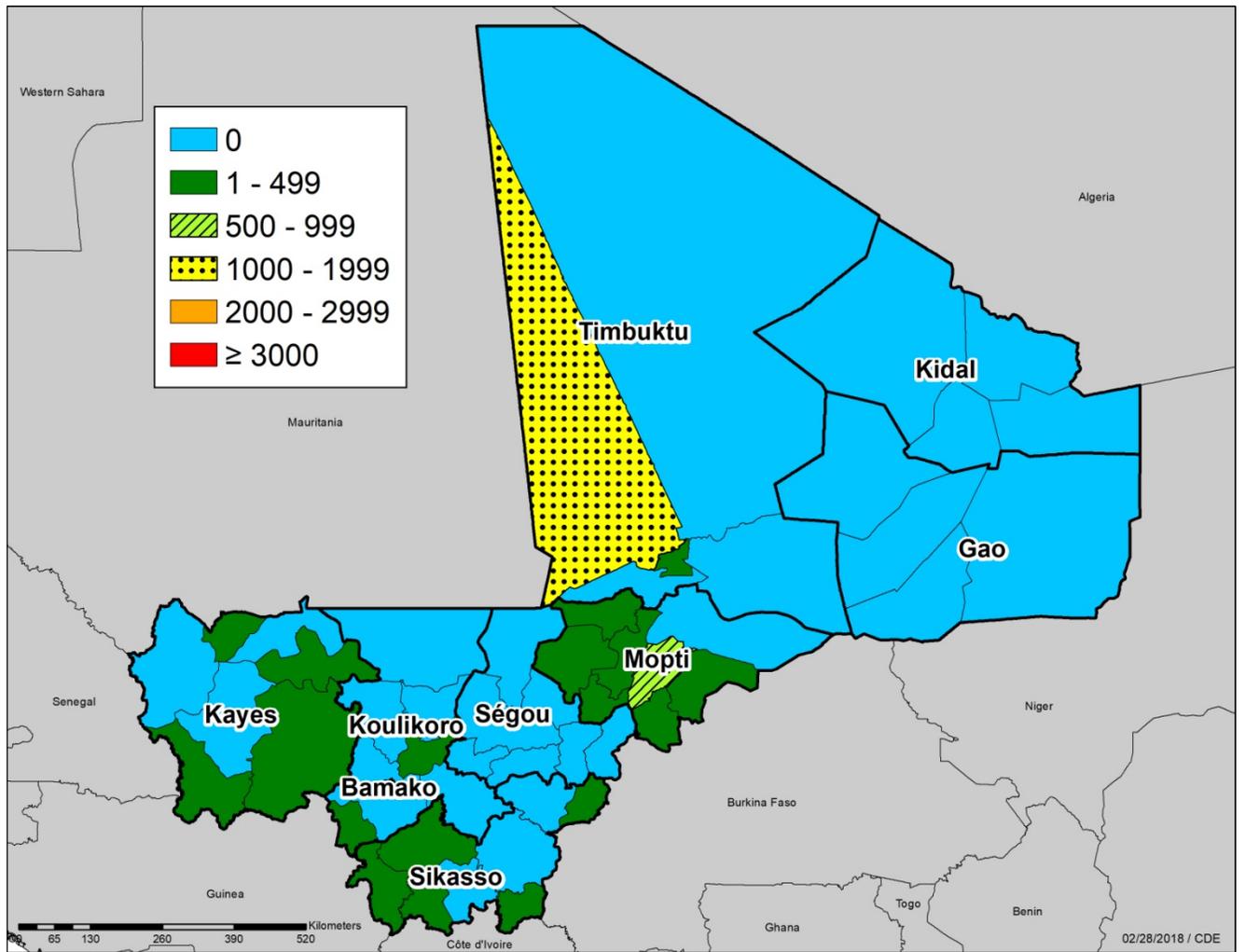
Situation de référence, 1996



2017

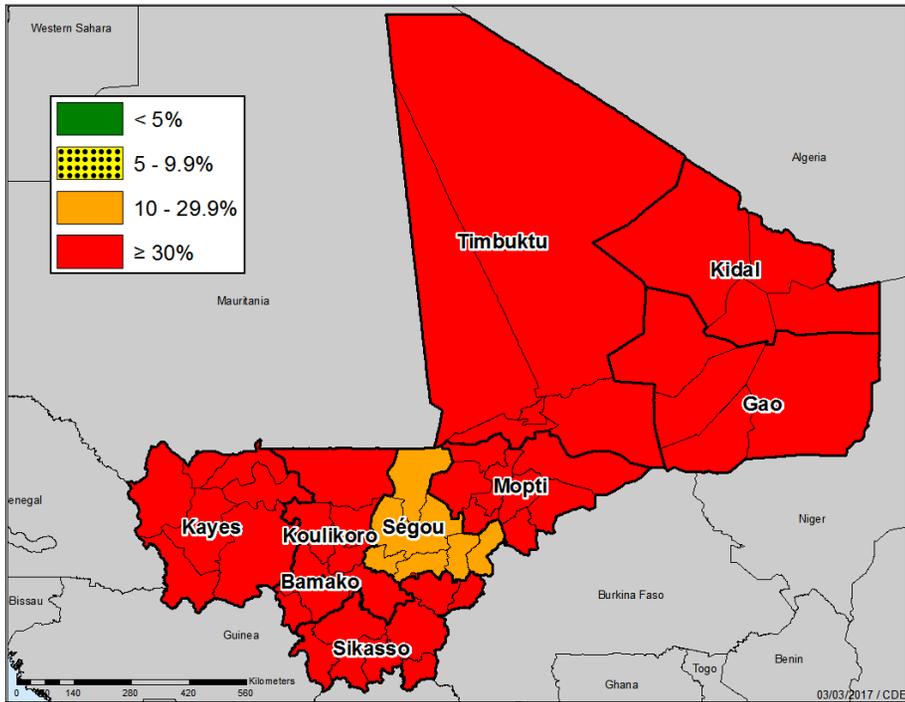


Mali : Nombre d'opérations en retard, 2017

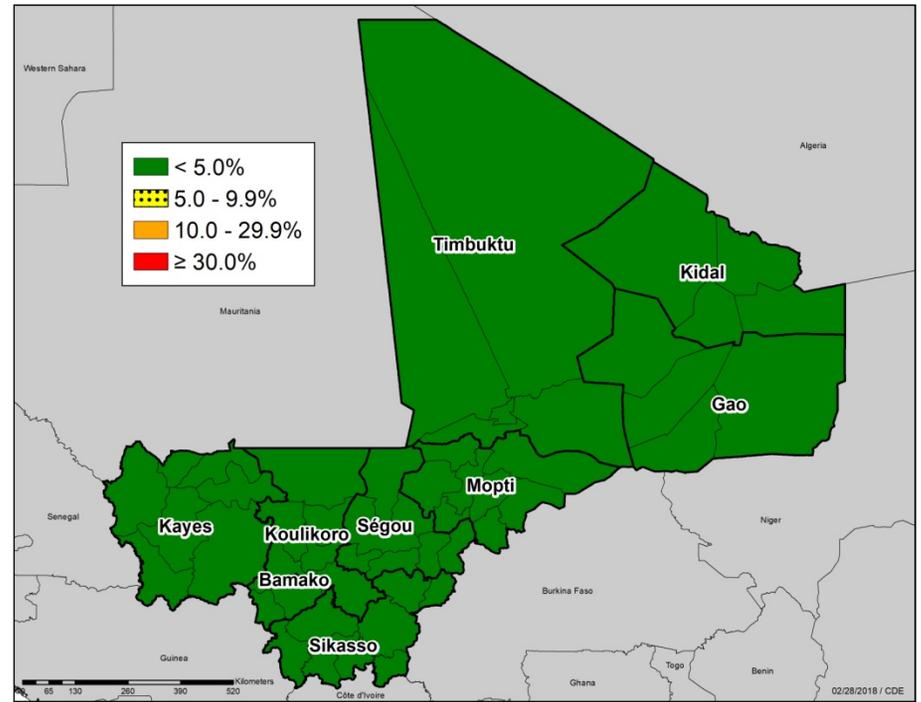


Mali : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

Situation de référence, 1996



2017



CHANCE au Niger

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

Historique

Le PNLC a été mis en place en 1987 suite à des enquêtes nationales faisant état d'une prévalence de la cécité de 2,2 %, dont un quart des cas dus au trachome. Les enquêtes régionales de référence menées entre 1997 et 1999 ont établi que 44 % des enfants âgés de 1 à 9 ans présentaient 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 Trachome, et à partir de 2001, des enquêtes de prévalence ont été menées au niveau des districts. À ce jour le trachome fait partie des MTN mais n'est pas considéré comme une maladie prioritaire. Bien que le trachome soit intégré au département des MTN, les partenaires du trachome organisent une coordination spécifique pour le trachome et des réunions de revue annuelle au niveau régional. Le programme applique tous les volets de la stratégie CHANCE où cela se justifie.

En 2013, le Ministre de la Santé a fait une déclaration rendant hommage au travail effectué par les coordinateurs de la lutte du MdS contre le trachome, et par les 2 partenaires principaux : Le Centre Carter et Helen Keller International (HKI). Ces déclarations ont été faites au cours d'une semaine de campagnes de chirurgie détachée pour le TT en mars 2013. En 2013, le programme a également changé de nom : le PNLC est devenu le PNSO.

Chronologie

1987 : Début du PNLC

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

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

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

2002 : La mise en œuvre de la stratégie CHANCE commence

2006 : Etudes d'impact du trachome menées

2007 : Lancement du Programme sur les MTN

2010 et 2012 : EIT menées

2013 : Le PNLC devient le PNSO

2016 : EIT menées

2020 : Changement de la date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	32 120	18 000	11 478 (64 %)	11 100	9 897 (89 %)
Nbre de femmes opérées			N/C		5 556 (56 %)
Nbre de chirurgiens formés		60	38 (63 %)	30	24 (80%)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	4 854 335	4 854 335	2 151 297*	S/O ⁴	S/O
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	150 000	150 000		150 000	150 000 (100 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		527	527 (100 %)	527	527 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites		11 000	13 273 (121 %)	11 000	13 273 (121 %)

*Zithromax[®] et POT; À la date de la présentation, une DMM est en cours dans 8 districts

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme national assure des opérations du TT au Niger depuis 1999. Le Centre Carter a commencé à apporter son concours aux opérations du TT en 2009. Le programme connaît une augmentation importante de ses réalisations depuis 2009, surtout depuis 2011-2015. En 2017, le programme a opéré 11 478 patients TT, soit 64 % de son objectif annuel, fixé à 18 000 interventions. Sur la totalité des réalisations, Le Centre Carter a contribué à 87 % d'entre elles, soit 9 987 interventions. Toujours en 2017, 38 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT ont formés, dont 24 stagiaires avec le concours du Centre Carter. Selon les estimations, il resterait encore 20 195 patients à opérer. Au rythme actuel, le programme aura rattrapé son retard dans moins de deux ans. Des données d'enquêtes indiquent qu'en matière de retard, c'est dans les districts de Maradi et de Zinder que les chiffres sont les plus élevés.

En 2017, le programme du Niger a commencé à appliquer le ratissage suite à une collaboration transfrontalière avec le Programme national du Mali. Le système utilisé au Niger repose sur la procédure utilisée au Mali mais il est adapté au programme du Niger. De ce fait, le Programme national recueille des données sur le nombre de personnes ayant passé un dépistage du TT et celles qui refusent les services de chirurgie. En 2017, le programme a enregistré 28 500 dépistages de TT, et 58 % des personnes dépistées ne présentaient aucun signe de TT. Sur celles atteintes du TT, 11 925, soit 99 %, ont accepté l'opération, et 155 ont refusé les services de chirurgie.

Depuis 2011, le Programme national suit la qualité des opérations du TT grâce à des enquêtes de suivi, y compris des interviews postopératoires de patients TT. Les données recueillies comprennent le nom du chirurgien, les instructions données au patient après l'intervention et le résultat de l'opération. Il ressort des données recueillies qu'il y a actuellement un taux de récurrence d'environ 10 %.

⁴ Le Centre Carter ne contribue pas en ce moment à la DMM au Niger.

Antibiothérapie (A)

Des enquêtes de référence, menées en 2002, indiquaient que le trachome était endémique dans les régions méridionales du Niger et que dans plusieurs districts, la prévalence du TF était supérieure à 30 %. Grâce au programme, la prévalence du TF a considérablement reculé dans tout le pays. Depuis 2017, toutes les régions ont été couvertes par les enquêtes destinées à déterminer si des interventions CHANCE sont nécessaires. À partir de 2007, le Ministère de la Santé a mis en œuvre l'intégration de toute la DMM dans le pays. Le Programme national est obligé d'attendre la réception des médicaments dans le pays avant que les distributions puissent commencer, ce qui a entraîné certains retards dans la DMM au cours de ces dernières années.

En 2017, le Programme national a mené une DMM dans plusieurs districts. 2 151 297 doses d'azithromycine et POT ont été distribuées aux districts justifiant une DMM. Le Centre Carter a apporté son concours à l'achat de 150 000 doses de POT à distribuer. La DMM reste justifiée dans les districts de Tahoua, Maradi et Zinder, et dans les régions de Diffa. Actuellement, six districts envisagent une DMM, et dans la plupart d'entre eux, il reste encore une à deux tournées de DMM à faire. À Tahoua, un district nécessitera trois tournées de DMM. Dans l'ensemble, il y a une diminution des doses d'antibiotiques à distribuer au Niger pour le Programme national.

En plus de la DMM, le Programme national a contribué à mener des enquêtes dans 14 districts. Au total, 6 EIT et 8 enquêtes de surveillance ont été réalisées. Le programme prévoit de mener 8 EIT et 1 enquête de surveillance en 2018.

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

En 2017, le Programme national a participé à des activités d'éducation sanitaire dans 527 villages. Une formation a été dispensée à 1 568 personnes pour leur permettre de mener les activités d'éducation sanitaire dans leur communauté. Les personnes formées sont des marabouts (des chefs religieux musulmans), des chefs communautaires et des agents médicaux locaux. Des contrats ont été passés avec des stations de radio pour diffuser des messages sur les activités liées au trachome, en particulier les DMM et les campagnes itinérantes d'opérations du TT, et pour communiquer des messages sur la prévention du trachome dans les foyers et au niveau des communautés. Les stations de radio sont essentielles pour la réussite des activités de N et E.

Le Programme national a également contribué à plusieurs activités liées à l'éducation sanitaire dans les écoles. Il a organisé des manifestations sportives et des programmes de radio, fournis des équipements d'hygiène à 227 établissements qui comprennent des points de nettoyage du visage et des mains, et il a formé 280 enseignants provenant de districts endémiques à des programmes scolaires propres au trachome. En outre, il a participé à 2 visites de supervision communes régionales sur la santé et l'éducation pour 40 conseillers éducatifs, à des activités de suivi dans les 227 établissements scolaires et organisé une réunion pour examiner les progrès des activités mises en place.

Le Programme a dépassé son objectif de construction de latrines de 21 % en 2017. Au total, 13 273 latrines ont été construites dans l'ensemble des régions. En outre, 230 nouveaux maçons ont bénéficié d'une formation. Le coordinateur du programme a noté qu'il y avait eu des problèmes de coordination entre les intéressés, ce qui a rendu la tâche difficile au Programme national pour planifier des réunions afin d'évoquer les problèmes.

Recherche opérationnelle

Le programme national se coordonne avec des partenaires pour mener des recherches opérationnelles dans plusieurs régions du pays. Il collabore actuellement avec des partenaires d'ONG sur une étude portant sur les

chirurgiens ayant reçu la formation initiale (HEAD START) ainsi qu'à une étude sur le suivi postopératoire de la qualité des opérations du TT. Le Programme national continue à se coordonner avec Le Centre Carter et la Fondation l'Université de Californie à San Francisco Francis I. Proctor sur l'étude sur les Macrolides Orais pour Réduire les Décès avec un Œil sur la Résistance (MORDOR). Par ailleurs, le programme envisage aussi une étude pour connaître l'impact des messages radio dans la lutte contre le trachome.

Obstacles au développement du programme

Le programme a noté plusieurs difficultés rencontrées en 2017. Premièrement, les troussees TT, acquises avec la participation financière de la Banque mondiale, avaient du retard : elles sont arrivées en décembre alors qu'on en avait besoin en avril. À leur arrivée, le programme a trouvé que certains articles qu'elles contenaient, en particulier les ciseaux, n'étaient pas conformes aux spécifications. Deuxièmement, il a été confronté à un retard dans la réception de l'azithromycine pour la DMM à cause du cyclone tropical Maria et de ses répercussions sur les usines de production à Porto Rico.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

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

État actuel : Le coordinateur du Programme national a obtenu les coordonnées du coordinateur national nigérian et envisage d'organiser une rencontre.

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

État actuel : Le Niger et le Mali ont participé ensemble à 2 rendez-vous en 2017, y compris le bilan du programme Niger.

Recommandation n° 3 : Le programme doit continuer à travailler dans les camps de déplacés internes intérieurs pour, autant que possible, apporter la stratégie CHANCE là où elle est justifiée.

État actuel : Le Programme national a contribué à la DMM dans 17 camps de la région de Diffa en 2017.

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

État actuel : Le programme a rédigé un plan de travail et formé 4 chirurgiens à l'aide d'HEAD START. Certaines difficultés matérielles n'ont pas permis la mise en œuvre des activités chirurgicales. Mais il y a maintenant 6 chirurgiens formés dans la région pour pratiquer l'opération du TT.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 15 000 patients atteints de TT, dont 10 000 avec le concours du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

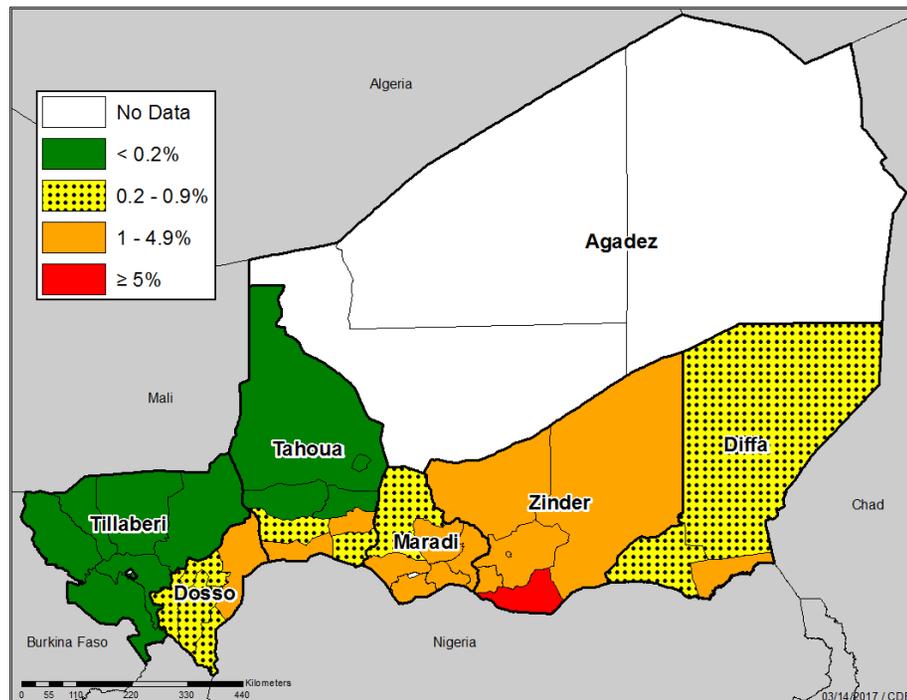
- Distribuer 1 210 961 doses d'azithromycine
- Distribuer 150 000 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter

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

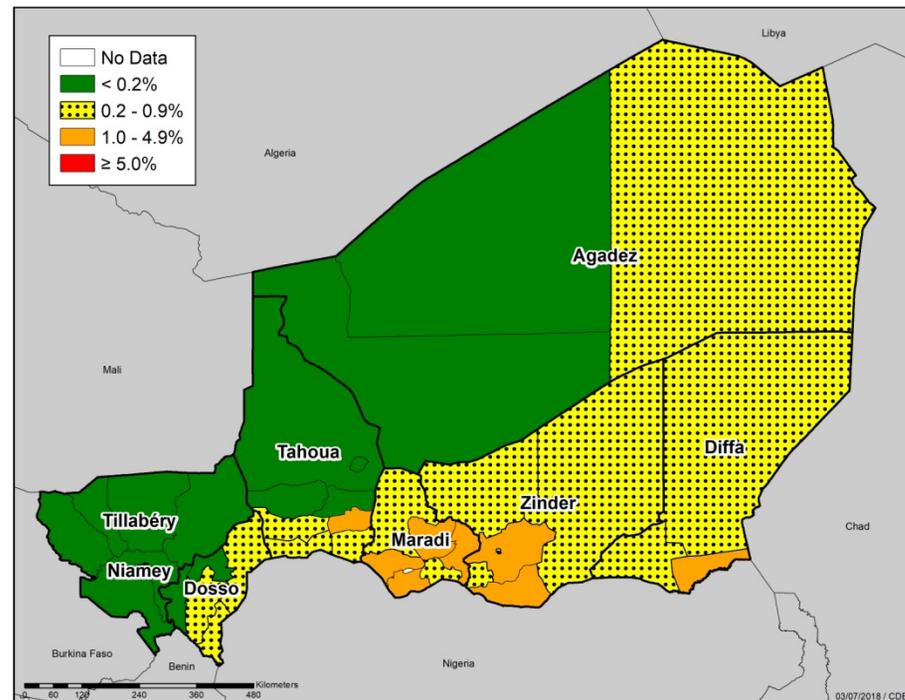
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 600 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Construire 10 000 latrines, toutes avec l'aide du Centre Carter
- Former 300 maçons à la construction de latrines
- Former 630 personnes à l'éducation sanitaire
- Passer des contrats avec 101 stations de radio communautaires et 5 stations régionales
- Organiser 38 présentations au public sur les volets N et E

Niger : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

Situation de référence, 2000-2007

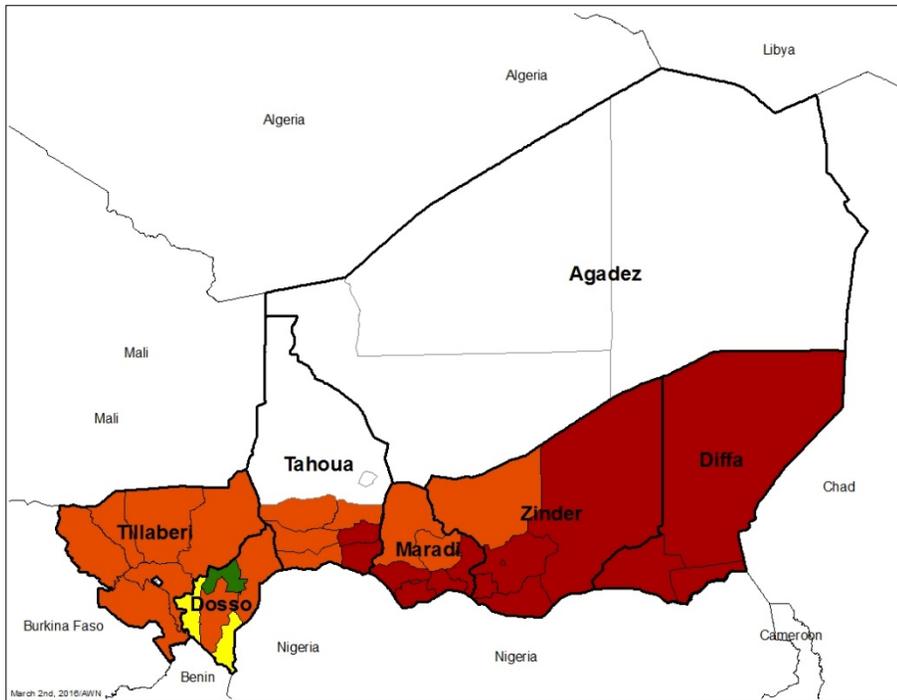


2017

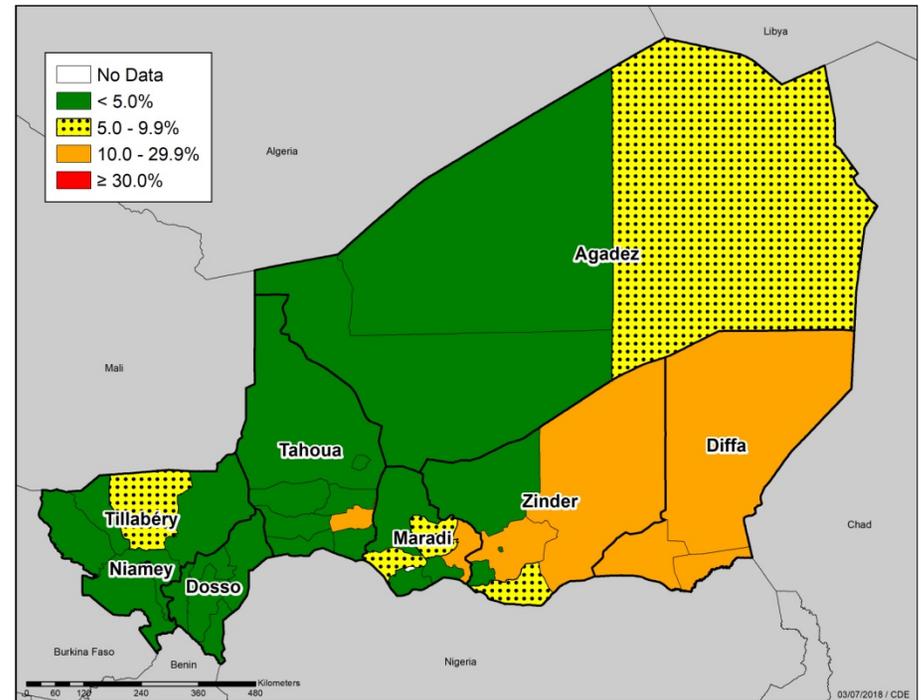


Niger : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

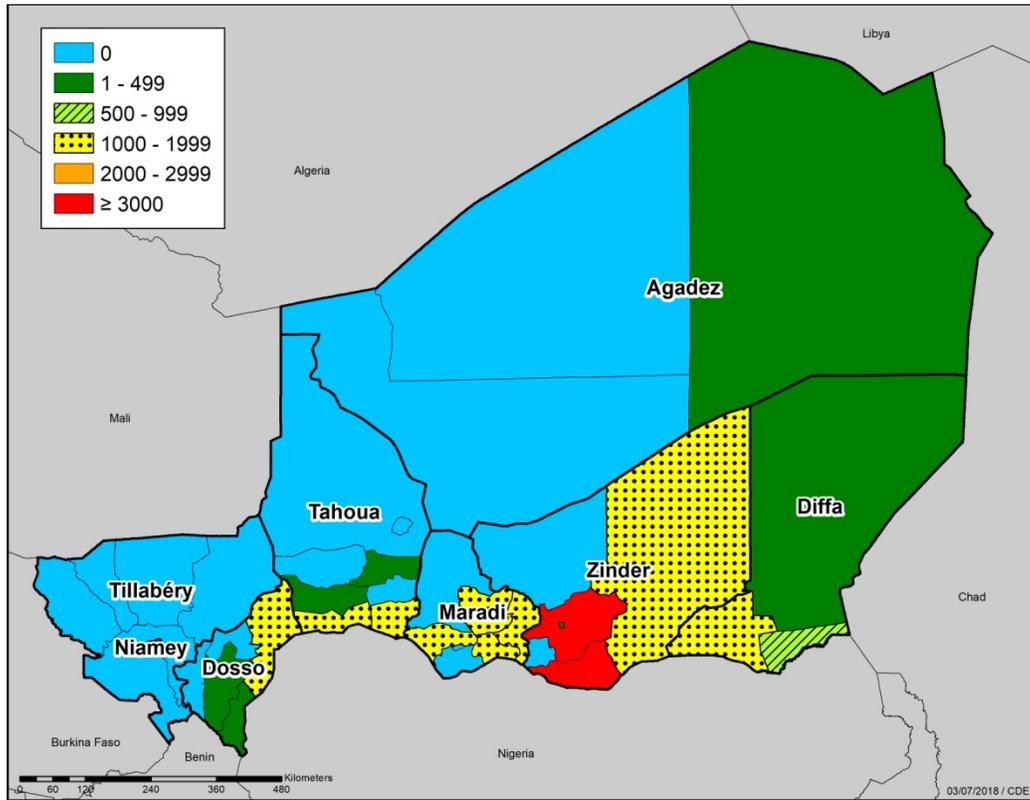
Situation de référence, 2000-2007



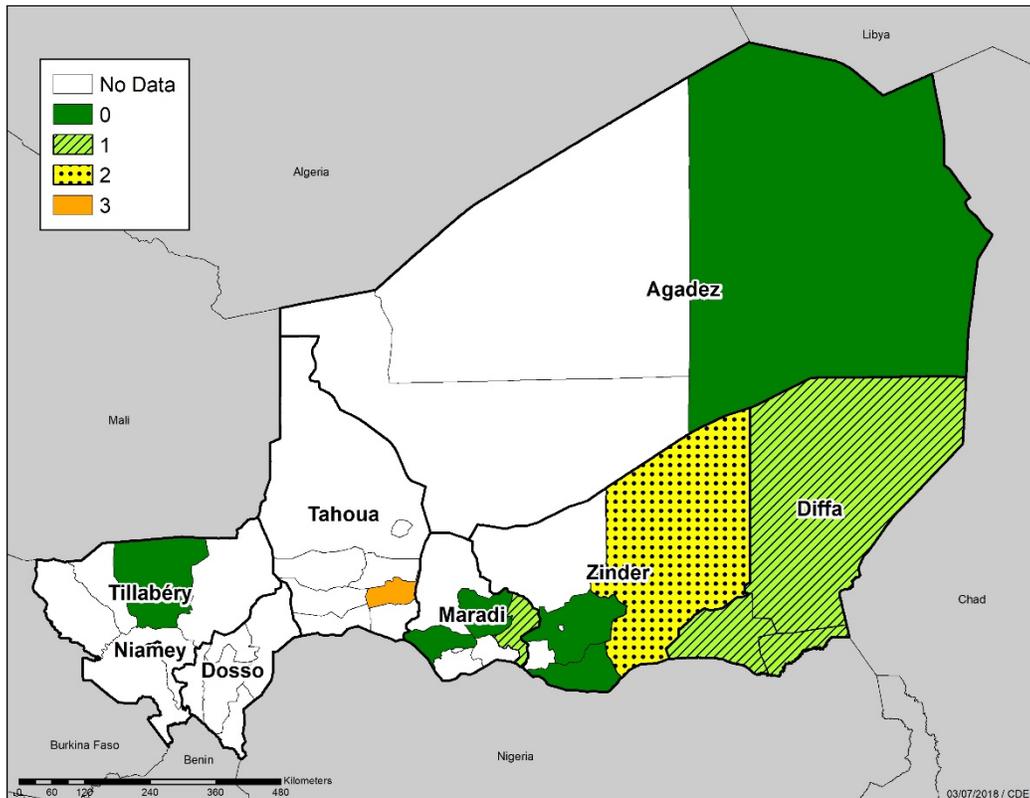
2017



Niger : Nombre d'opérations en retard, 2017



Niger : Tournées de DMM restantes, 2017



CHANCE au Soudan du Sud

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

Historique

Les enquêtes de prévalence effectuées entre 2001 et 2006 ont fait état d'une prévalence du TF atteignant 77,2 % chez les enfants âgés de 1 à 9 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 la forte prévalence, le trachome n'est pas actuellement la principale priorité du gouvernement. Avant cela, le Programme de Lutte contre le Trachome dépendait du Département des soins oculaires ; en fin 2013 il a été rattaché au département des MTN. Les activités CHANCE n'ont pas été menées dans tous les districts en raison d'un manque de moyens. Dans les districts bénéficiant d'interventions CHANCE, la plupart des activités portent sur le composant A. Le 1^{er} PAT a été achevé en 2012.

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

En octobre 2014, l'équipe de travail chargée des MTN a été remise au travail et s'est vu confier une analyse de la situation et le lancement d'un plan directeur. En 2015, les premières EIT ont été menées dans 5 des 29 districts où la maladie est connue pour être endémique. En raison de l'insécurité, seulement 5 districts étaient accessibles et Le Centre Carter était le seul partenaire restant dans le pays.

Chronologie

1999-2010 : Cartographie de la situation de référence

2001 : Début des activités de lutte contre le trachome

2005 : Accord de paix global signé

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

2008 : Etablissement du Groupe de travail Trachome

2011 : Le Soudan du Sud accède à l'indépendance

2012 : Finalisation du PAT

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

2014 Janvier-Septembre : Suspension des activités du programme

2015 : Premières EIT menées à Budi, à Lopa/Lafon, à Kapæta est, Kapæta nord et Kapæta sud

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

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National		Avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	3 702 (5 districts sur 29)	2 500	0	1 000	0
Nbre de femmes opérées			0		0
Nbre de chirurgiens formés		10	0	0	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	468 061 (5 districts sur 29)	459 249	201 701 (44 %)	250 153	201 701 (81 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	9 552	9 372	12 548 (134 %)	5 105	12 548 (246 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		776	796 (103 %)	776	796 (103 %)
Nbre de latrines domestiques construites		S/O	S/O	S/O	S/O

Interventions chirurgicales (CH)

Le Programme national contribue aux opérations du TT dans tout le Soudan du Sud depuis 2001. Il a fait des progrès dans la cartographie des districts et dispose maintenant de données dans les régions de Unity, du Nil Supérieur, de Jonglei, de l'ouest, du centre et de l'est des états d'Equatoria. Toutefois, à cause de l'insécurité, il reste une bonne partie du pays à couvrir. L'insécurité a elle aussi provoqué le retard ou l'arrêt des activités dans le pays. Pour cette raison, aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée en 2017. Toutefois, il ressort des enquêtes que la prévalence du TT a diminué à Kapœta, dans la partie ouest d'Equatoria. Le nombre d'opérations en retard dans la partie est d'Equatoria est estimé à 3 702. Si les activités peuvent redémarrer, le programme estime qu'il faudra quatre ans pour rattraper le retard dans l'est d'Equatoria. Le nombre de patients dans d'autres régions, qui n'a pas été estimé, est inconnu.

Antibiothérapie (A)

Les enquêtes d'impact ont montré que plusieurs des districts sont hyperendémiques au trachome. Des enquêtes menées en 2017 montrent que le district de Budi a ramené la prévalence du TF de plus de 30 % à entre 10 et 29,9 %. Malgré les défis que constituent l'insécurité et l'inaccessibilité, le programme est parvenu à mener sa 2^{ème} année de DMM dans la partie est d'Equatoria. Grâce à la DMM, 201 701 personnes ont été traitées à l'azithromycine, soit 44 % de l'objectif annuel. De la POT a été fournie à 12 548 nourrissons et femmes enceintes. Comparé aux activités de 2016, cela représente une augmentation de 23 %. Pendant la DMM, le programme s'efforce de toucher chaque personne dans le village, les pâturages temporaires et les hameaux environnants. D'après les données communiquées, la couverture dépassait les 80 % dans les comtés traités. Pour Kapœta et Budi, il reste trois tournées de DMM à faire ; à Lafon, il en a fallu 5.

Une EIT est prévue pour 7 comtés en 2018, dont la totalité sont situés en dehors des zones bénéficiaires de l'aide du Centre Carter. Le Programme national est prêt à faire les enquêtes ; mais il faut de l'aide. Il est possible que Bor Sud, Twic Est et Duk soient accessibles pour ces EIT. D'autres zones restent inaccessibles. Les trois Kapœta et Budi auront besoin d'une EIT en 2021.

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

Le Programme national a dispensé une éducation sanitaire dans 796 villages en 2017, dépassant ainsi son objectif annuel, fixé à 776 villages, soit 3 %. Dans les trois 3 comtés où une DMM a été menée, les équipes

ont touché toutes les communautés sauf deux, qui étaient inaccessibles en raison de l'insécurité. Le programme s'attache à intensifier les interventions de N et E, N surtout, pendant la DMM, lorsque la plupart des membres des communautés se réunissent pour recevoir les antibiotiques. Le programme travaille aussi à dispenser une éducation sanitaire dans les établissements scolaires pendant la DMM.

Obstacles au développement du programme

Le programme continue à être en butte à de nombreuses difficultés, essentiellement l'insécurité, qui a entraîné le déplacement des populations, un manque de données démographiques fiables pour les activités de prévision et maintient de nombreuses zones inaccessibles au programme. Par ailleurs, de vastes régions du pays restent à cartographier. Le programme a noté que le nombre de chirurgiens spécialistes du TT dans le pays était insuffisant pour pratiquer les opérations une fois que les interventions pourront redémarrer. En outre, les financements pour le programme sont extrêmement limités.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017 :

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

État actuel : Les bras A et N de la stratégie CHANCE sont actuellement mis en œuvre, avec certaines activités pour le E. Les activités de chirurgie du TT restent suspendues.

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

État actuel : Aucun progrès.

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

État actuel : Aucun progrès.

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

État actuel : L'intégration a réussi et a été mise en œuvre par essais, dans les activités de DMM de 2017 et 2018. Des messages destinés à informer sur les récompenses en liquide ont été inclus dans les activités de diffusion relatives à la DMM. Selon le programme, il y aurait eu 200 000 personnes touchées grâce à cette méthode.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 1 000 patients atteints de TT, dont 500 avec le concours du Centre Carter
- Former 10 chirurgiens spécialistes du TT avec l'aide du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

- Distribuer 279 073 doses d'azithromycine, toutes avec le concours du Centre Carter

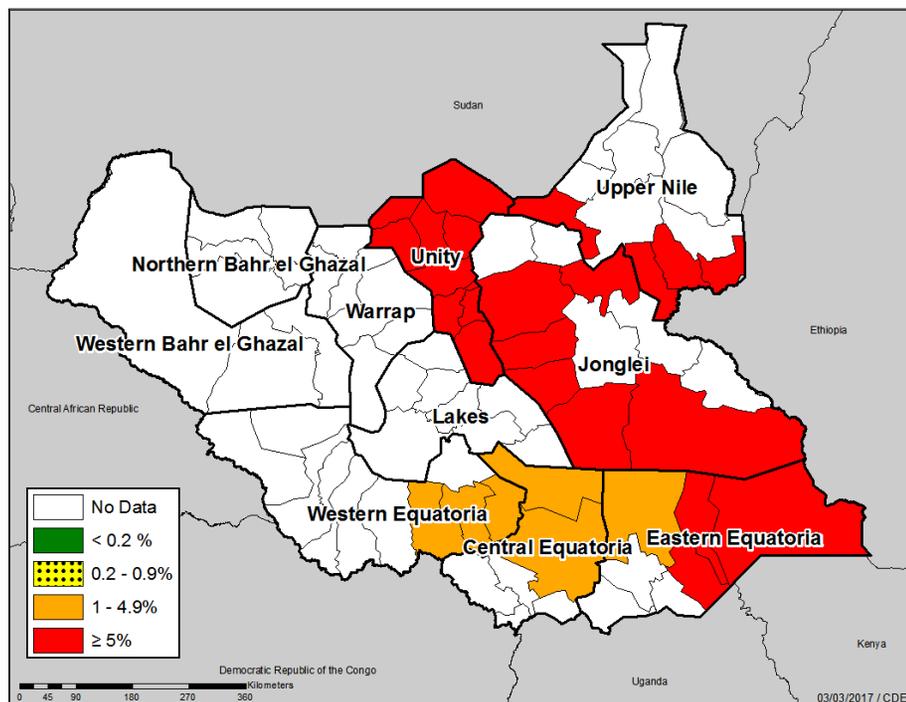
- Distribuer 15 130 doses de POT, toutes avec le concours du Centre Carter

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

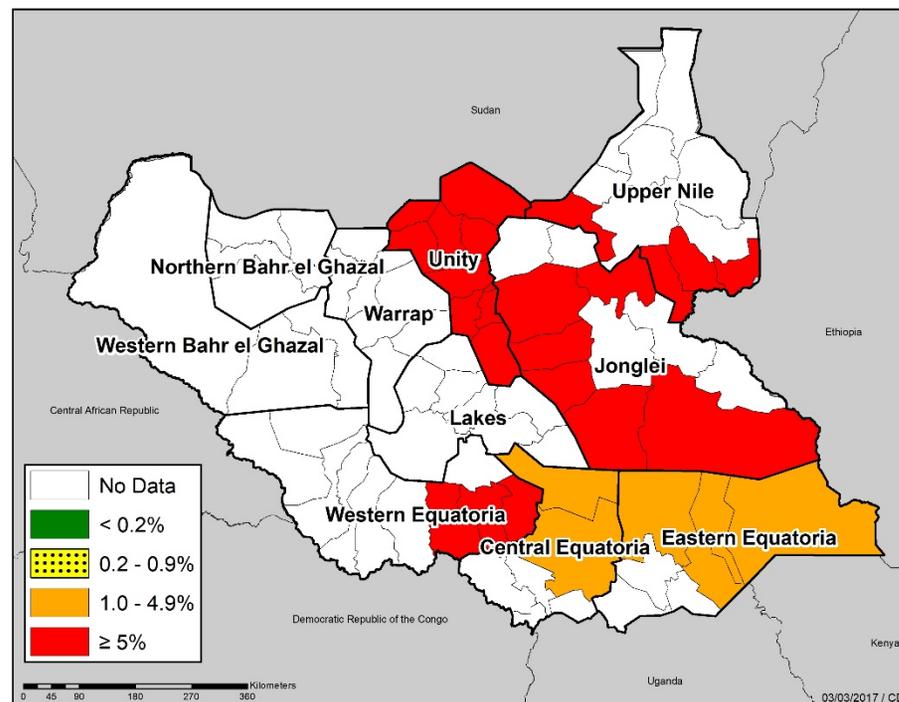
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 1 000 villages, tous avec le concours du Centre Carter.
- Construire 80 latrines, 20 avec le concours du Centre Carter

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

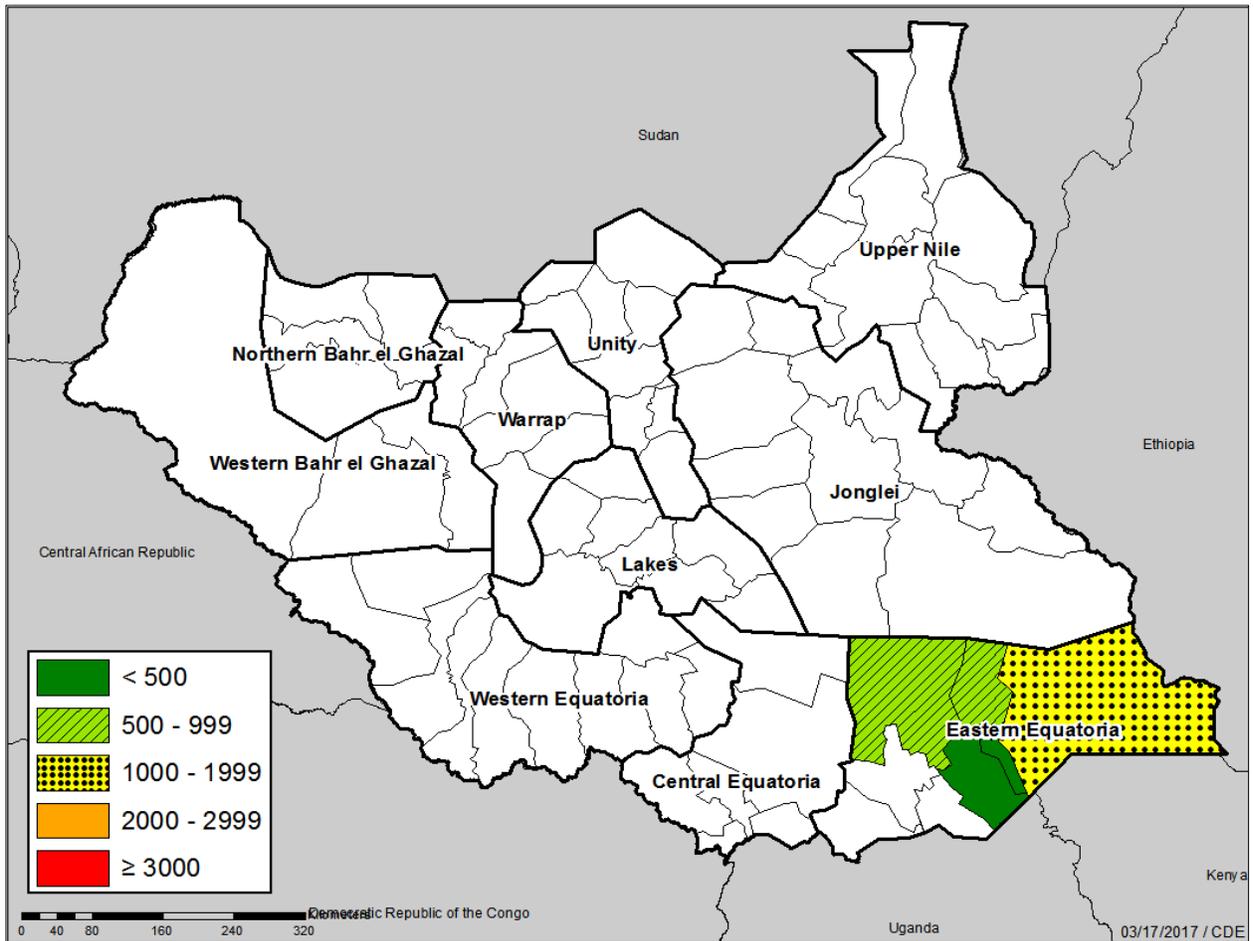
Situation de référence, 2001



2017

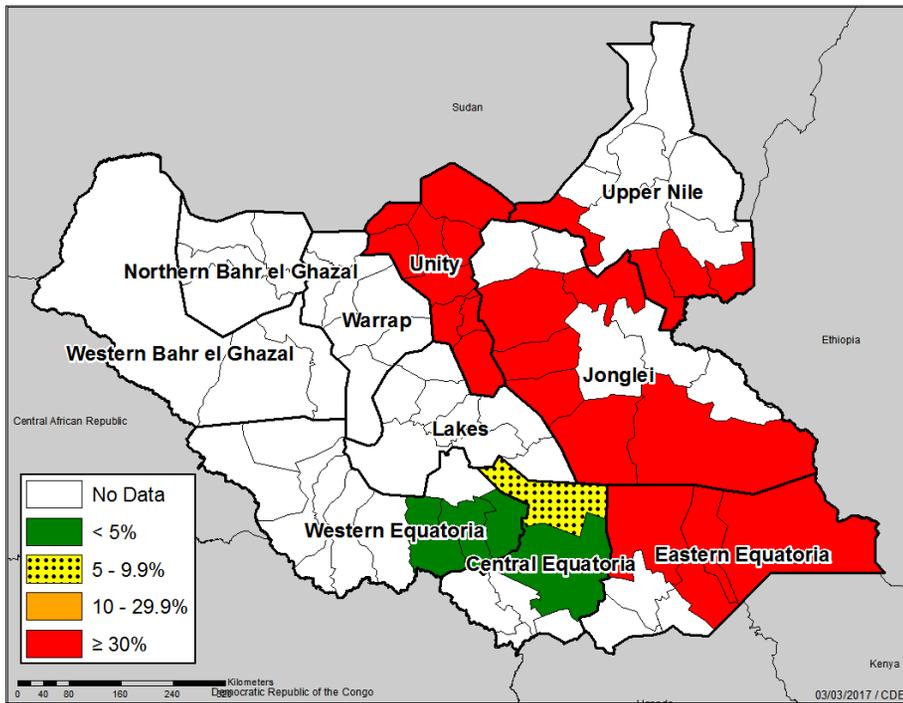


Soudan du Sud : Nombre d'opérations en retard, 2017

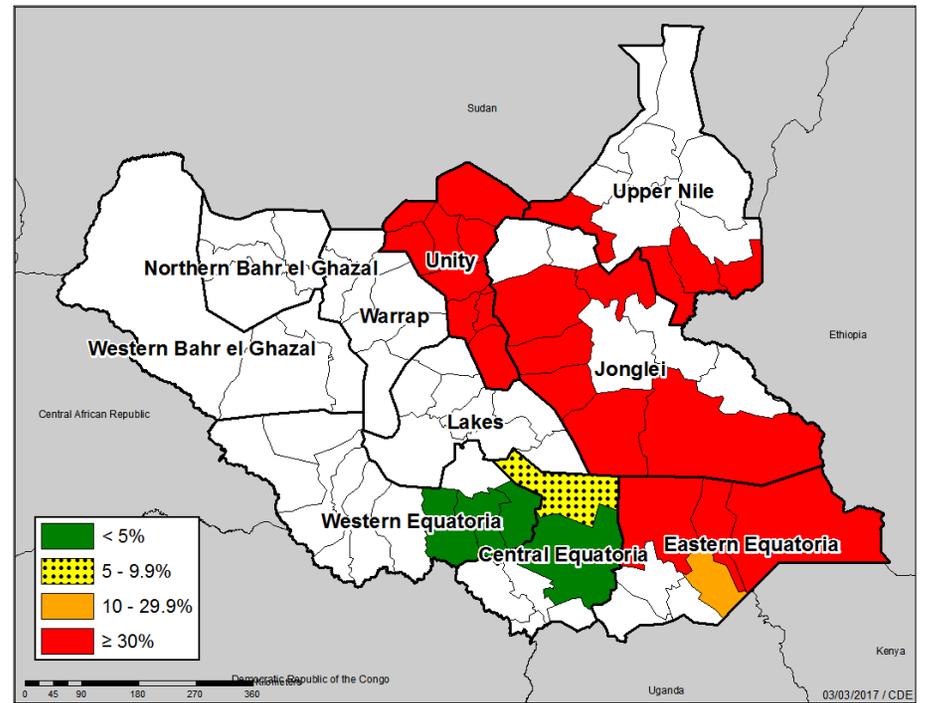


Soudan du Sud : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

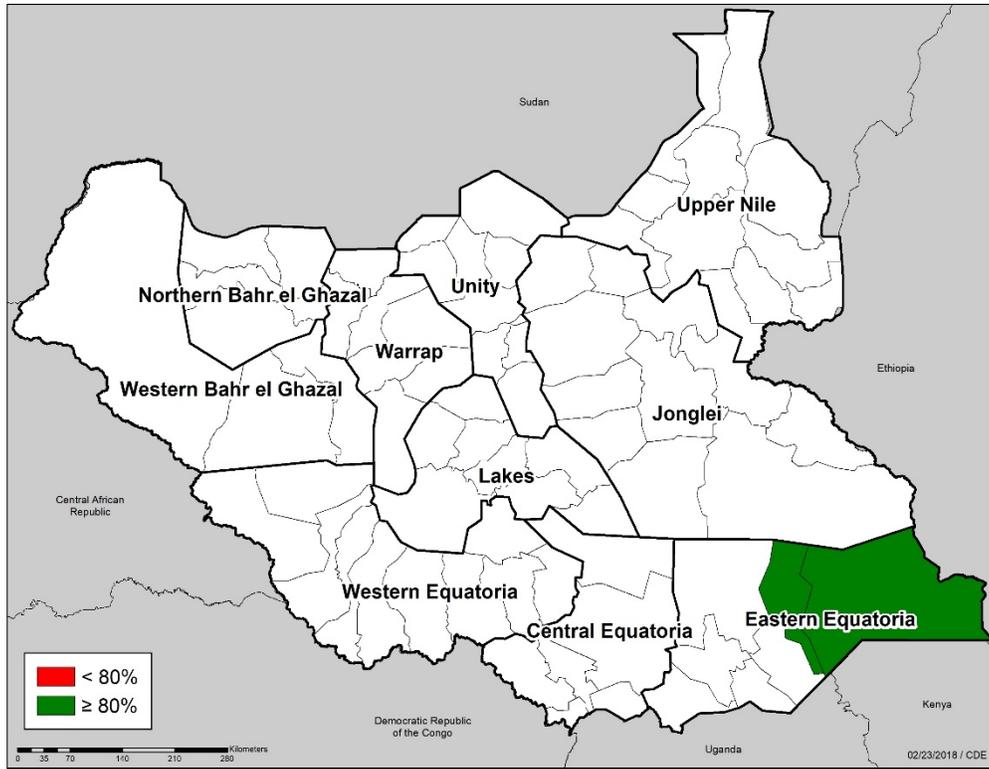
Situation de référence, 2001



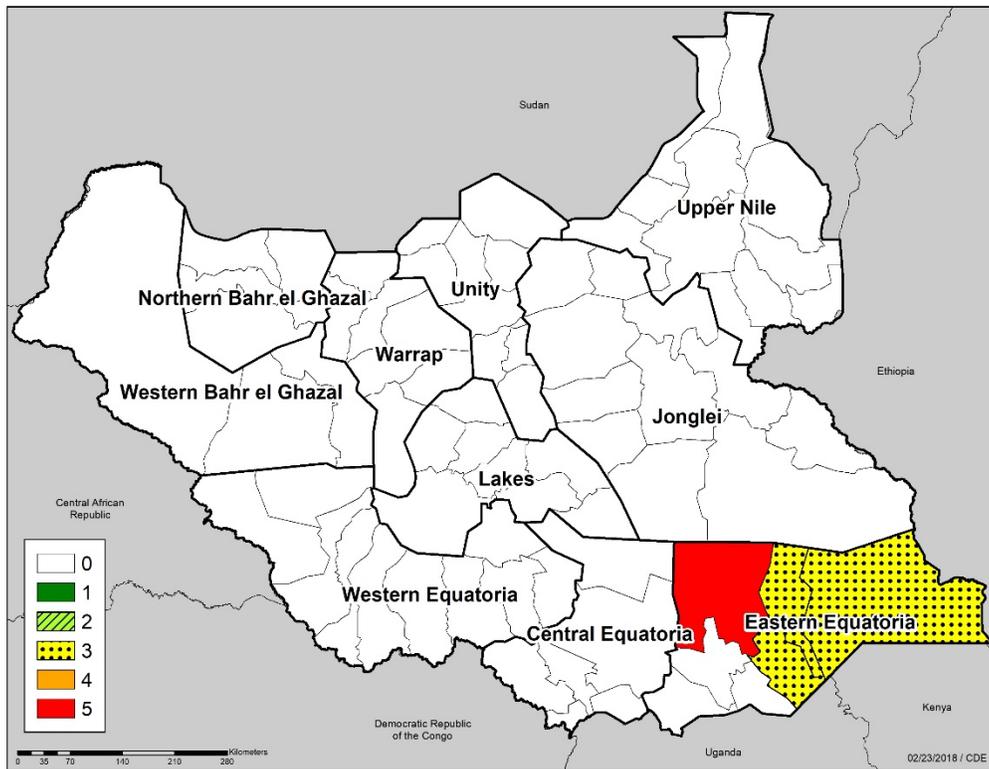
2017



Soudan du Sud : Couverture de la DMM, 2017



Soudan du Sud : Tournées de DMM restantes, 2017



CHANCE au Soudan

*Présenté par Dr. Balgesa Elkbeir Elshafie, Coordinateur national, Programme national de Lutte contre le Trachome,
Ministère fédéral de la Santé, Soudan*

Historique

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

Une cartographie nationale de la prévalence a débuté en 2006 et a pris fin en 2010. La cartographie du Darfour a été pratiquement achevée en 2015 grâce à la coordination du MFdS, du PCGT, de Sightsavers et du Centre Carter ; il reste encore environ 14 localités. Les interventions relatives à la CH, à l'A et au N bénéficient du concours du Centre Carter, de Sightsavers et du MFdS. L'intervention relatives à E est mise en œuvre par différents États et Ministères, et soutenues par le Fond des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et autres organisations. Bien que Le Centre Carter ne finance pas directement les activités relatives à E, il apporte son concours aux actions de plaidoyer pour ce volet.

Chronologie

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

2000 : Début des dons de Zithromax® par Pfizer Inc

2005 : Le Programme national de lutte contre trachome est transféré au MFdS

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

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

2013 : Sightsavers commence à soutenir le TCP

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 et Khartoum dans les zones accessibles ; formation des enseignants sur les programmes scolaires relatifs au trachome Tenue d'ateliers sur le PAT

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

2017 : Premières enquêtes de surveillance et enquêtes pilotes uniquement sur le trachome ; suivi d'un atelier sur le Net E

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National		avec le concours du Centre Carter	
		Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	42 008	10 000	3 635 (36 %)	2 100	891 (42 %)
Nbre de femmes opérées			2 181 (60 %)		576 (64 %)
Nbre de chirurgiens formés		30	30 (100 %)	S/O	S/O
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	2 344 762	2 344 762	1 975 399 (84 %)	490 264	856 623 (175 %)
Doses de tétracycline distribuées pendant la DMM	46 895	46 895	20 928 (44 %)	9 805	9 747 (99 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		1 651	1 331 (80 %)	233	339 (145 %)
Nbre de latrines domestiques construites		S/O	S/O	S/O	S/O

Interventions chirurgicales (CH)

En 2017, le Programme national a pratiqué 3 635 opérations du TT, atteignant ainsi 36 % de son objectif annuel, fixé à 10 000 interventions. Le Centre Carter a contribué à 891 interventions sur le nombre total d'interventions, atteignant ainsi 42 % de son objectif annuel, fixé à 2 100. Sur la totalité des opérations pratiquées, 60 %, soit 2 181, ont été pratiquées sur des femmes. Le programme a par ailleurs formé 30 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT, atteignant ainsi 100 % de sa cible pour 2017. À compter de mars 2018, il reste environ 34 926 patients à opérer pour rattraper le retard. Au rythme actuel, il faudra encore 25 ans au programme pour rattraper le retard estimé.

Afin de mieux l'informer, le programme a mesuré les refus d'intervention lors des campagnes de chirurgicales itinérantes. Plus de 20 000 personnes ont été dépistées et devaient subir l'opération du TT. Sur ce chiffre, 96 % n'avaient pas besoin d'être opérées et 784 avaient besoin de l'intervention. Sur celles qui avaient besoin de se faire opérer, 83 % ont accepté les services chirurgicaux et 17 % les ont refusés.

Une stratégie de détecteurs de cas de TT a été mise en œuvre par le Programme national dans 80 villages en 2017. Les détecteurs de cas ont été sélectionnés dans la communauté et formés par le Programme national en utilisant le programme de formation de détecteurs de cas de trichiasis, qui a été traduit en arabe. Suite à la formation, les détecteurs de cas ont commencé à travailler dans leurs communautés en faisant du porte-à-porte pour noter tous les cas de TT suspects, deux semaines avant le début des campagnes chirurgicales. Les détecteurs de cas ont enregistré 175 cas suspects, dont seulement 20 %, sur 35, se sont avérés être le TT.

Antibiothérapie (A)

Le Programme national a atteint le seuil d'élimination du TF dans de nombreux districts depuis les enquêtes de référence menées en 2007 dans toutes les régions, sauf le Darfour. Les dernières enquêtes indiquent une diminution de la prévalence du TF dans plusieurs endroits. Le Darfour continue à avoir besoin d'enquêtes de référence dans certains districts pour comprendre à quel endroit des interventions CHANCE sont nécessaires. En 2017, le programme a mené une enquête de surveillance à Al Jabalain, dans l'État du Nil Blanc. Des EIT ont été menées dans 8 localités des États de la Mer Rouge, de Gedarif, du Nil Bleu et du Kordofan du Sud. Le programme a en outre mené des enquêtes auprès deux camps de réfugiés de l'État du Nil Blanc.

Les actions liées aux DMM ont continué dans plusieurs régions en 2017. Le programme a distribué 1 975 399 doses d'azithromycine et 20 928 doses de POT grâce à la DMM, atteignant ainsi 84 % et 44 % de l'objectif annuel. Les actions de DMM menées avec le concours du Centre Carter dépassent l'objectif annuel de 75 %, avec 856 623 doses d'azithromycine distribuées. La couverture de la DMM a été supérieure à 80 %. Pendant la DMM, des bénévoles formés sont allés de maison en maison dans les communautés pour s'assurer que tous ceux qui y avaient droit avaient bien reçu des antibiotiques. Les équipes ont également distribué des supports pédagogiques d'éducation sanitaire dans les communautés pendant les activités de DMM et autres activités CHANCE. Les actions liées aux DMM se poursuivent en 2018. Dans l'état de Gedarif, il reste 1 tournée de DMM et dans le nord et le centre du Darfour, il en reste 2.

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

Pendant la DMM, le Programme national procède à des activités de N et E dans chaque district. En regroupant ces activités, il atteint davantage d'habitants. En 2017, 1 450 bénévoles de DMM ont été formés à la diffusion de messages N et E ; et des activités ont été menées dans 329 villages. Les messages portent sur les façons de prévenir et de traiter le trachome. Des milliers d'affiches, tableaux papier, dépliants, t-shirts, casquettes et sacs ont été distribués aux communautés pour promouvoir la DMM et faire passer les messages sur le trachome. En outre, le programme fournit des messages préenregistrés qui sont diffusés par des stations de radio locales et pendant les campagnes de DMM. Selon le programme, 648 messages ont été diffusés pendant les activités de DMM en 2017. En plus de la diffusion de messages, des campagnes de nettoyage de l'environnement ont été menées dans 20 villages et établissements scolaires. Plus de 125 débats ont été organisés dans les villages ciblés pendant la DMM et les campagnes de chirurgie itinérantes.

En décembre 2017, le Programme national a organisé un atelier sur le N et E à Khartoum. Le but de cet atelier était d'élaborer un document d'analyse de situation pour le Soudan. Les participants comprenaient des services de gouvernements nationaux travaillant au WASH, des ONG nationales et internationales et des coordinateurs d'État sur le trachome. Les principaux résultats de l'atelier portent sur les façons de sensibiliser davantage au N et E, notamment au lavage des mains et du visage et à l'utilisation des latrines, à plus d'implication avec les femmes et les groupes de jeunes, la promotion du programme d'enseignement sur le trachome dans les écoles, en particulier au Darfour, et une plus grande implication avec les secteurs WASH et les ONG en charge de WASH dans les zones endémiques.

Le Programme national participe également à la mise en œuvre des programmes d'enseignement sur le trachome dans les écoles primaires et secondaires. Les enseignants reçoivent des tableaux papier, des affiches et des livres « lapin », un outil d'éducation sanitaire élaboré spécifiquement pour les établissements scolaires du Soudan. Ces supports pédagogiques contribuent à éduquer les élèves à la façon d'empêcher la propagation de la maladie. Les élèves sont invités à créer des Amicales du Trachome dans leur établissement pour favoriser l'éducation sanitaire. Les écoles sont également incitées à participer à des campagnes d'assainissement dans la communauté. Les élèves jouent un rôle important dans les changements de comportement, de même que leur communauté et leur foyer, car ils partagent les leçons apprises avec leurs amis et les membres de leur famille.

Obstacles au développement du programme

Le programme continue à être confronté à des difficultés en termes d'insécurité dans certains endroits du pays, qui rend des zones telles que Kormouk et le Nil Bleu inaccessibles pour les interventions CHANCE. Les migrations saisonnières de populations sont des obstacles aux enquêtes car il est difficile de joindre les gens pendant les campagnes chirurgicales itinérantes. Le programme a du mal à acheter de la POT car il y a une pénurie de fournitures sur le marché local. Le programme a également été confronté à un retard dans la réception des fonds pour deux des DMM dans le nord et le centre du Darfour.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

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

État actuel : pris en compte ; activités mises en place comme prévu.

Recommandation n° 2 : Le programme doit trouver des moyens pour collaborer avec les autres organisations non gouvernementales qui réalisent des opérations du TT afin de s'assurer qu'elles sont bien comptabilisées et qu'elles sont conformes aux pratiques recommandées par le Ministère fédéral de la Santé pour pratiquer ces interventions.

État actuel : en cours.

Recommandation n° 3 : Le programme doit veiller à ce que le MFS termine la cartographie de référence dans les États du Darfour.

État actuel : Le plan est prêt et des financements ont été trouvés pour cartographier 9 localités sur 14.

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

État actuel : L'enquête pilote n'a été menée que sur le TT dans 4 localités et l'analyse des données est en cours.

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

État actuel : En 2017 (année fiscale), le gouvernement de la République du Soudan a contribué financièrement à 9 % des activités du programme. Outre cette aide financière, le gouvernement du Soudan apporte une assistance logistique : il fournit un espace de stockage bien équipé pour les stocks de Zithromax® qui ne coûte rien au programme, et il aide au dédouanement des antibiotiques et d'autres articles importés pour des activités d'intervention sur le programme.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre :

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 7 500 patients atteints de TT, dont 2 100 avec le concours du Centre Carter

Antibiothérapie (A)

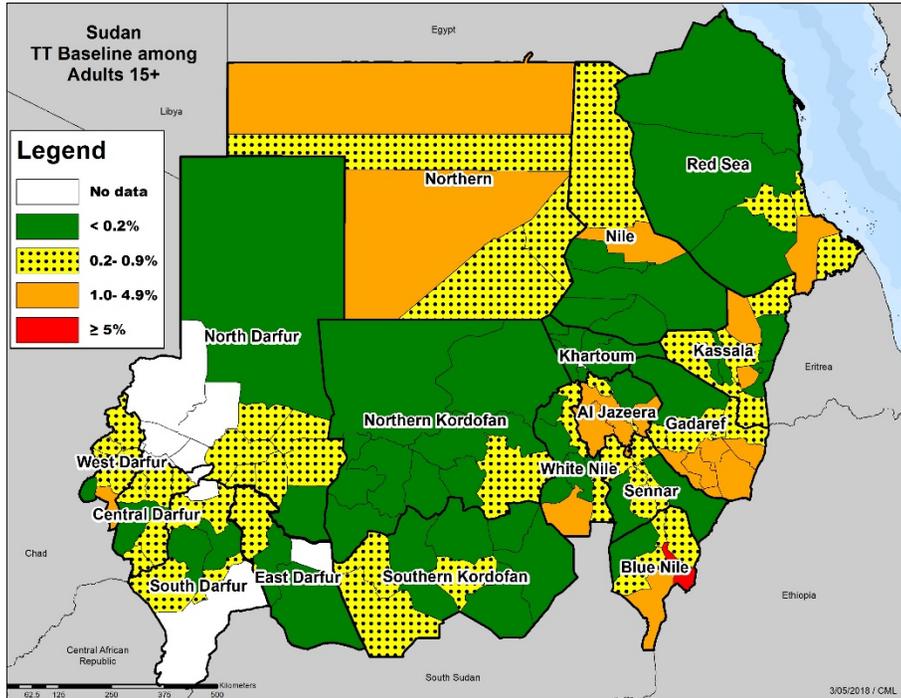
- Distribuer 2 277 010 doses d'azithromycine, avec le concours du Centre Carter
- Distribuer 45 540 doses de POT, dont 16 913 avec le concours du Centre Carter
- Réaliser 9 enquêtes d'impact et 5 enquêtes de surveillance

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

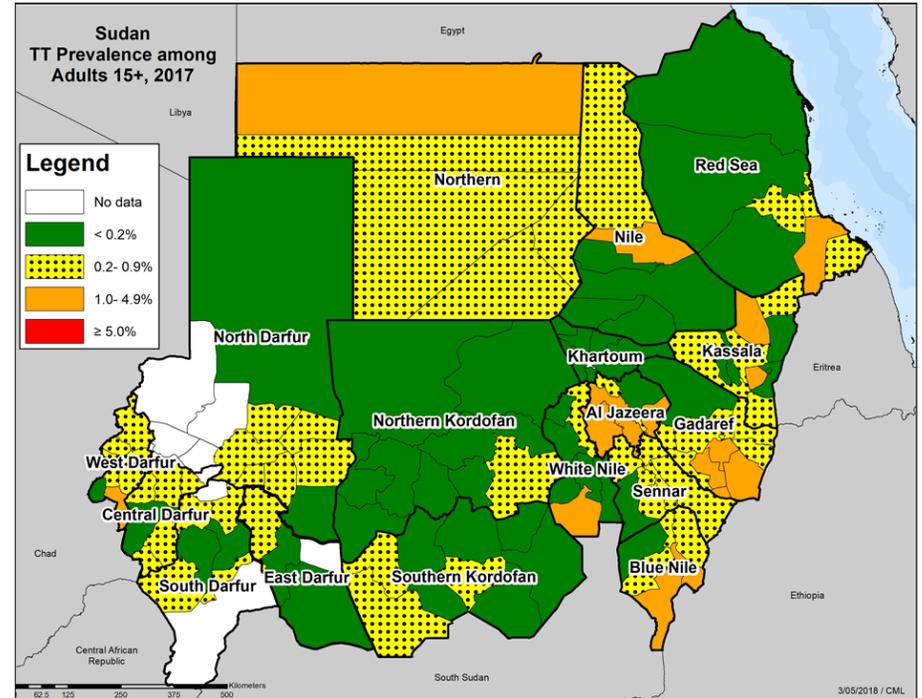
- Dispenser des cours d'éducation sanitaire dans 847 villages, dont 277 avec le concours du Centre Carter.

Soudan : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

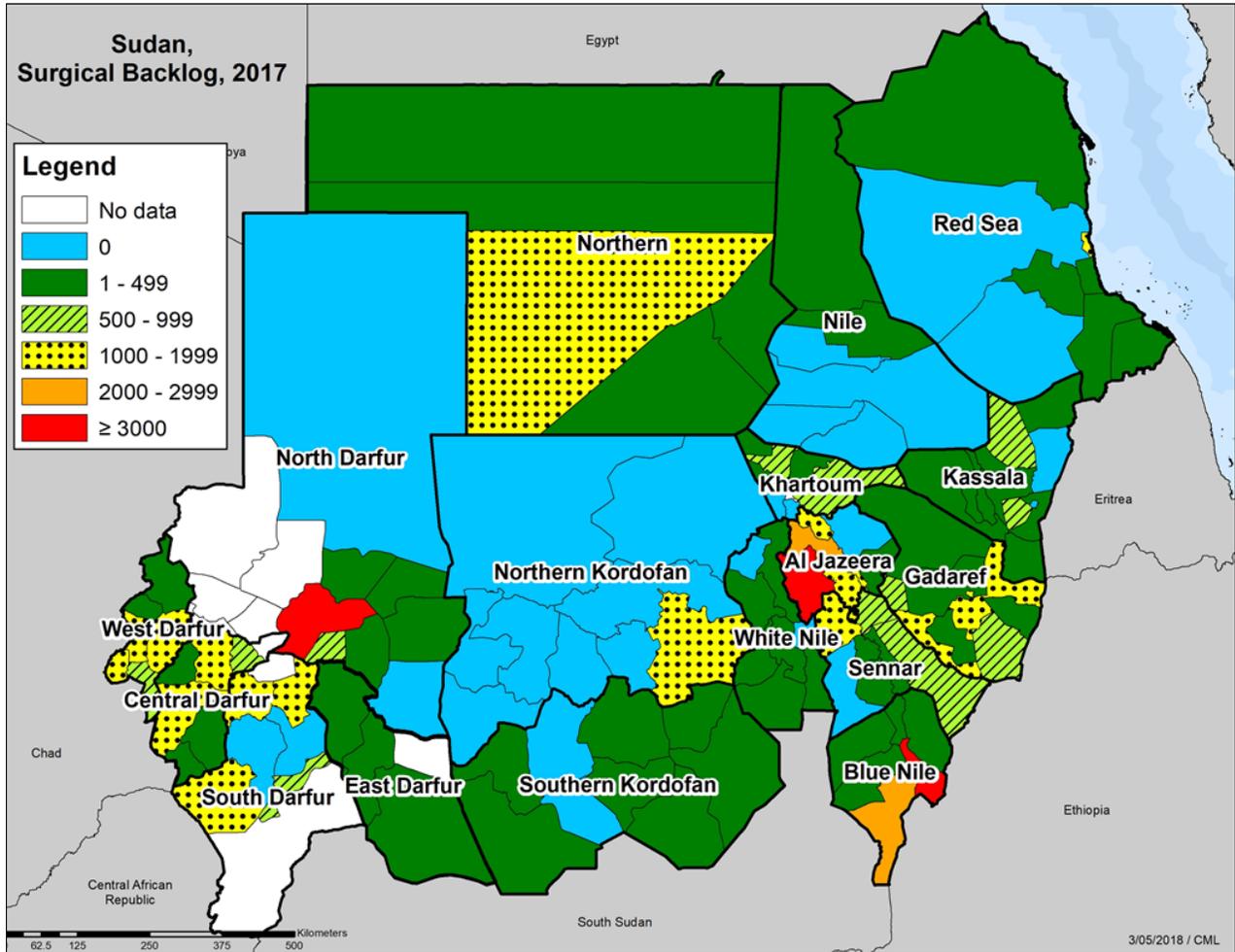
Situation de référence, 2006



2017

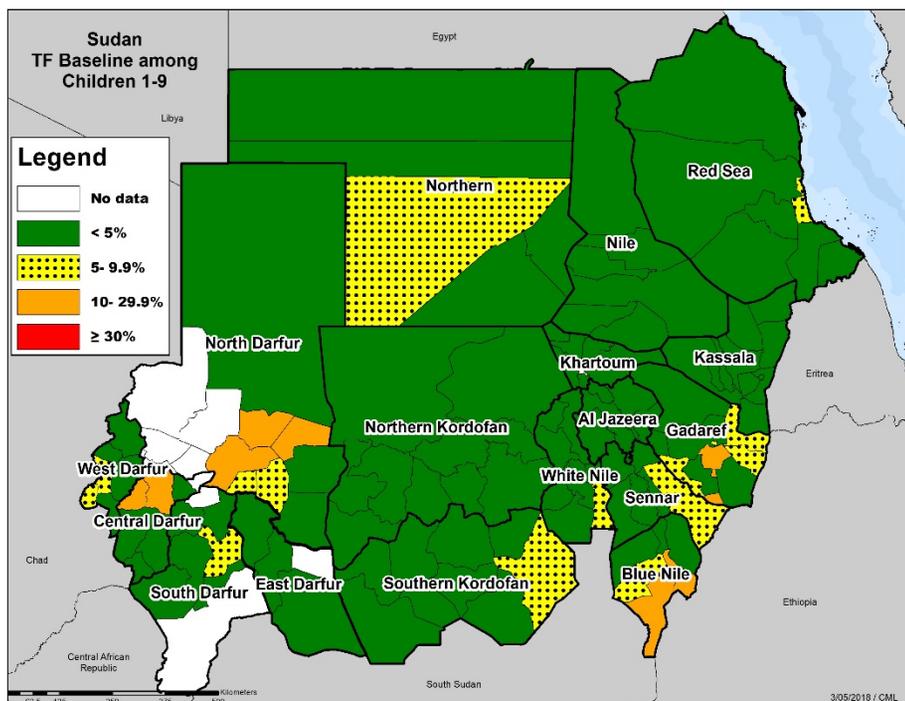


Soudan : Nombre d'opérations en retard, 2017

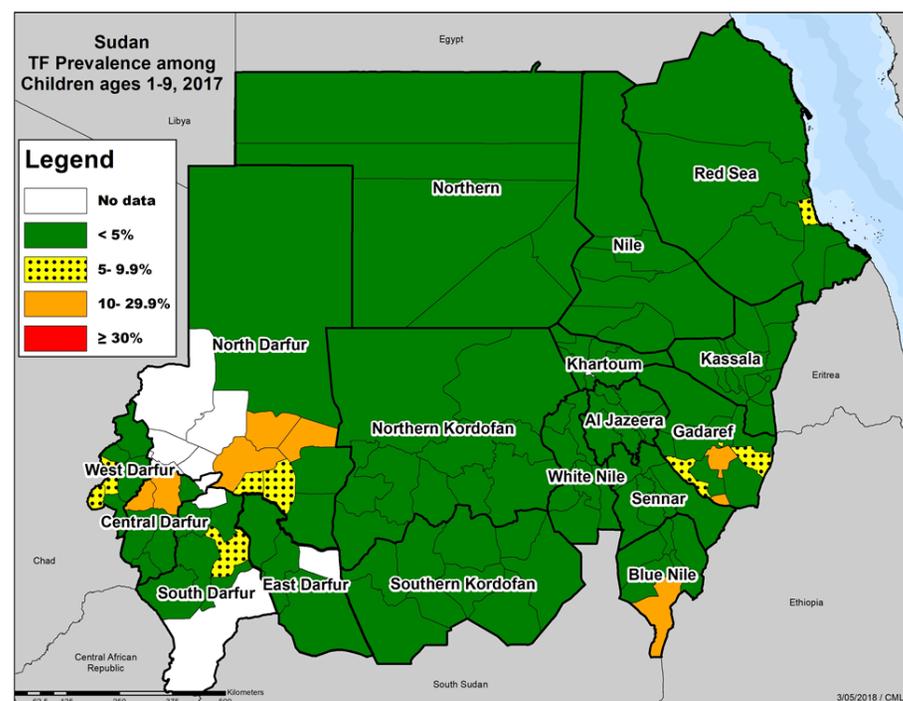


Soudan : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

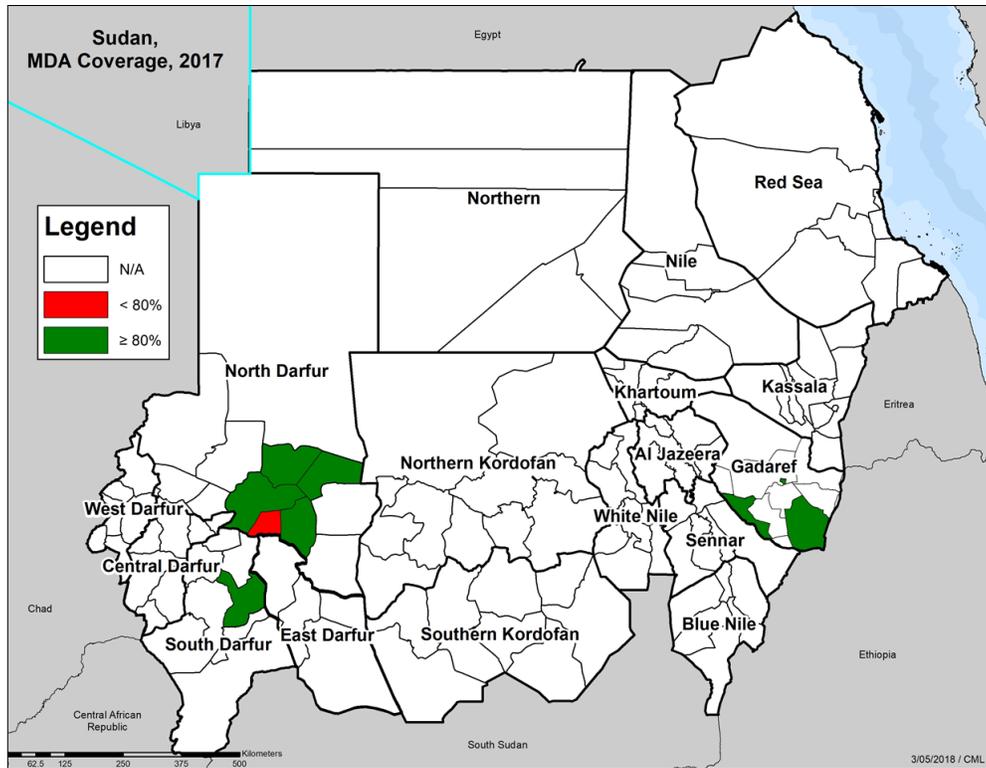
Situation de référence, 2006



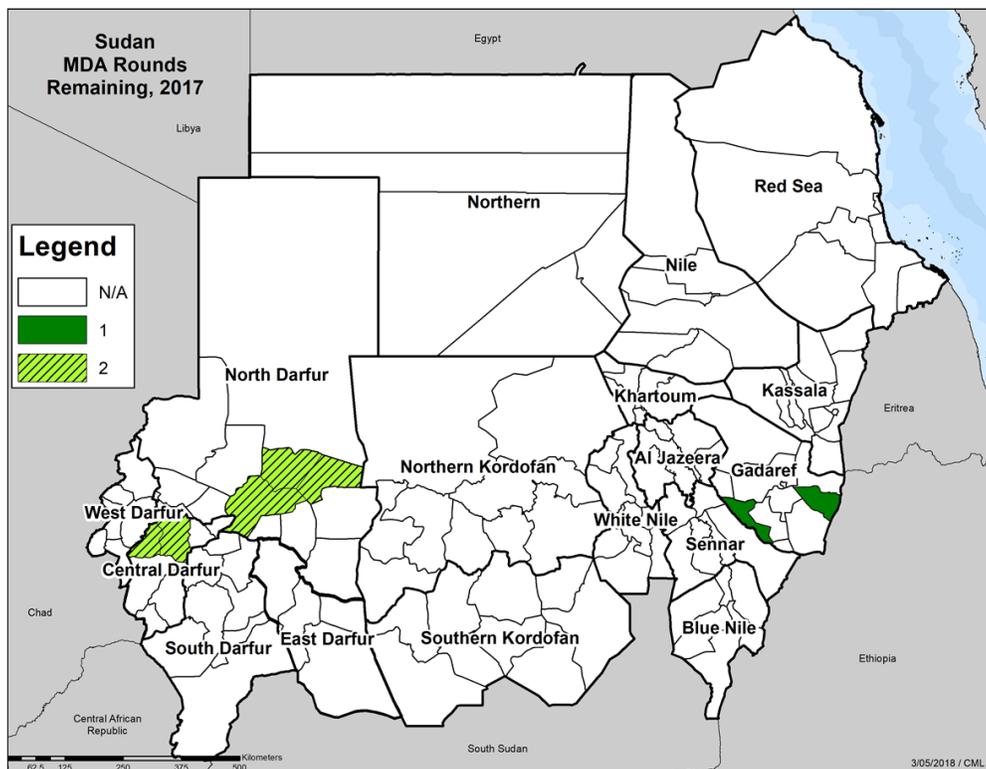
2017



Soudan : Couverture communiquée pour la DMM, 2017



Soudan : Tournées de DMM restantes, 2017



CHANCE en Ouganda

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

Historique

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 que le trachome ainsi que 4 autres MTN seront éliminés 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 2 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 3 années de DMM, des évaluations de leur impact sont en cours depuis 2013, qui ont montré un recul drastique du TF dans la plus grande partie des districts étudiés. Le programme sur le MTN a élaboré des stratégies et des outils de plaidoyer. En 2014, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust a commencé à apporter son soutien pour l'élimination du trachome comme problème de santé publique en Ouganda, et Le Centre Carter a été choisi pour jouer le rôle de coordinateur pour l'engagement de financement à 5 ans. La même année, le Mds a lancé son PAT. Suite au lancement du PAT, le programme a démarré des rencontres transfrontalières en 2015, et reçu un accord pour élargir le programme et mettre en œuvre des services chirurgicaux dans les zones endémiques qui n'ont pas encore été visitées. Le programme a réalisé la cartographie de la situation de référence des activités de N et E en 2017. La date fixée pour l'élimination du trachome comme problème de santé publique est 2020.

Chronologie

2006-2014 : Cartographie de la situation de référence

2007 : Début du Programme national de lutte contre le trachome

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

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

2014 : Le Centre Carter devient partenaire coordinateur pour le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust Initiative Internationale pour la lutte contre le trachome ; Lancement du PAT ; Début des formations de perfectionnement pour les chirurgiens spécialisés en TT

2015 : Début des rencontres transfrontalières

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

2017 : Cartographie de la situation de référence pour N et E ; Le Programme national organise la réunion annuelle est-africaine des partenariats transfrontaliers ; des évaluations rapides du trachome (ÉRT) dans les camps de réfugiés commencent

2020 : Date fixée pour l'élimination du trachome

Tableau 1. Réalisations du Programme en 2017

Indicateur	Objectif	National	
		Objectif	Réalisé
Nbre de personnes opérées	20 000	2 500	2 112 (84 %)
Nbre de femmes opérées			1 617 (76 %)
Nbre de chirurgiens formés		13	12 (92 %)
Doses d'azithromycine distribuées pendant la DMM	555 258	555 258	495 039 (89 %)
Doses de POT distribuées pendant la DMM	20 000	20 000	19 721 (98 %)
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire		23 246	23 246 (100 %)
Nbre de latrines domestiques construites		S/O	5 234

Interventions chirurgicales (CH)

D'importants progrès ont été accomplis en Ouganda pour réduire la prévalence du TT et opérer tous les patients qui restent, d'après les estimations. La réduction de la prévalence du TT est la plus remarquable dans la région de Karamoja dans la partie nord-est du pays. 17 districts supplémentaires bénéficient maintenant de services chirurgicaux. Le Programme national a contribué à 2 112 opérations du TT en 2017, ce qui représente 84 % de son objectif annuel. Sur la totalité des opérations pratiquées, 76 %, soit 1 617, ont été pratiquées sur des femmes. En plus des interventions réalisées, le programme a participé à la formation de 12 nouveaux chirurgiens spécialistes du TT afin d'assurer davantage de services chirurgicaux pour le TT. À compter de mars 2018, on estime qu'il reste 15 075 patients à opérer pour venir à bout du retard. Au rythme de 2017, il faudra sept ans au programme pour y parvenir.

Tout au long des activités chirurgicales de 2017, le programme a consigné des données sur les refus de chirurgie. Le programme a dépisté 6 887 personnes atteintes de TT, et s'est avéré que 33 %, soit 2 281 personnes, avaient besoin de se faire opérer. Sur celles qui avaient besoin d'une opération chirurgicale, 2 112, soit 93 %, ont accepté les services chirurgicaux. Le programme a également mené un audit chirurgical en juin 2017 sur six chirurgiens d'encadrement, qui avaient pratiqué des interventions au cours des 3 à 6 mois précédents. Le but était d'avoir une assurance qualité des chirurgiens cadres. Parmi les chirurgiens inclus dans l'audit, 1 a enregistré moins de 10 % d'échecs opératoires, 3 entre 10 et 20 % et 2 chirurgiens ont eu plus de 20 % d'échecs opératoires. Il a été recommandé que ces chirurgiens qui avaient eu plus de 20 % d'échecs arrêtent de pratiquer des opérations du TT et ne puissent plus avoir de rôle de supervision.

Antibiothérapie (A)

La région de Karamoja, dans la partie nord-est du pays, a toujours la prévalence du TF la plus élevée du pays. En 2018, les activités de DMM ne sont plus justifiées que dans 2 districts de Karamoja, où il ne reste plus qu'une tournée de DMM. En 2017, une DMM a été menée dans 4 districts. Le programme a distribué 495 039 doses d'azithromycine et 19 721 doses de POT grâce à la DMM, atteignant ainsi 89 % et 98 % de l'objectif annuel. La couverture de la DMM a été de plus de 80 % dans tous les districts traités. En plus de la DMM, 9 EIT et 16 enquêtes de surveillance ont été menées en 2017. Le programme prévoit de mener 2 EIT et 20 enquêtes de surveillance en 2018.

En 2017, le Programme national a également participé aux ÉRT dans des zones limitrophes de districts précédemment endémiques et des camps de réfugiés. L'ÉRT menée dans des zones limitrophes de districts précédemment endémiques a montré que les villages d'Arua, Maracha, Hoima, Kayunga et Serere avaient une

proportion d'enfants atteints de TF supérieure à 5 %. Dans les villages d'Hoima, de Kyankwazi, de Kayunga, de Ngora et de Buikwe, la prévalence du TT s'avère supérieure à 1 %. D'après les résultats de l'ÉRT, il est recommandé que des enquêtes de référence soient menées dans les villages d'Arua, Maracha, Hoima, Kyunga et Serere, et que des enquêtes soient envisagées pour les villages de Kyankwazi, Ngora et Buikwe.

D'après les résultats de l'ÉRT menée dans les camps de réfugiés, il s'avère que 4 districts avaient des zones où la proportion d'enfants atteints de TF dépassait les 5 %. Les cas de trichiasis étaient répandus dans les camps de réfugiés. D'après les résultats de l'ÉRT, il a été recommandé d'envisager une DMM d'azithromycine dans tous les camps de réfugiés dans les districts d'Adjumani, Arua, Moyo et Yumbe districts et d'introduire des services chirurgicaux dans tous les camps de réfugiés.

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

Le Programme national participe à des activités d'éducation sanitaire dans les communautés et les établissements scolaires de tous le pays. En 2017, 12 215 promoteurs de l'hygiène ont été formés. Le programme a imprimé et distribué des brochures sur les changements de comportements sanitaires. De plus, 229 dialogues au niveau des communautés et des sous-comtés ont été organisés, 2 471 spots radio ont été diffusés et 99 émissions de radio ont eu lieu. Toutes les activités menées ont contribué à diffuser des messages sur les façons de prévenir et de traiter le trachome dans les communautés.

Dans les établissements scolaires, les activités de N et E comprenaient la formation théorique et pratique de dix clubs de santé et la construction de trois latrines. Les écoles jouent aussi des pièces de théâtre sur la santé pour éduquer les communautés voisines à l'hygiène, l'assainissement et la prévention du trachome. Les nouvelles consignes d'assainissement pour les établissements scolaires en sont aux derniers stades de validation, suite à des travaux réalisés avec l'appui du Programme national pour les mettre à jour.

Le Programme national a également parrainé un concours de danse, théâtre et poésie pour les écoles primaires en 2017. Le thème de ce concours était : « Améliorer les habitudes WASH de l'école pour parvenir à une meilleure santé et renforcer l'apprentissage et l'acquisition de la qualité ». Tous les élèves du primaire du pays, soit 7 millions d'enfants, remplissaient les critères de participation. Et pour finir, ce sont 44 écoles primaires qui ont participé aux derniers stades du concours. Des prix ont été décernés aux lauréats.

Une enquête de référence N et E a été menée en 2017 dans 17 districts des régions de Karamoja et Busoga. Les enquêteurs, qui ont interrogé des foyers à l'aide de questionnaires, ont touché 1 008 foyers à Karamoja et 958 à Busoga. À Karamoja, des questionnaires et des observations à l'école ont été remplis dans 11 établissements scolaires, qui comprenaient 588 enfants scolarisés. Des indicateurs ont été mis au point, et des objectifs fixés pour la durée du projet, afin de mesurer les retombées futures. Des enquêtes d'impact seront menées dans ces mêmes régions à la fin de 2018.

Obstacles au développement du programme

En 2017, le Programme national a été confronté à certaines difficultés. Huit districts sont maintenant soupçonnés d'être endémiques de l'ÉRT. Toutefois, ils n'ont pas été cartographiés. Les résultats de l'ÉRT dans les camps de réfugiés ont souligné que des interventions CHANCE sont nécessaires dans les camps. Mais il n'y a que peu de financements pour ces activités. De plus, il faudra que le programme ratisse tous les districts en faisant du porte-à-porte pour confirmer que tous les cas de TT ont été identifiés et que des services ont été offerts.

Point sur les recommandations émises lors de la réunion de bilan du programme 2017

Recommandation n° 1 : Le Programme national doit assurer une couverture élevée des DMM (>80 %) dans les 2 districts à traiter en 2017. Le Programme national doit conduire des enquêtes de couverture post-DMA dans ces 2 districts pour valider la couverture.

État actuel : Quatre districts ont été traités en 2017 et, partout, on a atteint une couverture de 85 % et plus. La validation de la couverture est prévue pour mars 2018.

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

État actuel : Deux superviseurs centraux (M&E) ont été ajoutés à chaque équipe de mise en œuvre dans les districts pour améliorer la collecte de données.

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

État actuel : ÉRT réalisée dans 18 districts limitrophes de districts déjà endémiques.

Objectifs pour 2018 et plans pour les atteindre

Interventions chirurgicales (CH)

- Opérer 7 000 patients atteints de TT

Antibiothérapie (A)

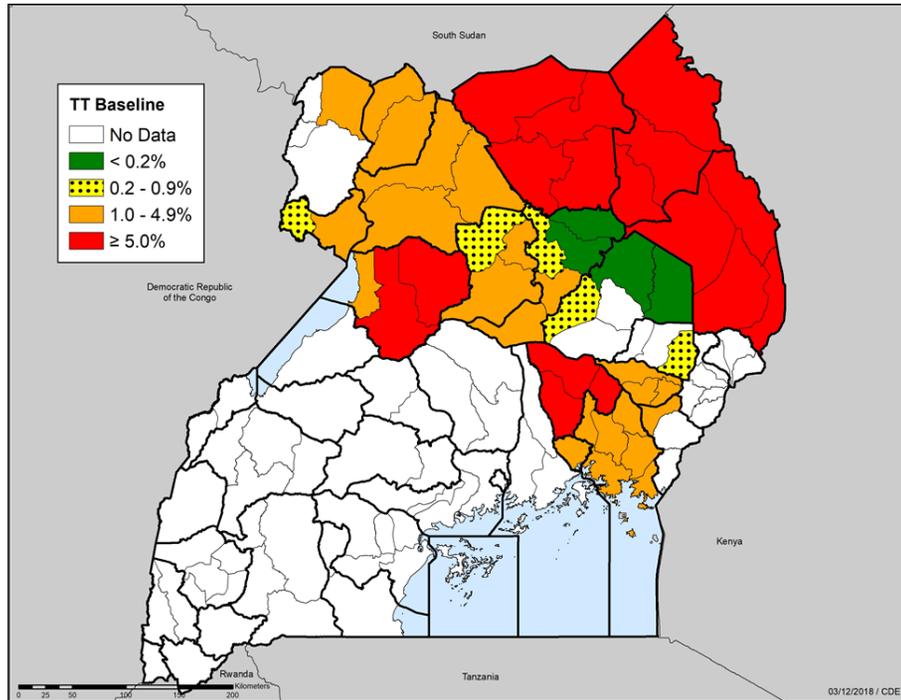
- Distribuer 267 516 doses d'azithromycine dans 2 districts
- Distribuer 25 110 doses de POT

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

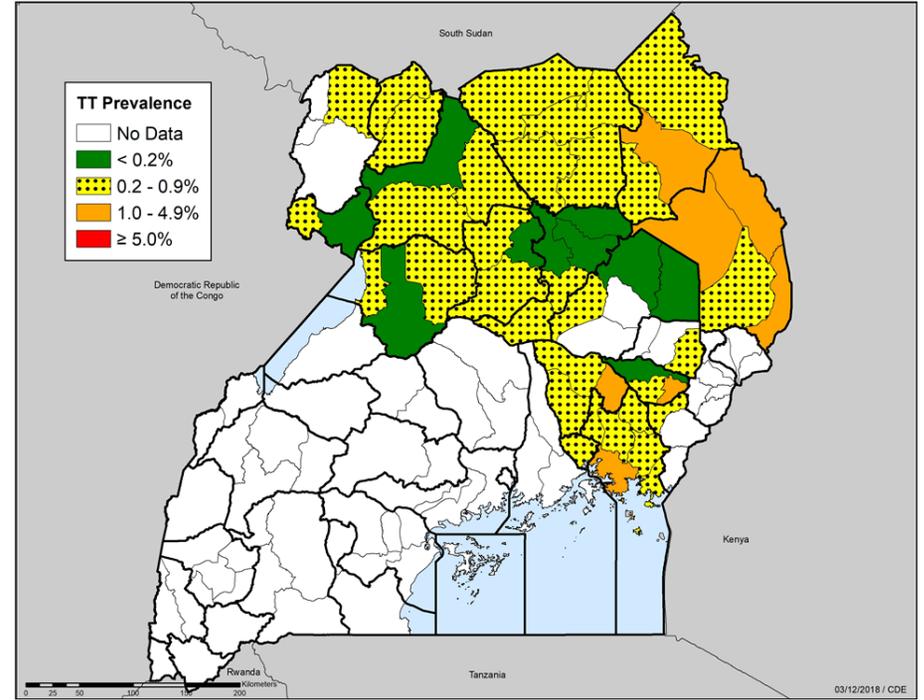
- Apporter une éducation sanitaire à 25 000 villages
- Construire 7 165 latrines

Ouganda : Prévalence du TT chez les adultes ≥ 15 ans

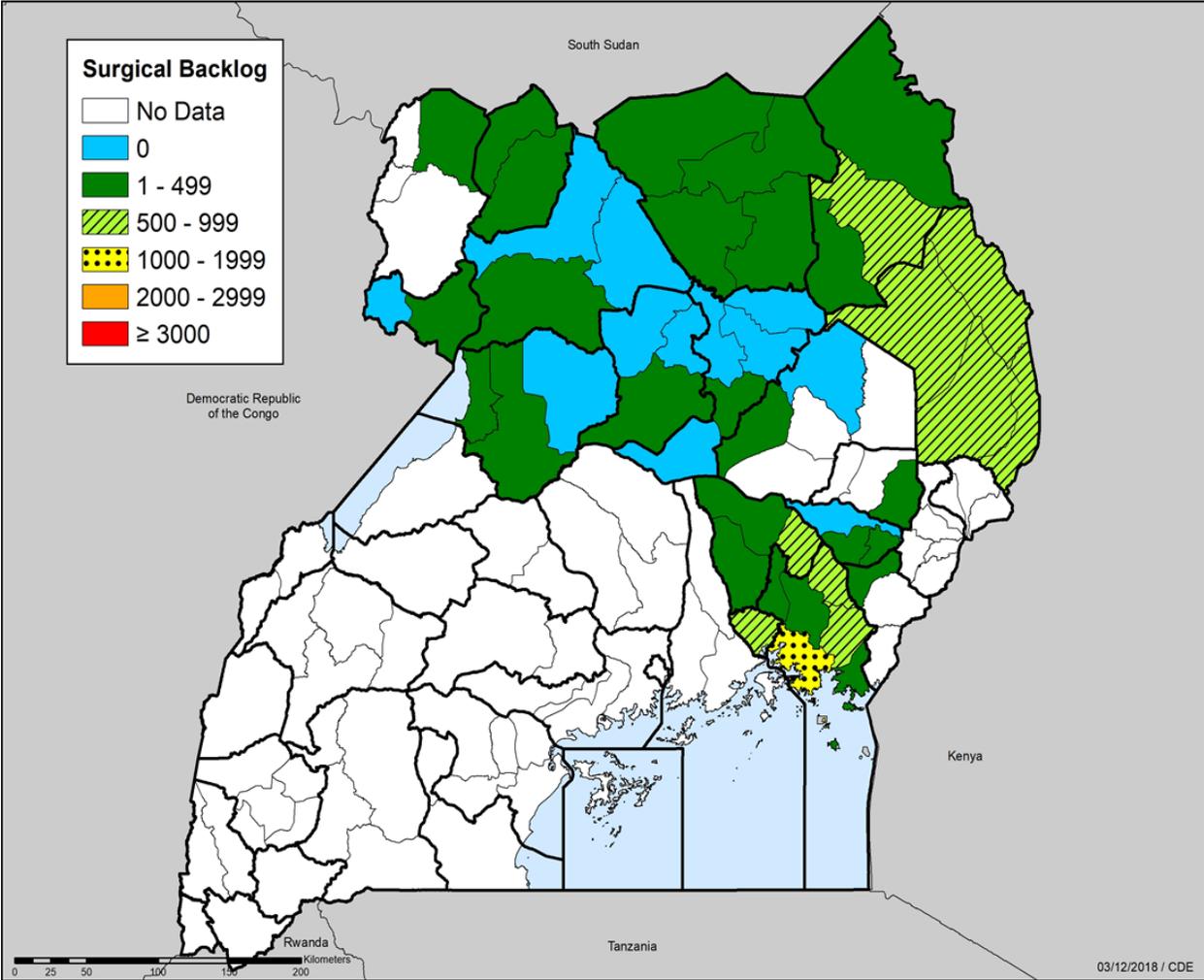
Situation de référence, 2006-2012



2017

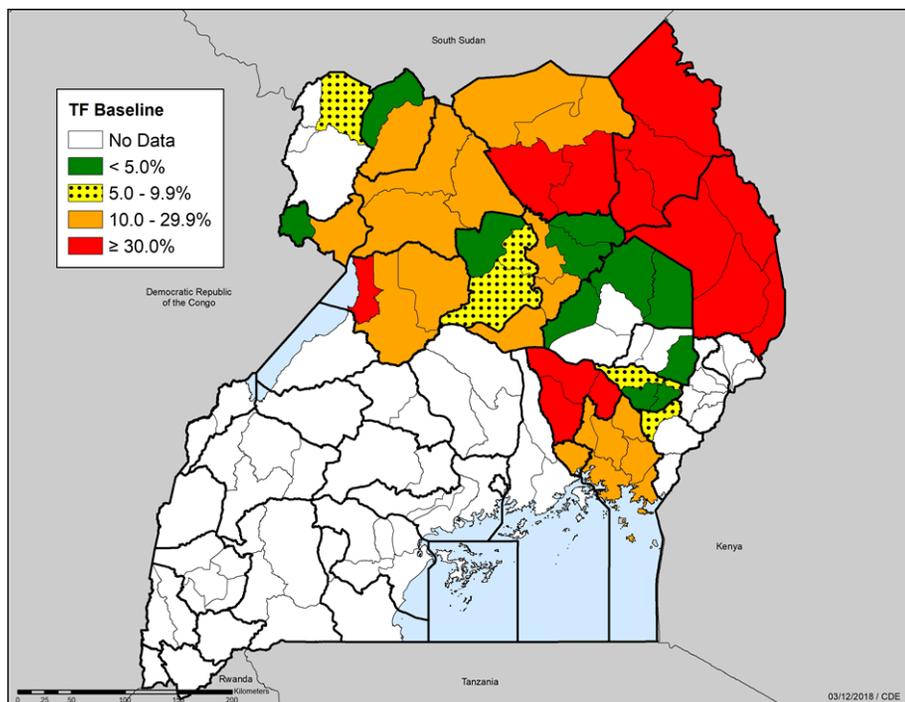


Ouganda : Nombre d'opérations en retard, 2017

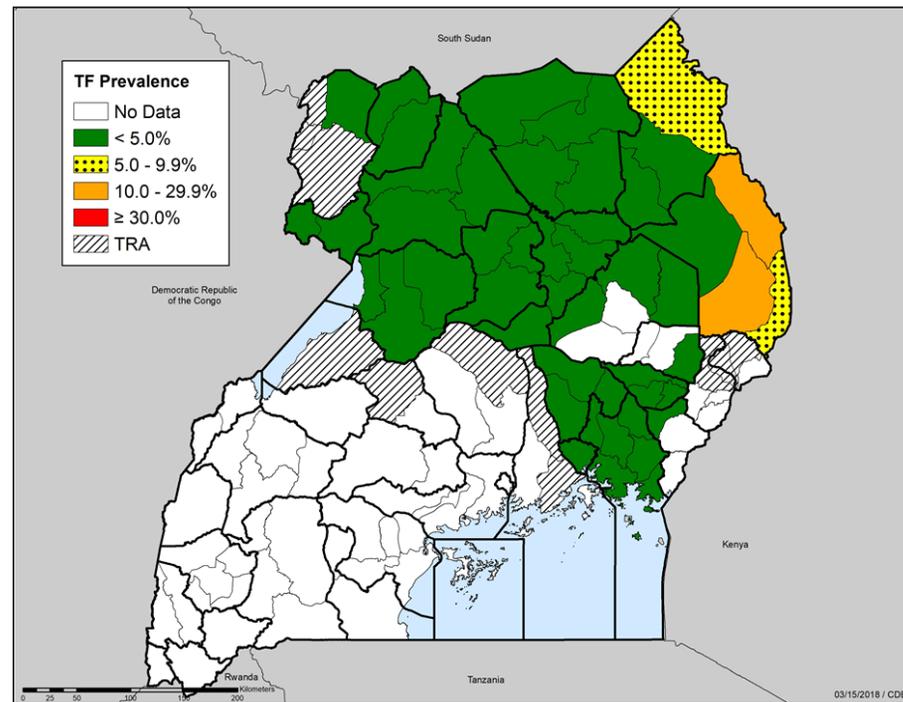


Ouganda : Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans

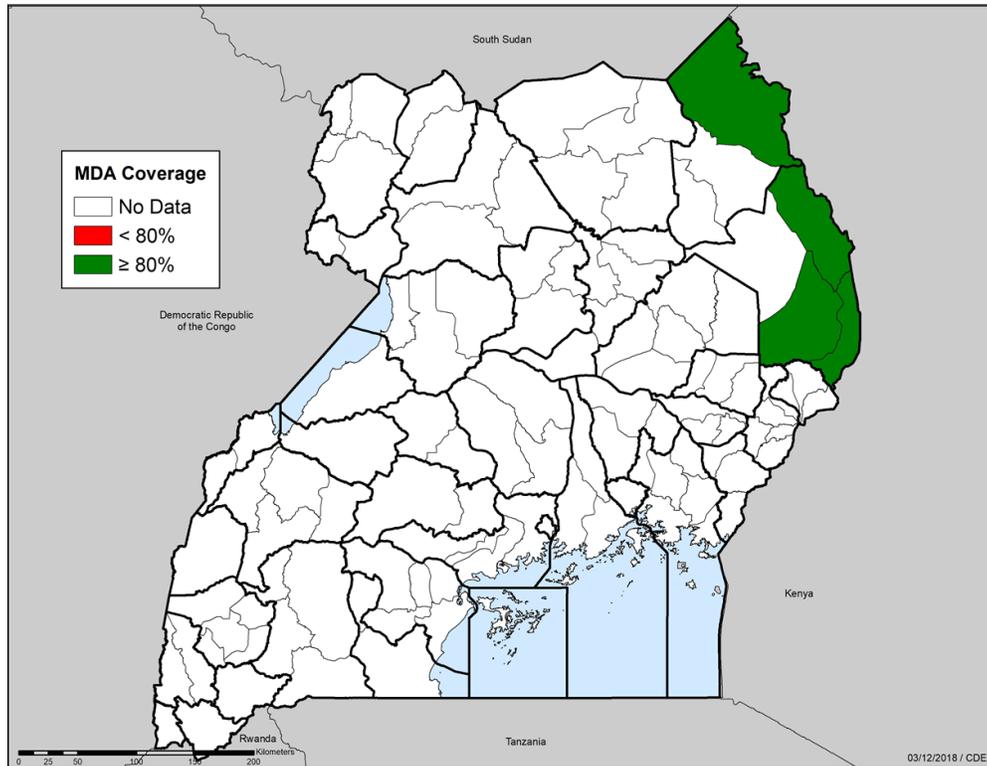
Situation de référence, 2006-2012



2017



Ouganda : Couverture de la DMM, 2017



Ouganda : Tournées de DMM restantes, 2017

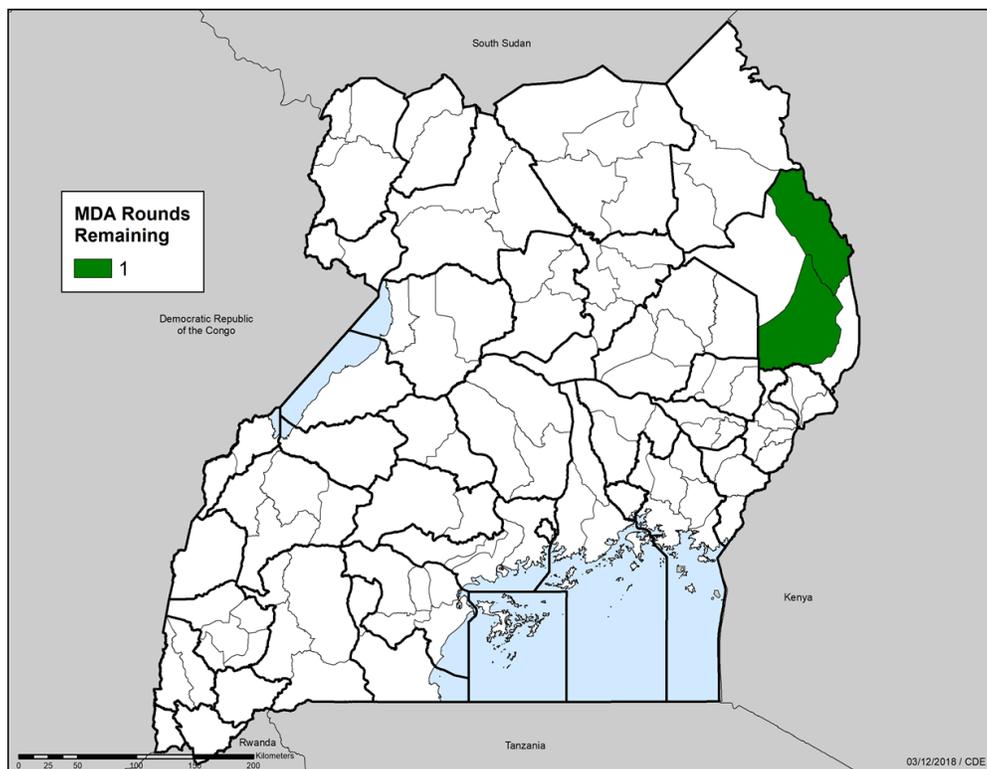


Tableau 1. Résumé des données nationales des programmes de lutte contre le trachome (pays aidé par Le Centre Carter)

Données nationales communiquées pour 2017 lors du 19^e bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 19-20 mars 2018

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total**
Intervention chirurgicale							
Interventions chirurgicales	1 694	11 478	3 635	0	173 945	2 112	192 864
Objectif 2017	6 000	18 000	10 000	2 500	287 758	2 500	326 758
Pourcentage de couverture	28,2 %	63,8 %	36,4 %	0,0 %	60,4 %	84,5 %	59,0 %
Antibiotiques							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	S/O	2 151 297	1 975 399	201 701	39 339 311	495 039	44 162 747
Objectif 2017	S/O	4 854 335	2 344 762	459 249	62 269 910	555 258	70 483 514
Pourcentage de couverture	S/O	N/C	84,2 %	43,9 %	63,2 %	89,2 %	62,7 %
<i>Tétracycline</i>							
Doses	S/O	N/C	20 928	12 548	1 035 299	19 721	1 088 496
Objectif 2017	S/O	150 000	46 895	9 372	1 270 814	20 000	1 497 081
Pourcentage de couverture	S/O	N/C	44,6 %	133,9 %	81,5 %	98,6 %	72,7 %
Éducation au nettoyage du visage et à la santé							
Nbre de villages ayant reçu une éducation sanitaire	299	527	1 331	796	N/C	23 246	26 199
Objectif 2017	300	527	1 651	776	N/C	23 246	26 500
Pourcentage de couverture	99,7 %	100,0 %	80,6 %	102,6 %	N/C	100,0 %	98,9 %
Améliorations de l'environnement							
Latrines	5 727	13 273	S/O	S/O	N/C	5 234	24 234
Objectif 2017	7 000	11 000	S/O	S/O	N/C	S/O	18 000
Pourcentage de couverture	81,8 %	120,7 %	S/O	S/O	N/C	S/O	134,6 %

*Les doses d'azithromycine indiquées pour le Niger comprennent les distributions de doses de POT

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

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

Tableau 2. Objectifs annuels du Programme national de Lutte contre le Trachome 2018 (pays aidé par Le Centre Carter)

Objectifs[†] présentés lors du 19^e bilan annuel du programme, Atlanta, Géorgie, 19-20 mars 2018[§]

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie	Ouganda	Total**
Intervention chirurgicale							
Personnes à opérer pour un TT	5 893	15 000	7 500	1 000	217 813	7 000	254 206
Antibiotiques							
Doses de azithromycine à distribuer pendant la DMM†	S/O	1 210 961	2 277 010	279 073	69 717 342	267 516	73 751 902
Doses de POT à distribuer pendant la DMM	S/O	150 000	45 540	15 130	1 411 802	25 110	1 647 582
Nettoyage du visage							
Villages à toucher grâce à l'éducation sanitaire	400	600	847	1 000	N/C	25 000	27 847
Amélioration de l'environnement							
Latrines domestiques à construire	6 000	10 000	S/O	80	N/C	7 165	23 245

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

§Tous les objectifs sont sujets à des modifications.

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

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

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

Résumé des interventions par pays, janvier - décembre 2017

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara*	Total
Intervention chirurgicale						
Personnes opérées pour un TT	497	9 987	891	0	91 977	103 352
Objectif 2017	2 400	11 100	2 100	1 000	110 922	127 522
Pourcentage	20,7 %	90,0 %	42,4 %	0,0 %	82,9 %	81,0 %
Antibiotiques						
Doses d'azithromycine distribuées	S/O	S/O	856 623	201 701	13 651 377	14 709 701
Objectif 2017	S/O	S/O	490 264	250 153	15 097 277	15 837 694
Pourcentage	S/O	S/O	174,7 %	80,6 %	90,4 %	92,9 %
Éducation au nettoyage du visage et à la santé						
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	199	527	339	796	3 459	5 320
Objectif 2017	250	527	233	776	3 459	5 245
Pourcentage de couverture	79,6 %	100,0 %	145,5 %	102,6 %	100,0 %	101,4 %
Amélioration de l'environnement						
Construction de latrines domestiques	4 729	13 273	S/O	S/O	1 802 962	18 002
Objectif 2017	5 000	11 000	S/O	S/O	2 612 988	16 000
Pourcentage	94,6 %	120,7 %	S/O	S/O	69,0 %	112,5 %

* Publié par Amhara Possession de latrines, pas Nombre de latrines construites dans 2017 ; données non incluses dans le total

S/O = sans objet

N/C = non communiqué

Tableau 4. Mise en œuvre DE CHANCE avec le concours du Centre Carter (1999-2017)

Interventions cumulatives par pays, 1999-2017

Indicateurs	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Éthiopie-Amhara	Total
Personnes opérées pour un TT	30 133	74 025	10 912	9 668	659 545	784 283
Doses d'azithromycine distribuées (DMM)	698 083	3 780 384	7 142 418	3 068 412	156 250 637	170 939 934
Nbre de villages recevant une éducation sanitaire permanente	2 622	1 708	2 899	3 574	3 459	14 262
Construction de latrines domestiques	110 728	126 463	S/O	646	3 336 513	3 574 350

S/O = sans objet

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

Données du Programme national présentées pour janvier à décembre 2017

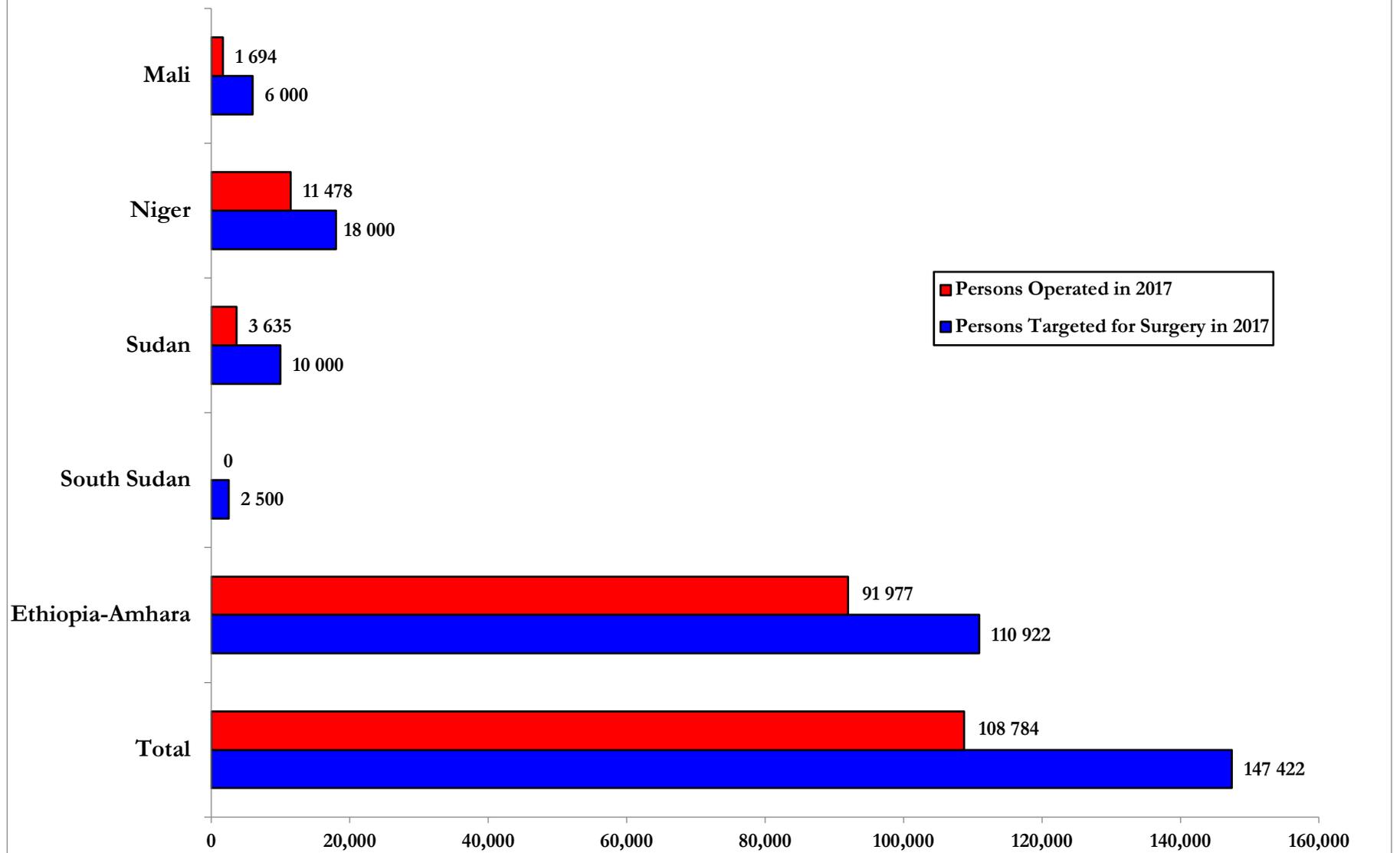


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme national présentées pour janvier à décembre 2016

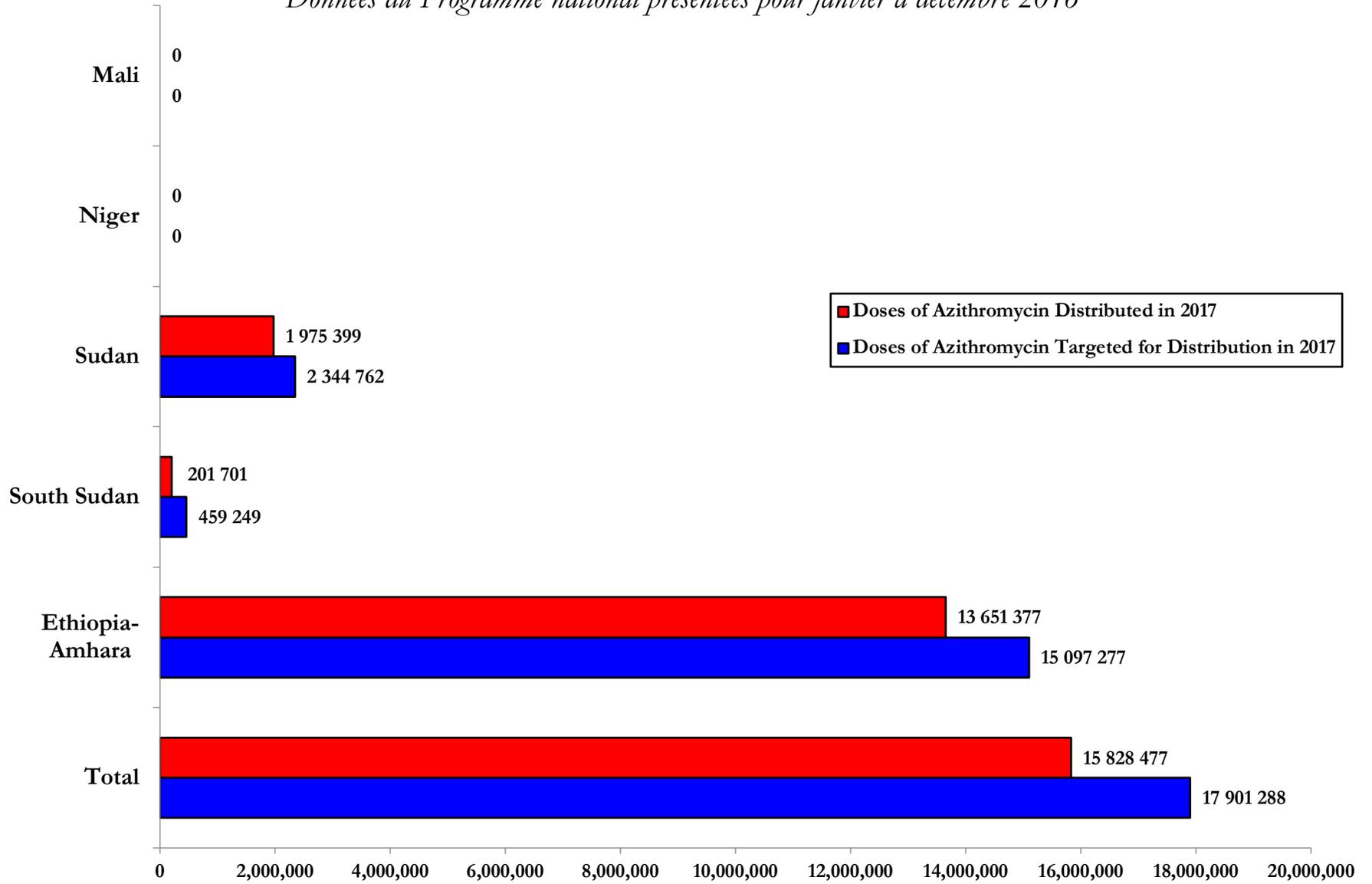


Figure 3. Éducation sanitaire, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme national présentées pour janvier à décembre 2017

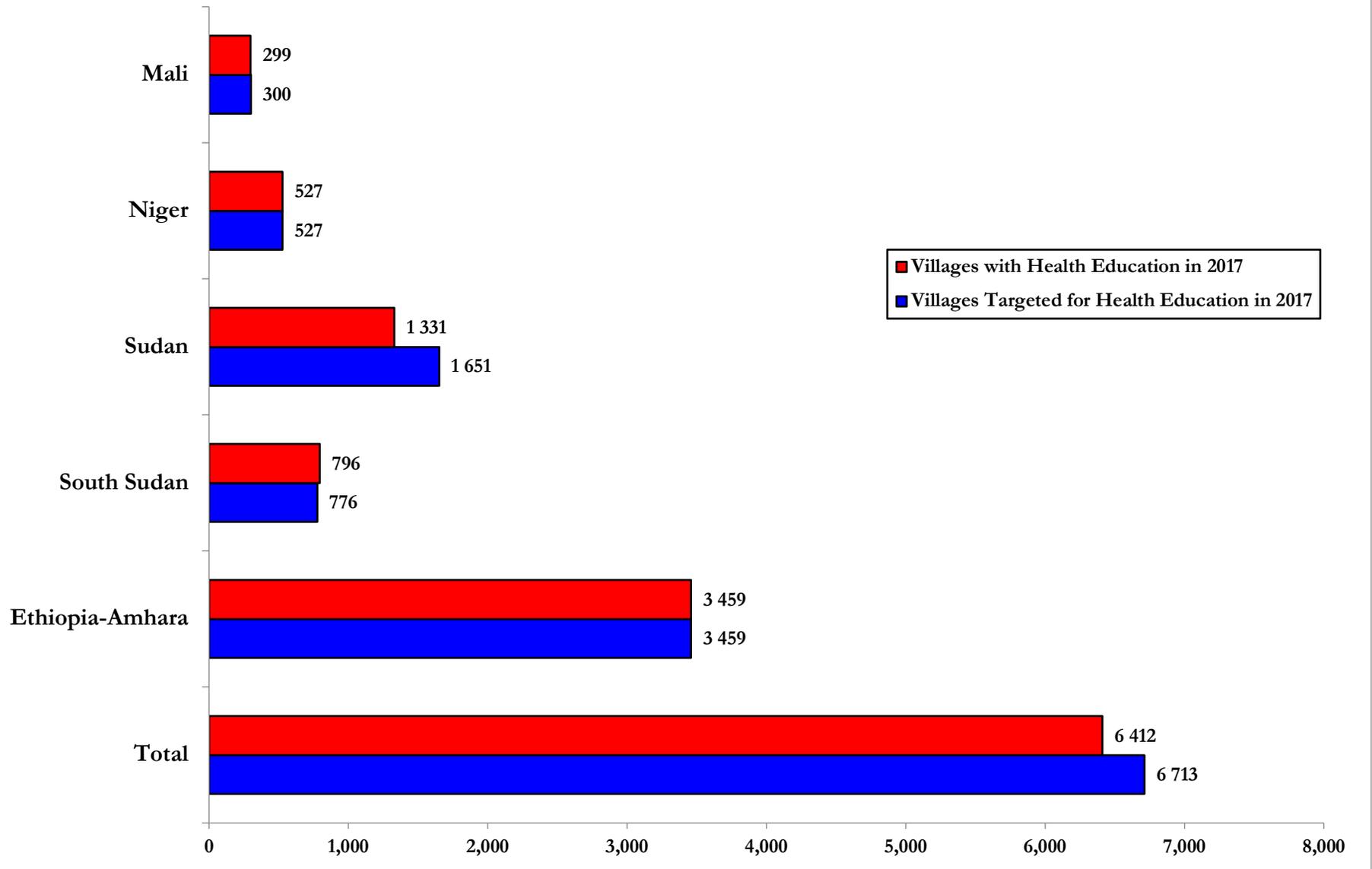
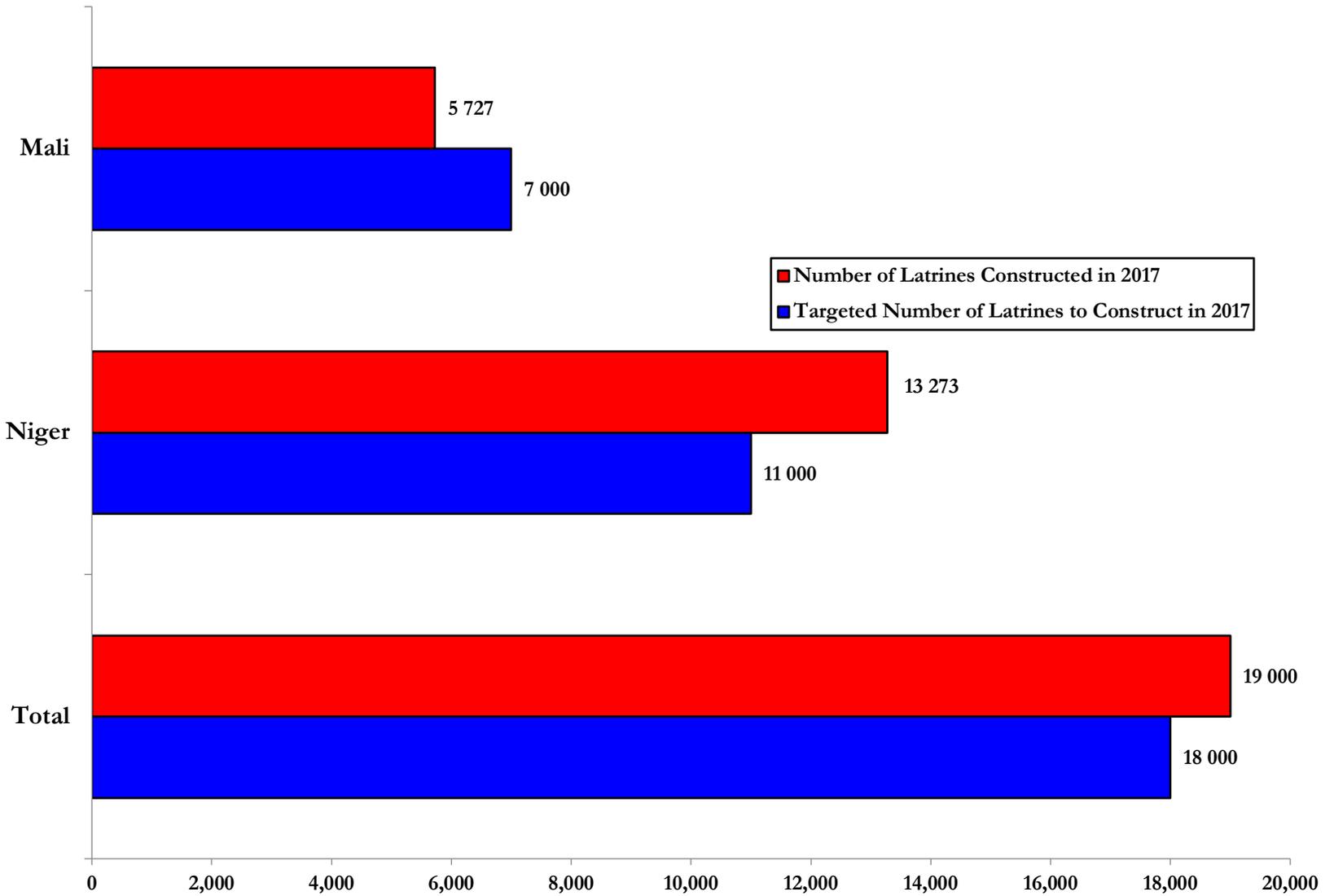


Figure 4. Construction de latrines domestiques, pays bénéficiaires de l'aide du Centre Carter

Données du Programme national présentées pour janvier à décembre 2017



L'interprétation des résultats des enquêtes de couverture pour faciliter la prise de décision dans les programmes sur les MTN

*Présenté par Mme Katie Zarhoff, spécialiste senior M&E, MTN, ENVISION, RTI pour le compte de :
Kathryn L. Zarhoff, Pamela S. Mbabazi, Katherine Gass, Brian Fuller, Lynsey Blair, Roland Bougma, Aboulaye Meité, Nebiyu Negussu, Bizuayehu Gashaw, Scott D. Nash, Nana-Kwadwo Biritwum, Jean Frantz Lemoine, Ganefa Sitti, Karsor Kollie, Clara Fabienne Rasoamananjana, Lazarus Juziwelo, Square Mkwanda, Pradipt Rimal, Issa Gnandon, Bocar Diop, Ameyo Monique Dorkenoo, Rachel Bronzan, Edridah Mubeki Tukabebwa, Fatima Kabole, Violetta Yenstigneyeva, Lauren Courtney, Joseph Koroma, Egide Ndayishimye, Richard Reithinger, Margaret Baker, Fiona Fleming*

Historique

On entend souvent s'exprimer, à travers des anecdotes, de nombreuses inquiétudes quant à la qualité des données de CP qui nous arrivent par les voies habituelles. Une enquête d'évaluation de la couverture est un outil qui peut servir à répondre à ces inquiétudes sur la qualité des données communiquées, en enquêtant auprès des membres des communautés pour savoir si leurs membres se sont vu offrir des médicaments et s'ils les ont avalés, permettant de valider (ou pas) la couverture telle qu'elle a été déclarée. Les enquêtes de couverture peuvent également mesurer la couverture, à la fois globale et ventilée par sexe et par âge, ainsi que les raisons qui ont poussé à ne pas participer à la DMM.

Méthodes

Dans 16 pays, des enquêtes de couverture basées sur la population, utilisant des échantillons de grappes à plusieurs étapes, ont été menées afin de valider plus de 200 valeurs communiquées sur la couverture de la PC pour la Filariose lymphatique (LF ; 94 DMM étudiées), l'onchocercose (3), le trachome (8), la schistosomiase (SCH ; 68) et les helminthes transmis par le sol (STH ; 36). Les données de ces enquêtes ont été analysées dans le but de répondre à deux questions essentielles :

1. Quelle est la meilleure façon d'interpréter les données provenant des rapports de routine sur la PC et les estimations de couverture d'après enquête ?
2. Les données déclarées ont-elles un degré d'exactitude suffisant pour permettre de prendre des décisions programmatiques ?

Des données ont été incluses dans l'analyse s'il y a eu moins de 20 points de pourcentage en moins entre l'intervalle de confiance à 95 % aux limites inférieure et supérieure.

Conclusions

Que désigne-t-on par 'valeur de couverture déclarée' et 'valeur de couverture enregistrée sur le terrain' ? Il y a eu un vaste écart entre les valeurs de couverture déclarées dans les districts étudiés en Afrique et aux Amériques, la valeur de couverture médiane étant de 84 % (EIQ 73-94 %). Dans l'ensemble, la couverture médiane enregistrée sur le terrain dans les districts évalués en Afrique et aux Amériques était très proche de la couverture déclarée, soit 83 % (EIQ 73-91 %). Il y a eu une poignée d'unités de mise en œuvre (IU) dont la couverture enregistrée sur le terrain était très faible, inférieure à 50 % ; cela s'est produit 8 fois, dont 6 dans le même pays. Dans les districts évalués des régions africaines et américaines, on a eu aussi bien une surdéclaration qu'une sous-déclaration ; en fait, la plupart des fois où la couverture déclarée était faible, la couverture enregistrée sur le terrain était en réalité plus élevée.

Dans les UD ayant fait l'objet d'une enquête dans la région Asie, la couverture médiane déclarée était similaire mais un peu plus faible, soit 76 % (EIQ 69-83 %). La couverture enregistrée sur le terrain en Asie dans

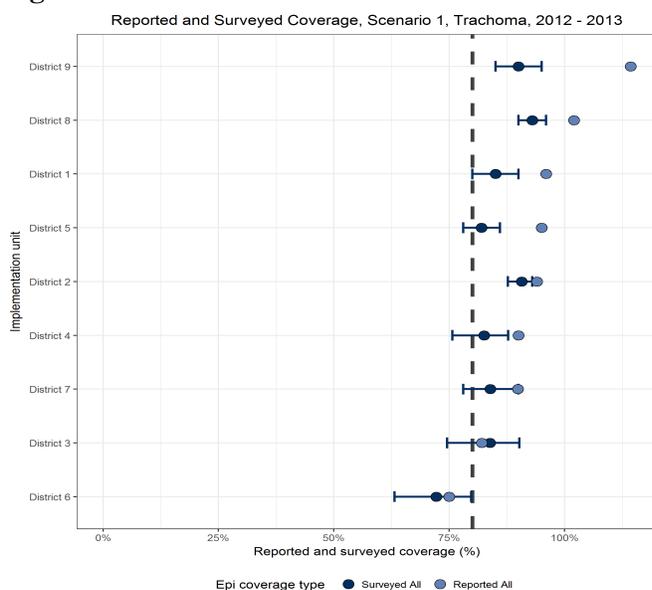
l'ensemble était plus faible que la couverture déclarée (médiane 62 %, EIQ 48 %-72 %), avec une comparaison au niveau des districts faisant ressortir partout une surdéclaration dans les districts analysés dans cette région.

Quelle est la meilleure façon d'interpréter les données provenant des rapports de routine sur la PC et les estimations de couverture enregistrée sur le terrain ? Il est tentant d'utiliser une définition stricte de l'expression « validation de la couverture déclarée » et de conclure que la couverture déclarée n'est exacte que si la valeur tombe dans l'IC à 95 % de la valeur de couverture enregistrée sur le terrain. Toutefois, à l'examen des données, elle s'est avérée trop conservatrice dans le cadre d'une utilisation des données pour la prise de décision programmatique. Par exemple, la valeur de couverture déclarée peut tomber en dehors de l'IC à 95 %, avec une différence de 15 points de pourcentage entre l'estimation ponctuelle de couverture déclarée et de couverture enregistrée sur le terrain ; mais si la valeur de couverture déclarée et la valeur enregistrée sur le terrain tombent au-dessus du seuil de couverture minimum pour la maladie (c'est-à-dire que les deux valeurs concordent en ce qui concerne les décisions d'atteindre une couverture suffisante), alors la valeur déclarée reste une donnée valable pour la prise de décision. Les responsables du programme national devraient examiner les données de couverture déclarées et enregistrées sur le terrain provenant de divers districts, pour plusieurs maladies et sur la durée, afin de déterminer s'il y a une récurrence.

En étudiant des données issues de plusieurs districts, plusieurs maladies et plusieurs années, les coauteurs de l'étude se sont aperçus qu'il avait trois scénarios pour l'exactitude des données déclarées :

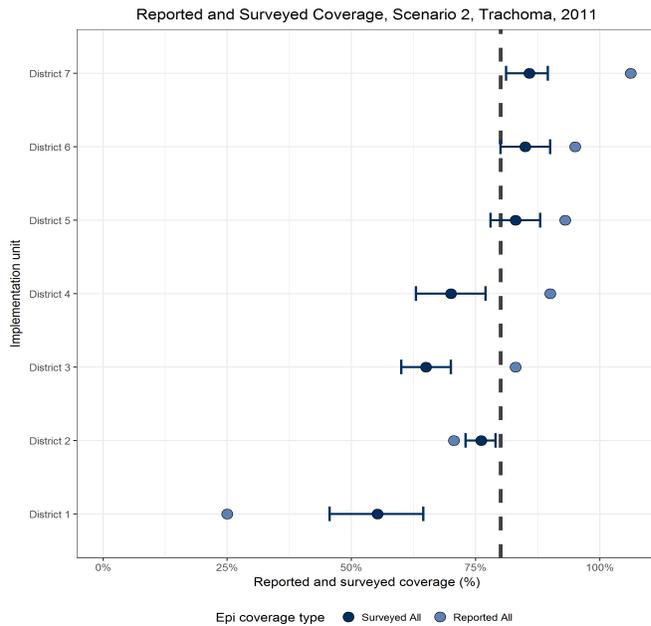
1. **Les données sont valables pour la prise de décision et doivent être utilisées maintenant.** C'est le cas lorsqu'il y avait une concordance entre les valeurs déclarées et enregistrées sur le terrain, en ce qui concerne le seuil minimum de couverture de la maladie, dans la majorité des districts étudiés. Par exemple, la plupart des valeurs tant déclarées qu'enregistrées sur le terrain tombent au-dessus du seuil minimum de couverture, ou en dessous. On trouvera un exemple de ce scénario à la Figure 1.

Figure 1.



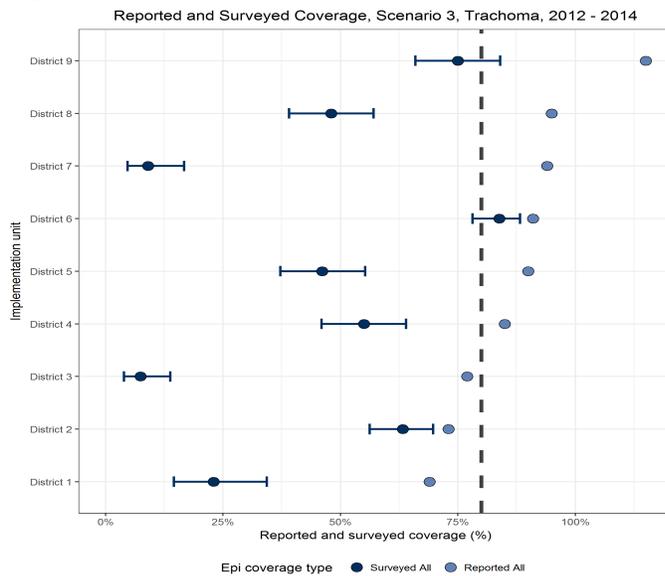
2. **Les données sont valables pour la prise de décision et doivent être utilisées dès à présent, mais il faut également travailler en même temps à renforcer la qualité des données déclarées.** Dans ce scénario, alors qu'il y a concordance entre la plupart des données de couverture déclarées et enregistrées sur le terrain, il y a des districts où il existe un écart entre la couverture déclarée et la couverture enregistrée sur le terrain. On trouvera un exemple de cela à la Figure 2.

Figure 2.



3. **Les données ne sont pas valables pour la prise de décision et il faut travailler immédiatement à améliorer la qualité des données déclarées.** Dans cette situation, les données déclarées sont très différentes de ce qu'a trouvé l'enquête dans la majorité des districts ; en effet, s'il se base sur les données déclarées, le programme national pour les MTN risque de prendre une mauvaise décision dans la plupart des districts. Dans ce cas, le programme national pour les MTN ne peut faire confiance aux données déclarées, considérées inexactes, et il ne doit pas se fier davantage aux données des enquêtes de couverture enregistrées sur le terrain, par opposition aux données de couverture déclarées pour comprendre quels sont les résultats, au moins tant que la qualité de la couverture déclarée ne s'est pas améliorée. La Figure 3 illustre cette situation.

Figure 3.



Les données déclarées ont-elles un degré d'exactitude suffisant pour permettre de prendre des décisions programmatiques ?

D'après l'étude des données menée par les coauteurs, la majorité des pays relevaient soit du scénario 1 soit du scénario 2. Cela signifie que la plupart des données des pays étaient valables pour être utilisées dès à présent, et certains pays devaient aussi, en même temps, améliorer la qualité de leurs données déclarées. Cependant, il y a eu une poignée de pays où les données déclarées ne concordaient pas avec les données de couverture enregistrée sur le terrain dans la plupart des districts ; dans ces pays, le programme national pour les MTN doit faire de grands progrès pour renforcer la qualité des données et mettre en œuvre des enquêtes de couverture plus fréquentes, jusqu'à ce que l'on juge les données déclarées plus exacts.

Conclusions

En conclusion, l'interprétation des enquêtes de couverture doit comporter une synthèse des données provenant de plusieurs districts, maladies et années, et il faut comparer les données déclarées et les données enregistrées sur le terrain aux seuils minimaux pour déterminer leur concordance. Prendre des décisions d'après des données d'étude, c'est prendre des décisions en fonction de données parfaites, mais en partant des meilleures données dont on dispose. Le plus souvent, les programmes nationaux pour les MTN peuvent utiliser les données recueillies dans la pratique courante ; il est important que les responsables du programme national connaissent la qualité de leurs données recueillies dans la pratique courante et agir lorsqu'elle est insuffisante.

Facteurs prédictifs de participation à la DMM

Présenté par M. Caleb Ebert, Étudiant diplômé, Rollins School of Public Health, université d'Emory

Historique

Le trachome est une douloureuse infection oculaire qui est la 1^{ère} cause infectieuse de la cécité. Le traitement du trachome grâce à une distribution massive d'antibiotiques est l'une des composantes de la stratégie CHANCE qui a fait ses preuves pour réduire les réserves de *C. trachomatis* dans une communauté. Le but des programmes de DMM est de parvenir à une couverture médicamenteuse d'au moins 80 %. En pratique, il peut être difficile d'atteindre cet objectif dans des contextes tels que l'Éthiopie. Les membres réticents de la communauté peuvent saper l'efficacité des campagnes de DMM, qui exigent tant de moyens et de travail, en étant des vecteurs de réapparition de l'infection.

Des études limitées d'autres parties de l'Afrique subsaharienne (hors Éthiopie) ont quantifié des facteurs liés aux personnes et aux foyers qui ne participent pas à la DMM ou ne reçoivent pas les médicaments. Afin de mieux cibler les messages sanitaires relatifs aux DMM et concevoir des campagnes plus inclusives, il est nécessaire d'approfondir les recherches pour comprendre les facteurs prédictifs de la participation aux DMM dans ce contexte. Ces connaissances contribueront à rendre les DMM plus efficaces et à atteindre l'objectif fixé par l'OMS pour ce problème de santé publique qu'est l'élimination du trachome.

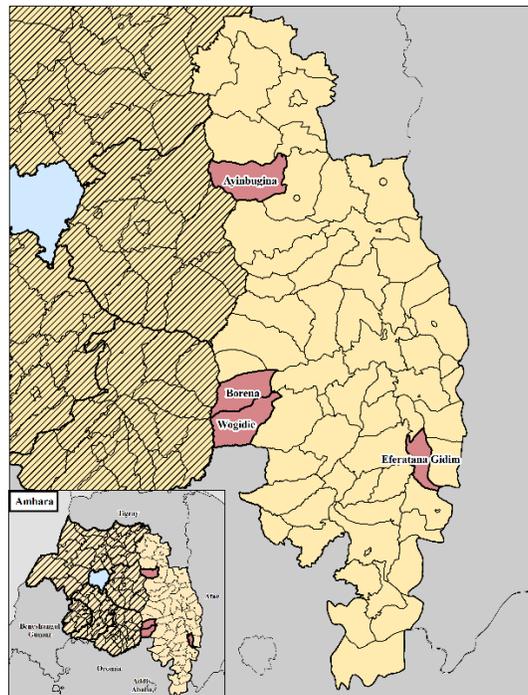
En mai 2017, une DMM d'azithromycine et de pommade oculaire à la tétracycline a été menée simultanément dans tous les districts éligibles de l'est d'Amhara, d'Éthiopie sur une durée de 5 jours. Tous les districts relevaient de la DMM tant que la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans était inférieure à 5 %. Une enquête de couverture basée sur la population a été menée 3 à 5 semaines après la DMM pour estimer la prévalence au niveau des districts de la couverture de DMM autodéclarée. Quatre districts (Efratana Gidam, Ayinbugina, Borena et Wogidie) ont été choisis pour participer à l'enquête. Pour cela, il fallait avoir une prévalence ininterrompue du TF malgré plusieurs années consécutives de traitement par DMM.

Méthodes

Les foyers ont été sélectionnés au moyen du dispositif d'échantillonnage aléatoire par grappes multiphasés. Au total, 25 grappes par district et 15 foyers par grappe ont été ciblés pour l'enquête. Les données ont été recueillies sous forme électronique et enregistrées sur NEMO, un logiciel d'enquête à développement ouvert du Centre Carter. Les estimations zonales ont été pondérées d'après l'inverse de la probabilité de sélection à chaque niveau de l'enquête et les intervalles de confiance ont été calculés à partir des procédures de l'enquête.

Suite au calcul de la couverture de la DMM par district, un modèle de régression logistique à effets aléatoires a servi à identifier les facteurs prédictifs de la participation aux DMM, tout en procédant à un ajustement pour l'imbrication des individus au sein des foyers. Les facteurs prédictifs de participation à chaque DMM aux niveaux des individus, des foyers et des tuteurs ont été étudiés.

Figure 1. Emplacement des districts de l'est d'Amhara, en Éthiopie, où ont eu lieu les enquêtes.



Résultats

Au total, 6 613 personnes représentant 1 629 foyers ont été dénombrées. Plus de la moitié des répondants étaient des femmes (52,5 %) et la moyenne d'âge était de 24 ans. Les enfants de moins de 10 ans représentaient plus d'un quart (26,3 %) des répondants. La participation auto-déclarée au niveau des districts allait de 78,5 à 86,9 %.

Deux modèles ont été créés pour identifier les facteurs associés à la participation aux DMM. Le 1^{er} modèle était inclusif et prenait en compte la totalité des participants à l'étude ($n = 6\,613$) et plusieurs facteurs associés positivement à la participation à la DMM ont été trouvés : état de santé excellent et passable, (odds ratio [OR] = 7,3 ; IC à 95 % : 2,6, 20,3 ; OR = 9,4 ; IC à 95 % : 3,1, 28,6), durée de résidence du foyer (OR = 2,4 ; IC à 95 % : 1,3, 4,2), connaissance avancée de la campagne de DMM (OR = 4,3 ; IC à 95 % : 2,6, 7,0), et connaissance du trachome (OR = 1,7 ; IC à 95 % : 1,0, 2,7). Un 2^{ème} modèle a été utilisé, qui excluait les chefs de famille ($n = 4\,969$) et incluait la participation du chef de famille. Les facteurs associés à la participation étaient similaires à ceux trouvés dans le 1^{er} modèle, en plus de la participation du chef de famille (OR = 6,0 ; IC à 95 % : 3,9, 9,3).

Conclusion

Ces résultats offrent un éclairage exploratoire sur les facteurs associés à la participation à la DMM à Amhara, et suggèrent que les chefs de famille ont eu une forte influence sur la participation de leur foyer. Pour augmenter à terme la couverture à Amhara, des stratégies de mobilisation à la DMM – qui comprennent tous les messages sur le trachome et l'azithromycine et la sensibilisation aux campagnes de DMM – doivent viser les chefs de famille ainsi que les nouveaux résidents et les personnes en mauvaise santé et plus âgées.

Le Nde CHANCE : Pourquoi nous le mesurons et quelle est sa fiabilité

Présenté par Dr. Sheila West, Vice Présidente de la recherche, Wilmer Eye Institute, hôpital Johns Hopkins

Il ressort des essais de fidélité que l'accord sur l'évaluation des visages propres par du personnel tanzanien formé ayant toutes sortes d'antécédents éducatifs a été jugé bon à excellent, tant au niveau intra-observateur qu'inter-observateur. Tant qu'une formation est dispensée, l'estimation des visages propres chez les enfants doit être fiable et refléter l'effort des familles de débarbouiller les visages pour qu'ils soient exempts de sécrétions oculaires ou nasales. Nous recommandons de procéder à davantage d'essais inter-observateurs dans différents contextes affectés par le trachome et que l'évaluation des visages propres soit ajoutée aux enquêtes sur le trachome qui mesurent déjà les améliorations de l'environnement.

Constitution du dossier : Expériences du terrain

Animé par Mme Aisha Stewart, Directrice associée, Le Centre Carter

Participants à la table ronde :

Dr. Agatha Aboe, conseillère du Programme de Lutte contre le Trachome mondial, Sightsavers

M. Aryc Mosher, conseiller technique expérimenté MTN, USAID

Dr. Jeremiah Ngondi, conseiller technique régional, MTN, RTI

La voie vers l'idéal : prendre une longueur d'avance dans la documentation des efforts d'élimination Présenté par Aryc W. Mosher

Certains croient que la constitution du dossier est une activité qui commence peu après que les derniers districts endémiques ont apporté la preuve qu'une transmission du trachome avait bien eu lieu (par exemple la réussite aux enquêtes de surveillance du trachome). Et pourtant, celle-ci consiste en fait à réunir des données, à rappeler le contexte historique et les décisions prises, à évaluer les lacunes (dans les données, les activités programmatiques) et à rédiger l'histoire des progrès vers l'élimination accomplis par un pays. L'objectif final est de soumettre un dossier complet à l'Organisation mondiale de la Santé pour examen officiel et de recevoir un avis officiel indiquant qu'il a passé l'étape de validation. Tout cela peut prendre énormément de temps et plutôt que de se mettre à faire des choses en vue de la constitution du dossier lorsque les activités du programme sont en passe d'être terminées, les programmes nationaux devraient envisager de prendre de l'avance et de commencer le processus le 1^{er} jour ou dès aujourd'hui, pour ceux qui sont déjà occupés à des programmes en activité.

Voici quelques étapes que les programmes nationaux pourraient trouver utile de prendre en compte :

1. **Constituer des groupes d'élaboration du dossier :** Les programmes nationaux pourraient sélectionner un petit sous-groupe de membres du groupe d'action sur le trachome/de planification de l'élimination qui joueront le rôle de principaux collaborateurs auprès du MdS pour faire avancer les préparatifs du dossier.
2. **Noter les progrès dès le départ :** Noter les progrès au fur et à mesure est plus facile que d'essayer de s'en souvenir 5 ans plus tard, voire plus. Noter les hypothèses faites concernant les besoins de cartographie (maladie potentiellement endémique vs. insoupçonnée) ainsi que les méthodologies d'enquête, les protocoles et les résultats.
3. **Doubler les systèmes de stockage des données :** Les programmes nationaux devraient investir dans des façons de protéger les données des pannes de matériel/logiciel informatique, les pertes/vols/destructions d'ordinateur et la rétention intentionnelle par des personnes mécontentes.
4. **Détecter dès que possible les données manquantes :** un examen régulier des données peut permettre de déceler des lacunes (par ex. données perdues, enquêtes incomplètes, points de données illogiques). N'attendez pas d'en être à la rédaction du dossier pour réviser les données.
5. **En cas de doute, consultez le référent de l'OMS en charge du trachome :** Le programme mondial d'élimination du trachome comme problème de santé publique a beau fêter ses 20 ans, il n'en est pas moins un effort dynamique dans lequel les données et les enseignements d'aujourd'hui continuent à affiner la meilleure façon de procéder. Il arrive parfois que les programmes nationaux découvrent dans leurs programmes des « zones grises » qui n'ont pas bien été prises en compte par les instructions ou recommandations officielles de l'OMS. Les programmes nationaux sont fortement encouragés à consulter l'OMS pour clarifier tel ou tel problème car l'explication reçue de bonne heure peut faire gagner du temps et des moyens.

Dans la rédaction du dossier, il n'est forcément nécessaire d'indiquer tous les détails sur la façon dont le Programme national traitera la transition des activités qu'il faudra gérer après la validation. Cependant, il faut peut-être que les programmes nationaux se demandent dès le départ comment ils pourraient au mieux prendre en compte les responsabilités suivantes, car il pourrait y avoir des implications financières et des efforts de planification qui demandent l'adoption de règles et/ou d'un budget dans la planification fiscale du gouvernement.

- 1) Identifier les cas de TT incidents permanents
- 2) Favoriser un robuste système de renvoi des cas de TT
- 3) Assurer des moyens chirurgicaux/une chaîne d'approvisionnement puissants
- 4) Répondre en permanence aux besoins de formation (nouveaux chirurgiens/remplaçants, formations de perfectionnement)
- 5) Identifier le type de surveillance continue/périodique qu'il faut pour surveiller les résurgences.

Constituer des dossiers pour valider l'élimination du trachome : enseignements tirés de trois pays Présenté par Dr. Jeremiah Ngondi

Historique

L'Organisation mondiale de la Santé conseille aux pays où le trachome est endémique de préparer un dossier de validation faisant état de la mise en œuvre de la chirurgie, des antibiotiques, de la propreté du visage, de la stratégie d'amélioration de l'environnement (CHANCE) et de l'atteinte des objectifs d'élimination.

Dernièrement, l'OMS a lancé des instructions sur le dossier d'élimination du trachome accompagnées de grilles de données et d'explications pour guider les programmes nationaux. Nous présentons les enseignements tirés dans l'élaboration de dossiers sur l'élimination du trachome dans 3 pays bénéficiaires du projet financé par l'USAID, ENVISION.

Méthodes

Nous avons étudié certains aspects de la constitution du dossier, et notamment : les décisions de commencer à constituer un dossier ; le déroulement de la constitution du dossier ; la documentation utilisée pour réaliser le dossier ; la réalisation du formulaire-type de données sur Excel de Microsoft ; et nous avons résumé les leçons que nous avons apprises auprès de 3 pays.

Résultats

Les décisions de commencer à constituer un dossier n'étaient pas les mêmes d'un pays à l'autre. Dans 2 pays, des enquêtes de PCGT avaient montré que le trachome n'était pas un problème de santé publique. Dans le 3^{ème}, des enquêtes de prévalidation avaient été effectuées dans tous les districts qui avaient été endémiques, sauf 2. Pour 2 pays, la constitution du dossier était dirigée par un consultant qui aidait les Ministères de la Santé (MdS) à rédiger le texte du dossier et à saisir les données dans la grille. Cependant, dans le 3^{ème} pays, c'est le MdS et les partenaires chargés de la mise en œuvre qui avaient entamé la constitution du dossier, rempli la grille de données et rédigé le texte, et le consultant avait aidé à lisser les données et les grilles de texte. De plus, ce 3^{ème} pays avait organisé une réunion d'une demi-journée avec les partenaires pour examiner les procédures opératoires normalisées relative à la constitution du dossier et rédiger le dossier. Les documents disponibles pour remplir le dossier étaient variables d'un pays à l'autre mais en général, ils comprenaient des rapports documentant la mise en œuvre de CHANCE. Le remplissage des grilles de données était relativement facile pour les 2 pays où les enquêtes de PCGT avaient montré que le trachome

n'était pas un problème de santé publique. Dans le 3^{ème} pays, le MdS et les partenaires chargés de la mise en œuvre avaient réussi à remplir la grille de données étant donné qu'ils avaient noté systématiquement les activités du programme depuis son commencement en 1996.

Conclusions

D'après les résultats de l'enquête, les grilles du dossier sont faciles à remplir, surtout lorsque les données et les comptes rendus sur la mise en œuvre de CHANCE sont disponibles et organisés. Mais pour les pays qui ont derrière eux toute une expérience de la mise en œuvre de CHANCE et où les données et rapports historiques ne sont pas forcément disponibles, les choses sont plus compliquées. Dans l'ensemble, une bonne pratique pour les programmes nationaux serait de commencer à constituer le dossier le plus tôt possible en remplissant les grilles (surtout les données historiques) et de réactualiser les données chaque année. Certains aspects du texte explicatif du dossier peuvent être remplis immédiatement à partir des rapports programmatiques sur les enquêtes, les opérations du trichiasis trachomateux, les DMM et la mise en œuvre de N et E. Et enfin, les programmes nationaux doivent tenir le dossier à jour pour qu'il soit prêt à être déposé à l'OMS dès que les dernières enquêtes de prévalidation sont entreprises.

Déclaration des intérêts financiers : Ce rapport a été rédigé par RTI International dans le cadre du projet ENVISION, dirigé par RTI International avec le financement de l'Agence américaine de Développement International (USAID) en vertu d'un accord de coopération n° AID-OAA-A-11-00048. Pour avoir des précisions, allez sur le site www.MTNenvision.org.

La préparation et le dépôt du dossier Trachome : étude de cas sur le Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana. Présenté par Dr. Agatha Aboe

Histoire et chronologies du Programme national de Lutte contre le Trachome du Ghana

Entre 1999 et 2003, des enquêtes de référence sur la prévalence épidémiologique du trachome ont été menées dans la totalité des 18 districts des régions nord et du Haut-Ghana Occidental, soupçonnés d'être endémiques. La totalité avaient divers niveaux de trachome, significatifs du point de vue de la santé publique et nécessitaient des interventions par l'une au moins des composantes de la stratégie CHANCE. Le nombre de personnes risquant de contracter la cécité trachomateuse au Ghana est estimé à 2,8 millions, et celui des personnes souffrant de trichiasis, à 13 000. Le programme a mis sur pied divers plans stratégiques nationaux pour guider sa mise en œuvre. La stratégie CHANCE est appliquée depuis plusieurs années. Des enquêtes d'impact ont été menées en 2007-2008, qui ont révélé que la prévalence du trachome actif (TF) était tombé en dessous de 5 % dans la totalité des districts des régions nord et du Haut-Ghana occidental mais qu'il restait des cas de TT à prendre en charge pour ramener la prévalence du TT en dessous du seuil d'élimination. En 2009-2010, avec l'aide de l'OMS et d'autres partenaires, un protocole de surveillance a été rédigé et mis en œuvre sur une durée de 4 ans. Suite à la publication en 2015 des directives de l'OMS sur la surveillance de prévalidation, en 2015-2016, le programme a mené une série d'enquêtes de surveillance de prévalidation basées sur la population dans les districts des 2 régions endémiques. Les résultats ont confirmé que les critères de l'OMS pour l'élimination du trachome comme que problème de santé publique (un TF < 5 % chez les enfants de 1 à 9 ans et un TT chez les adultes de 15 ans et plus de moins de 0,2 %) avaient été atteints dans tous les districts, à l'exception du district de Yendi. À la fin de 2016 et au début de 2017, une recherche intensive de cas et une campagne chirurgicale ont été menées dans le district de Yendi. Des recherches de cas ont été entreprises de maison en maison dans toutes les communautés de Yendi. En conséquence, il ne reste plus actuellement aucun cas inconnu dans le système de santé du district de Yendi. D'autres études, menées à

L'aide des informations fournies par le Système intégré de surveillance de la maladie et d'intervention et le Système de gestion des informations sanitaires dans des zones où l'on pensait que le trachome était absent, ont confirmé la non-endémicité du trachome dans ces régions. Il a donc été conclu que le Ghana avait rempli ses critères d'élimination du trachome comme problème de santé publique et il a donc déposé le dossier de validation à l'OMS début 2018.

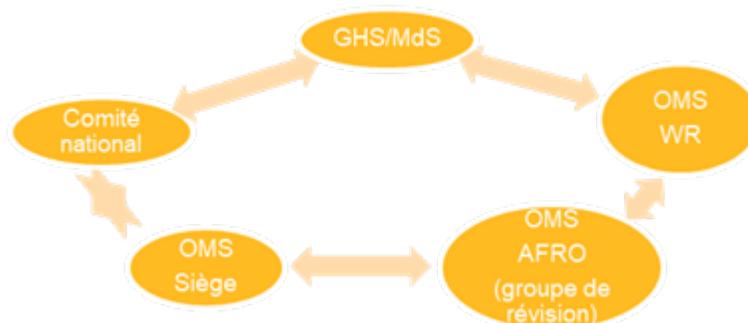
Les réussites dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE

- **Chirurgie** : Plus de 5 000 personnes atteintes de TT ont bénéficié de l'opération chirurgicale de la paupière qui leur a rendu la vue.
- **Antibiotiques** : Plus de 3,3 millions doses de Zithromax® offertes par Pfizer ont servi à soigner plus de 1,0 millions d'habitants.
- **Nettoyage du visage** : La promotion de l'hygiène, grâce à des supports électroniques et imprimés et des sessions directement auprès des foyers et des communautés, ainsi que des activités d'éducation sanitaire à l'école, ont été menées.
- **Amélioration de l'environnement** : Plus de 5 354 points d'eau potable ont été mis à disposition et environ 14 000 latrines domestiques ont été fournies.

Constitution du dossier

Le Service sanitaire du Ghana a institué et mandaté un comité au niveau national pour superviser le travail de constitution et de dépôt du dossier. Les rôles et les responsabilités ont été attribués à divers membres du comité. Les membres ont aidé à réunir des données et à déceler les manques. Un plan d'action et un budget ont été élaborés. Les membres du comité, en collaboration avec 2 consultants, ont donc assemblé des informations et des données, ont partagé des avant-projets, entre eux et avec les principaux partenaires, pour les examiner et avoir des avis. Puis le dossier a été déposé au bureau national de l'OMS au Ghana. Le bureau régional de l'OMS pour le groupe de révision du dossier Afrique qui a examiné le dossier ghanéen a réclamé d'autres précisions et explications. Celles-ci ont été apportées, et le dossier définitif a alors été soumis à nouveau et accepté. Au moment où nous rédigeons ce résumé, l'OMS a annoncé la validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique au Ghana.

Le schéma ci-dessous montre comment se déroulent les étapes du dépôt du dossier et de sa validation :



Problèmes qui se posent lors de la préparation du dossier et *solutions proposées*

1. Il a été difficile de retrouver certaines données anciennes et il n'a pas été simple de retrouver des données qui étaient conservées depuis longtemps. Certaines personnes clés étaient parties et certains vieux ordinateurs portables contenant des données étaient en panne.

Il est très important de se mettre à la préparation du dossier dès que le programme dispose de données, et le tableur Excel doit être rempli dès qu'il y a des données. Il peut arriver qu'il y ait des lacunes qui prendront peut-être plus de temps à combler, et les programmes nationaux doivent réclamer des orientations techniques lorsqu'ils en ont besoin. L'OMS est disposée à donner des instructions et de l'aide à cet égard. Les programmes qui disposent de données du PCGT et de données tropicales doivent les utiliser. Le Programme national doit s'assurer que les données sont bien dans la base de données nationale et avoir plusieurs endroits pour les conserver.

2. La délimitation des zones non endémiques pourrait être un problème si on n'y réfléchit pas et si on n'y remédie pas de bonne heure.

C'est un aspect sur lequel il faut travailler tout au début du programme. Il est possible qu'il faille disposer d'un budget pour obtenir des données et des informations supplémentaires et combler des lacunes dans les données.

3. Cela demande beaucoup de sens de l'initiative et de motivation.

On doit bien comprendre qu'il faut quelqu'un pour piloter cette tâche, et que c'est au MdS d'occuper la place du pilote. Mais le MdS pourra demander à un ou plusieurs partenaires d'apporter une aide selon les besoins. Des appels et des réunions de vérification sont essentiels pour conserver la dynamique.

4. Les programmes ont l'obligation de prévoir une séance sur la surveillance post-validation. Un budget est éventuellement à prévoir pour ces activités.

Les programmes ont besoin d'orientations et de conseils clairs de l'OMS. Le MdS/GHS doit tenir une ligne budgétaire pour parer à toute éventualité. Au besoin, il faudra peut-être que les partenaires apportent leur appui.

5. Certaines activités non prévues nécessitent un budget et des fonds.

Préparer le dossier de bonne heure aidera les programmes nationaux à planifier et budgétiser les activités qui seront nécessaires pendant la phase de surveillance ainsi que pendant la phase de post-validation.

Les partenaires du Programme national de Lutte contre le Trachome au Ghana

Intervention chirurgicale et distribution d'antibiotiques :

Ministère de la Santé/des Services médicaux du Ghana ; CBM ; Initiative internationale sur le Trachome/Pfizer Inc ; Sightsavers; Operation Eye Sight Universal ; RTI/USAID; Croix Rouge suisse ; Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; et d'autres

Nettoyage du visage et amélioration de l'environnement:

Community Water & Sanitation Agency (CWSA, Agence communautaire pour l'eau et l'assainissement) ; Environmental Health Division of the District Assemblies, Ministry of Local Government, Rural Development and Environment (MLGRD&E, Division sanitaire et environnementale des assemblées de districts, Ministère du Gouvernement local, du Développement rural et de l'Environnement); Ministère de l'Éducation/GES/SHEP ; Ministère des affaires relatives aux femmes et aux enfants ; World Vision, Ghana ; WaterAid Ghana ; Le Centre Carter ; l'UNICEF ; et d'autres

Le coût du trachome : enquêtes d'impact et enquêtes de surveillance du trachome

Présenté par M. Randall Slaven, Directeur adjoint principal du développement, Le Centre Carter

Les EIT et les enquêtes de surveillance du trachome (EST) renseignent les responsables du programme sur l'impact de la stratégie CHANCE (CHirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et amélioration de l'Environnement) et le fardeau de la maladie actuellement, et apportent une composante essentielle de la base de données d'études nécessaires à la validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique. Les EIT/EST comprises dans cette analyse sont des enquêtes aléatoires par grappes multiples qui offrent des estimations basées sur la population destinées à la planification du programme. Cette étude a mené une analyse du coût de 8 tournées d'EIT/EST qui ont eu lieu à Amhara, en Éthiopie, de 2013 à 2016, et qui portaient sur 232 365 personnes examinées, représentant plus de 1 828 grappes, dans 187 districts.

Les données sur les coûts ont été recueillies rétrospectivement à partir des registres comptables et des dossiers d'achat du bailleur de fonds, Le Centre Carter, et codées par activité (par ex. formation et travail de terrain) et par catégorie de saisie (par ex. personnel, transports, fournitures, location de salle, etc.). Les estimations de temps passé du personnel ont été obtenues auprès du Centre Carter en Éthiopie. Les données ont été analysées par activité, catégorie de saisie et lieu (Amhara est ou ouest). Le coût total moyen par grappe étudiée s'est élevé à 752 USD (écart type 101 USD). Les principaux postes de dépenses ont été le personnel (39,6 %) et les transports (49,2 %), et celles-ci ont augmenté lors des trois dernières tournées d'EIT/EST.

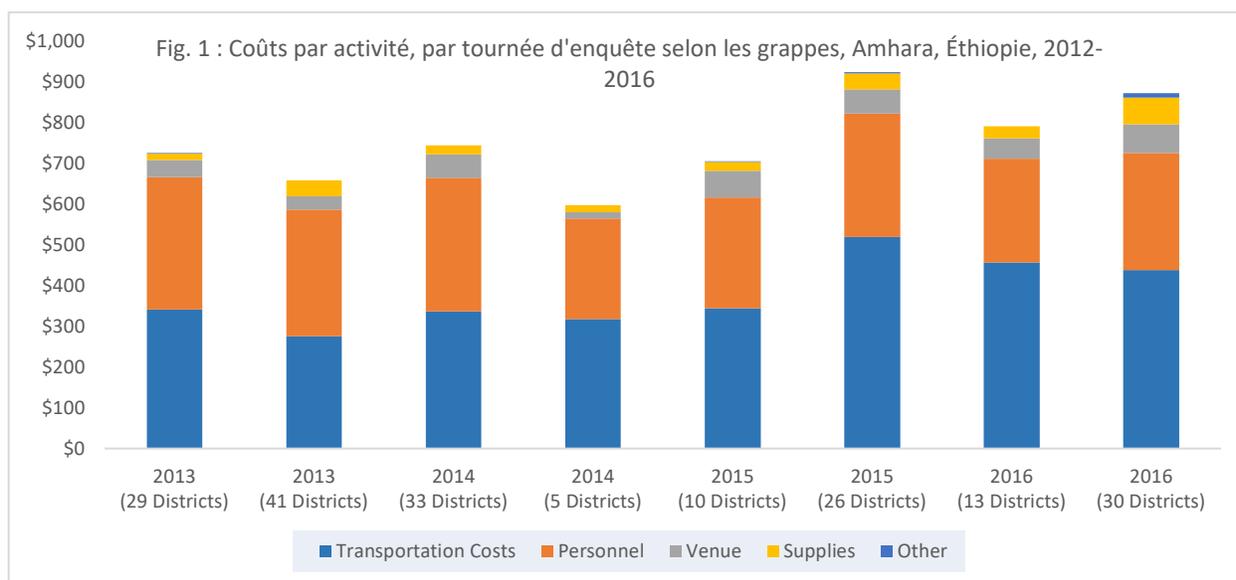
		Activités	
		Training	Field Work
Input Categories	Personnel	Personnel	
	Transportation	Transportation	
	Supplies	Supplies	
	Venue Rental	Other	

Tableau 1 : Actions/catégories de saisies des EIT/EST

Malgré leur coût considérable, les EIT/EST apportent aux responsables du programme les informations dont ils ont besoin. Il n'y a que très peu de possibilités pour réduire le coût des EIT/EST. Les enquêtes doivent être conçues dans un souci de faisabilité, car le besoin de précision est contrebalancé par les moyens financiers et les ressources humaines nécessaires pour mener à bien les volets de préservation de la vue de la stratégie CHANCE. Les responsables de programme peuvent utiliser les résultats d'enquête pour améliorer les estimations du coût total d'une enquête et ses composantes afin de s'assurer que d'amples moyens soient budgétisés en conséquence.

Coût total moyen par grappe	
Les 8 tournées d'EIT (Janv. 2013 - nov. 2016)	\$752 [ET = \$101 ; médiane = \$735 ; EI = \$670 - \$852]
Les 5 premières tournées d'EIT (Janv. 2013 - nov. 2015)	\$686 [ET = \$52 ; médiane = \$705 ; EI = \$628 - \$735] *
Les 3 dernières tournées d'EIT (Oct. 2015 - nov. 2016)	\$863 [ET = \$54 ; médiane = \$872 ; EI = \$792 - \$925] *

Coût moyen des activités par grappe	
Formation	\$103 [ET = \$26 ; médiane = \$108 ; IQR = \$77 - \$123]
Travail de terrain	\$650 [ET = \$92 ; médiane = \$623 ; IQR = \$575 - \$736]



Déterminer les caractéristiques et les perceptions des patients présentant un trichiasis postopératoire dans la zone de Hadiya

Présenté par Dr. Emily Gower, professeur adjoint, faculté d'épidémiologie, Gillings School of Global Public Health de l'UNC

Historique

L'OMS s'est donné pour objectif d'éliminer le trachome cécitant comme problème de santé publique d'ici à l'an 2020. L'un des défis à relever face à cette ambition est le taux élevé de trichiasis postopératoire (TTP), présent dans certains contextes. Les directives actuelles de l'OMS préconisent que les patients souffrant de TTP soient traités par les spécialistes les plus compétents qui existent en ophtalmologie ; toutefois, on ne sait pas vraiment qui doit prendre en charge les cas de TTP et de quelle façon. On estime que des suites opératoires non satisfaisantes ont des conséquences sur l'adoption future de la chirurgie et qu'une nouvelle opération risque de moins bien réussir en moyenne que la 1^{ère}. Il existe peu d'informations systématiques sur les caractéristiques particulières des paupières affectées par une TTP et concernant les perceptions des patients sur leur précédente opération du trichiasis et comment ils souhaitent que leur TTP soit pris en charge.

Notre groupe travaille à une étude ininterrompue pour : 1) caractériser les paupières atteintes de TTP pour déterminer les bonnes pratiques pour la prise en charge du TTP, 2) décrire les perceptions qu'ont les patients TTP de leur précédente chirurgie du trichiasis et comment ils aimeraient voir leur TTP pris en charge et 3) réaliser une bibliothèque d'images sur le TTP qui servirait de ressource documentaire pour établir des directives pour la prise en charge du TTP. L'identification de patients souffrant de TTP se déroule dans le cadre d'un programme de dépistage du trichiasis au niveau des communautés, mené dans la zone de Hadiya et le *woreda* propre à la zone de Yem de la région éthiopienne du NNPS. Nous envisageons de repérer jusqu'à 400 adultes souffrant de trichiasis postopératoire. Après avoir donné leur consentement, les individus remplissent un questionnaire structuré et passent un examen ophtalmologique. Le questionnaire recueille des informations sur les antécédents chirurgicaux, le ressenti à propos de l'opération précédente et de ses résultats et l'avis du participant sur la façon dont il souhaite à présent que son trichiasis soit pris en charge. L'examen ophtalmologique porte en particulier sur la sévérité actuelle du trichiasis, les signes confirmant la pratique d'une opération chirurgicale antérieure et les anomalies du contour de la paupière. Des images de chaque paupière atteinte de TTP sont prises avec une caméra de smartphone à haute résolution. Nous allons également mener des débats de groupe avec un échantillon de participants par parler des perceptions qu'ils ont des opérations du TT précédentes et de leurs préférences en matière de prise en charge par la suite.

Nous sommes en train de recruter des participants et de recueillir des données. Sur les 184 participants initiaux à l'étude, 82,5 % sont des femmes et 71,8 % ont entre 40 et 60 ans. Pour la majorité des participants, l'opération chirurgicale la plus récente a eu lieu il y a plus de 3 ans avant qu'ils ne participent à l'étude actuelle. La principale raison invoquée pour pratiquer la précédente opération du trichiasis était la douleur. La plupart des participants ont indiqué que la vision et la douleur s'étaient améliorées suite à leur 1^{ère} opération mais qu'il subsistait une douleur. La majorité des participants (77 %) veulent avoir une nouvelle opération chirurgicale pour prendre en charge leur TTP actuel. Ces données sont préliminaires et seront révisées lors de la réunion de l'an prochain. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence parce que l'étude n'a inclus que des participants qui cherchaient un dépistage ou des soins. Les futures étapes de cette étude consisteront à recruter d'autres patients, à mener les groupes de discussion et à examiner les clichés des paupières.

Essai randomisé contrôlé par placebo sur la doxycycline pour améliorer les effets cliniques de la chirurgie du trichiasis et études en cours

Présenté par Dr. Esmael Habtamu Ali, Coordinateur d'étude, La London School of Hygiene & Tropical Medicine

La doxycycline par voie orale après l'opération pour le trichiasis trachomateux en Éthiopie : essai randomisé en double aveugle contrôlé par placebo

Contexte de l'étude

Le trichiasis trachomateux (TT) est traité par chirurgie pour empêcher la perte de la vue. Des suites opératoires défavorables sont un problème important pour les programmes de lutte contre le trachome. D'après les données, elles surviennent chez un tiers des cas et comprennent le trichiasis postopératoire (~ 20 %), des anomalies du contour de la paupière (ECA, ~ 10 %) et des granulomes conjonctifs (~ 5 %).¹⁻⁵ D'après l'activité chirurgicale actuelle, plus de 54 000 cas de TT opérés développent un trichiasis postopératoire chaque année. ⁶ Une inflammation conjonctive et une cicatrisation contractile, produites par des métalloprotéinases matricielles (MPM) et une activité inflammatoire due aux cytokines au cours de la cicatrisation à ses débuts, peuvent entraîner un trichiasis postopératoire et d'autres suites défavorables. Pour réduire le TT postopératoire dû à la cicatrisation contractile, il peut être bénéfique d'inhiber les MPM et l'activité inflammatoire due aux cytokines. La doxycycline est un antibiotique courant à large spectre à base de tétracycline, efficace contre les *Ct*, et qui a des propriétés anti-inflammatoires et anti-MPM.⁷ Face à la difficulté que représentent les suites opératoires défavorables d'une opération du TT, et au vu des propriétés anti-MPM et anti-inflammatoires de la doxycycline, nous avons formé l'hypothèse que la doxycycline pouvait améliorer l'issue clinique.

But

Déterminer si la doxycycline par voie orale est capable de réduire le trichiasis postopératoire et l'anomalie du contour de la paupière suite à la chirurgie du TT.

Méthodes

Une étude double masquée à répartition aléatoire individuelle contrôlée par placebo a été menée en Éthiopie. Les participants souffraient de TT avec une paupière supérieure non opérée présentant une cicatrice de la conjonctive, avec au moins un cil touchant l'œil, ou des signes d'épilation. Les participants ont été répartis aléatoirement pour recevoir soit de la doxycycline à raison de 100 mg/jour pendant 28 jours soit le placebo, dans un rapport de 1:1, stratifié par chirurgien, immédiatement après avoir reçu une chirurgie du trichiasis conforme aux directives de l'OMS. Les séquences de randomisation ont été générées par ordinateur par un statisticien indépendant pour chaque chirurgien et placées dans des enveloppes scellées et opaques. Les participants ont été examinés à 10 jours et à 1, 6, et 12 mois après l'opération par des assesseurs qui ignoraient l'attribution des médicaments. Le critère principal était la proportion cumulée de personnes ayant développé un trichiasis postopératoire au bout de 12 mois. Les analyses principales étaient en intention de traiter modifiée. L'effet de l'intervention a été estimé par un modèle de régression logistique, contrôlé en fonction du chirurgien et de la sévérité du trichiasis préopératoire.

Résultats

Présentés oralement lors de la réunion de bilan.

Références

1. Rajak SN, Collin JR, Burton MJ. Trichomatous trichiasis and its management in endemic countries. *Survey of ophthalmology* 2012; **57**(2): 105-35.
2. Burton MJ, Habtamu E, Ho D, Gower EW. Interventions for trachoma trichiasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (11): CD004008.
3. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, et al. Posterior lamellar versus bilamellar tarsal rotation surgery for trichomatous trichiasis in Ethiopia: a randomised controlled trial. *The Lancet Global Health* 2016; **4**(3): e175-e84.
4. West SK, West ES, Alemayehu W, et al. Single-dose azithromycin prevents trichiasis recurrence following surgery: Randomized trial in ethiopia. *Archives of Ophthalmology* 2006; **124**(3): 309-14.
5. Gower EW, West SK, Harding JC, et al. Trichomatous trichiasis clamp vs standard bilamellar tarsal rotation instrumentation for trichiasis surgery: results of a randomized clinical trial. *JAMA ophthalmology* 2013; **131**(3): 294-301.
6. World Health Organization Department of Control of Neglected Tropical Diseases. WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma by 2020: progress report on elimination of trachoma, 2014-2016. *Wkly Epidemiol Rec* 2017; **92**(26): 359-68.
7. Golub LM, Lee HM, Ryan ME, Giannobile WV, Payne J, Sorsa T. Tetracyclines inhibit connective tissue breakdown by multiple non-antimicrobial mechanisms. *Advances in dental research* 1998; **12**(2): 12-26.

Études en cours : projets en collaboration entre Le Centre Carter, le Bureau régional de la Santé d'Amhara, La London School of Hygiene and Tropical Medicine

Historique

Le Centre Carter et le Bureau régional de la Santé d'Amhara, en collaboration avec La London School of Hygiene and Tropical Medicine, avaient prévu de mener les trois études observationnelles suivantes en 2018, qui bénéficient d'une subvention accordée par le DFID par l'intermédiaire du NTD Support Center (Centre de soutien pour les MTN), un programme du Groupe de travail pour la Santé dans le monde.

Les résultats de ces études devraient avoir des implications considérables sur l'identification et la prise en charge des cas de trichiasis et viendront alimenter directement les politiques afin de les guider et d'aider les planificateurs du programme et les bailleurs de fonds à trouver des ressources pour mener des interventions rapides dans la lutte contre le trachome.

1) Analyses de terrain pour tester l'utilisation de photos 3D du trichiasis trachomateux afin de former des agents de gradation sur le terrain

Description du projet

Le trachome reste la principale cause infectieuse de cécité dans le monde. Selon les projections, le TT continuera à être une cause majeure de cécité, même si le trachome actif est éliminé. Aussi, la détection de ces personnes et leur traitement par chirurgie est un principe fondamental dans la lutte contre le trachome. Cependant, comme le nombre de cas de TT diminue, il y aura peu de patients présentant un TT non opéré qui pourront être appelés à apporter leur aide dans la formation et l'évaluation d'« agents de gradation du trachome », ce qui nécessitera d'autres méthodes de formation.

Un essai récent, comparant 2 procédures alternatives de chirurgie du trichiasis, a eu recours à des clichés cliniques en 2 dimensions pour réagir à la présence de trichiasis après l'opération chirurgicale. ¹ Dans cet essai, le résultat photographique de la gradation concordait fortement avec la gradation sur le terrain. Cependant, le TT était légèrement « surreprésenté » sur ces clichés, par rapport à la gradation sur le terrain ; on a pensé que cela pouvait être dû à la nature bidimensionnelle des photos, qui peut donner l'impression que les cils sur le globe oculaire le touchent alors qu'en fait il existe un petit espace.

Les photos en 3 dimensions (3D) pourraient peut-être surmonter en partie cette limitation des images en 2D en offrant une perspective supplémentaire et en montrant si les cils qui sont proches de l'œil sont en contact avec lui. Nous avons mené récemment une étude dans la région d'Amhara en Éthiopie, comparant la gradation sur le terrain à la gradation réalisée avec des photos en 2D et 3D des mêmes yeux, dont certains atteints de TT, pour déterminer si cela peut être un outil intéressant dans la formation et l'évaluation des agents de gradation dans le cadre d'un programme de lutte contre le trachome. Nous en avons conclu que la gradation par des photos en 3D avait une sensibilité de 88 % et une spécificité de 60 %. Celle-ci s'est avérée en effet 33,0 % plus spécifique que la gradation par photos en 2D ($p = 0,0002$), suggérant que l'utilisation de photos standardisées en 3D du TT pouvait être un outil intéressant dans la formation et l'évaluation des agents de gradation pour identifier le TT.

Dans ce projet, nous avons proposé d'utiliser les photos en 3D pour former et évaluer une cohorte d'agents de gradation du trachome. Le but de cette étude est d'évaluer des images oculaires en 3D comme outil à double visée, la formation et les tests, pour les agents de gradation du trachome sur le terrain dans l'identification du TT.

Point sur les progrès accomplis

L'un des objectifs de ce projet est de former des candidats ISOI ou, ci-après, des agents de gradation du trichiasis (AGT) sur la manière d'identifier le TT à l'aide d'images 3D. Ainsi, 25 responsables sanitaires et personnels infirmiers cliniques sans formation ni expérience préalables sur l'identification des cas de TT ont été recrutés dans 17 districts de la zone de Gojam ouest, dans la région d'Amhara, et ont été inscrits à une formation de 4 jours sur l'identification des cas de TT au moyen d'images 3D préalablement recueillies à l'aide d'un appareil photo numérique Nikon D90 SLR muni d'une lentille Loreo 3D macro. La formation a été structurée d'après la formation des ISOI de la région d'Amhara et a été conçue pour comporter toutes les composantes de la formation des candidats ISOI, à l'exception de composantes sur l'identification des cas de trichiasis sur des sujets vivants, et des interventions chirurgicales.

L'évaluation de l'accord d'intergradation (AIG) a été menée sur une série de photographies 3D de 50 yeux, avec et sans trichiasis, imprimées au format A4, et remises aux stagiaires. On a demandé aux stagiaires d'attribuer un grade à la présence ou à l'absence de trichiasis puis, en cas de trichiasis, de compter le nombre de cils touchant l'œil, d'après 2 photos en 3D de base et d'œil regardant vers le haut.

Après l'évaluation d'AIG, on a demandé aux agents de gradation de remplir un formulaire d'évaluation de la formation sur les images 3D. Les questions de ce formulaire portaient sur la facilité d'utilisation de lunettes 3D, la comparaison entre les images 2D et 3D, les futures applications des formations d'agents de gradation 3D et toutes les suggestions d'amélioration.

À l'issue de leur formation, les agents de gradation du trichiasis ont été amenés sur le terrain pour procéder à la gradation de 50 cas de personnes vivantes, avec un mélange de cas de trichiasis et de cas autres que le

trichiasis, à l'aide de loupes grossissant 2,5 fois et d'une torche. On a demandé aux agents de gradation du trichiasis de noter la présence et l'absence de trichiasis et de compter le nombre de cils touchant l'œil, s'il y en avait pour un œil sélectionné.

De même, une fois la gradation des cas vivants terminée, 27 ISOI expérimentés, recrutés dans 17 districts de la zone de Gojam ouest, dans la région d'Amhara, ont été appelés pour procéder à la gradation de la même série de 50 cas vivants. Le but étant, essentiellement, de comparer le taux de réussite dans la gradation du trichiasis des agents de gradation formés à utiliser la photo 3D au taux de réussite des ISOI expérimentés sur la même série de patients.

Les données de cette étude sont en cours d'analyse.

2) Issue clinique à long terme des 2 procédures chirurgicales les plus couramment utilisées pour traiter le trichiasis trachomateux (TT) : le RLPT comparé au RBLT

Description du projet

Il n'existe actuellement pas de données sur l'issue clinique à long terme des 2 procédures chirurgicales les plus couramment utilisées pour traiter le trichiasis trachomateux : la rotation lamellaire postérieure du tarse (RLPT), et la rotation bilamellaire du tarse (RBLT). Il y a 4 ans, un millier de personnes atteintes de trichiasis trachomateux à la paupière supérieure ont été recrutées dans un essai et ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale soit au moyen d'une opération par RBLT ou RLPT ; tandis que 200 autres personnes témoins non atteintes de trichiasis, appariées à un cas de trichiasis tous les 5^{èmes} cas (recrutés dans l'essai) ont été recrutées pour une étude d'impact.¹⁻³ La comparaison des 2 procédures chirurgicales pour connaître leur issue clinique à long terme, suscite actuellement un fort intérêt dans la communauté scientifique internationale. C'est pourquoi les participants de l'essai ci-dessus seront suivis et réexaminés 4 ans après leur recrutement pour déterminer si les résultats des procédures par RBLT et RLPT sont différents 4 ans après l'opération, et donnent des résultats différents de ce qui avait été constaté au bout de la 1^{ère} année. De plus, il n'y a pas de données sur l'impact du trichiasis postopératoire sur la santé mentale. Nous prévoyons de mesurer cela à l'aide d'outils quantitatifs classiques.

Le critère principal est le taux de TTP à 4 ans, tandis que les critères secondaires sont le taux et la régression d'anomalies du contour de la paupière, les facteurs de risque de TTP, le changement d'opacité cornéenne et la vision et l'impact du TT postopératoire sur la santé mentale. Le statut par rapport à la santé mentale des cas de trichiasis sera déterminé à l'aide de 2 outils d'évaluation sur la santé mentale (questionnaire de santé auprès des patients - 9 (PHQ - 9), et questionnaire d'autodéclaration (QAA-20)).

Point sur les progrès accomplis

Le suivi de 4^{ème} année pour les sujets d'étude a débuté le 1er février 2018. Les activités de suivi ont consisté à recueillir un consentement éclairé, des détails démographiques, des données de santé mentale à l'aide des questionnaires habituels QAA-20 et PHQ-9, des données d'acuité visuelle, des photos oculaires et des données cliniques sur le trichiasis postopératoire et l'anomalie du contour de la paupière. De plus, les témoins appariés à chaque 5^{ème} participant à l'essai qui avaient été recrutés 4 ans plus tôt dans l'étude d'impact ont été rencontrés chez eux et interrogés au moyen d'outils de mesure de la santé mentale. En février, 327 participants à des essais et 41 témoins appariés ont été trouvés et suivis. Il est prévu que ce projet soit achevé d'ici à décembre 2018.

3) Étude observationnelle de cohorte des cils après épilation chez des cas de trichiasis non opérés et postopératoire en Éthiopie

Description du projet

Malgré l'aval de l'OMS pour recourir à l'épilation⁴, l'arrachage réitéré des cils comme traitement alternatif pour la prise en charge du trichiasis non opéré et du trichiasis mineur postopératoire, certains programmes de lutte contre le trachome se sont montrés hésitants à la mettre en œuvre, invoquant par exemple comme raisons que des cils qui repoussent après l'épilation risquent d'être plus « raides » et nocifs pour la cornée que les cils trichiatiques d'origine, et que l'épilation risquait d'encourager la repousse d'un nombre plus important de cils trichiatiques. De plus, certains pensent qu'offrir une épilation en traitement de seconde ligne par rapport à la chirurgie pourrait nuire à l'acceptation de l'intervention, car les personnes pourraient avoir tendance à choisir une épilation, moins invasive et douloureuse que la chirurgie. Cependant, il n'y a aucune preuve qui vienne confirmer ou infirmer ces hypothèses. De plus, le rôle de l'épilation dans le traitement des cas de trichiasis postopératoire mineur et l'impact de l'épilation sur la qualité de vie (QoL) n'ont jamais été étudiés auparavant. Le besoin de recourir à l'épilation comme stratégie thérapeutique alternative de la chirurgie pour le trichiasis augmente en rapport avec la baisse anticipée des cas restants de trichiasis trachomateux majeur ; et avec l'augmentation du nombre de cas restants de cas de TT postopératoire, conséquence d'un très grand nombre d'opérations.

Il n'existe pas de stratégie claire sur la façon de prendre en charge les cas présentant peu de cils postopératoires qui ne devraient pas avoir besoin d'être pris en charge par la chirurgie ou qui sont susceptibles de faire baisser les réopérations. La pratique courante consiste à répéter la même opération qui n'a pas réussi à corriger totalement le TT la 1^{ère} fois. Il existe des données qui montrent que la répétition de la même opération chirurgicale entraîne plus de suites défavorables que la 1^{ère}.⁴ Le TT postopératoire a tendance à être bénin ; de sorte qu'il peut probablement être réglé sans risque par une épilation.

Le but de cette étude de cohorte observationnelle prospective est d'enquêter d'une part sur la nature (en qualité et en quantité) des cils après épilation et sur leur signification visuelle ; et d'autre part sur le rôle de l'épilation dans le traitement des cas présentant peu de cils trichiatiques postopératoires. Environ 1) 170 personnes présentant un trichiasis non opéré (< 6 touchant l'œil) ayant refusé la chirurgie et pratiquant couramment l'épilation et 2) 170 personnes présentant des cils de trichiasis postopératoire mineur seront recrutées. Elles seront examinées tous les mois pendant 6 mois. La qualité et la quantité des cils après épilation seront notées et les cils seront photographiés à chaque date de suivi. Des données sur la QoL seront recueillies. Selon nos prévisions, le résultat de cette étude devrait apporter une réponse concrète aux incertitudes soulevées par les responsables du programme et les membres des communautés.

Point sur les progrès accomplis

Le recrutement de participants pour cette étude a été effectué en 1 mois, entre le 7 février et le 5 mars 2018. Le suivi de ces participants à l'étude, d'une durée d'un mois, a commencé le 12 mars 2018. Ce projet devrait en principe être achevé en décembre 2018.

Références

1. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, et al. Posterior lamellar versus bilamellar tarsal rotation surgery for trichomatous trichiasis in Ethiopia: a randomised controlled trial. *The Lancet Global Health* 2016; **4**(3): e175-e84.
2. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, et al. The Impact of Trichomatous Trichiasis on Quality of Life: A Case Control Study. *PLoS Negl Trop Dis* 2015; **9**(11): e0004254.
3. Habtamu E, Wondie T, Aweke S, et al. Impact of Trichiasis Surgery on Quality of Life: A Longitudinal Study in Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis* 2016; **10**(4): e0004627.
4. World Health Organization Alliance for the Global Elimination of Trachoma by 2020. Second Global Scientific Meeting on Trichomatous Trichiasis. Cape Town, South Africa, 4-6 November 2015.

Point sur le groupe de travail WASH

Présenté par Mme Angelia Sanders, Directrice associée, Programme de Lutte contre le Trachome, Le Centre Carter - pour le compte du groupe de travail WASH

Le Neglected Tropical Disease NGDO Network (NON, réseau pour les maladies tropicales négligées pour les ONGD) a été créé en octobre 2009 afin de mettre en place un forum mondial pour les ONGD qui travaillent à lutter contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les helminthes transmis par le sol, la lèpre et la podoconiose. Le NON est régi par un comité exécutif composé de représentants de divers groupes d'ONGD travaillant sur une maladie précise et des groupes transversaux qui permettent au réseau de remplir ses objectifs. L'adhésion est accessible à toute ONGD ou institution académique engagée dans les MTN. Le CILCT a été créé indépendamment du NON mais il joue le rôle de représentant de la communauté des ONGD travaillant sur le trachome au sein du NON. Les groupes transversaux s'occupent des problèmes communs rencontrés par la communauté des MTN. Le groupe de travail WASH est l'un de ces groupes de travail transversaux. Le groupe de travail WASH est actuellement divisé en 3 équipes dévolues aux tâches suivantes : 1) les communications, 2) les indicateurs communs et 3) la boîte à outils WASH/MTN.

La 1^{ère} équipe est actuellement en train de réunir des ressources WASH/MTN dans une optique de diffusion plus large, y compris les traductions des documents en français lorsque cela est nécessaire. Elle s'est attelée à la création d'un document d'une page sur les réalisations et les projets du groupe de travail WASH et continue à recueillir des études de cas auprès des pays et des ONG sur le travail réalisé, qui porte sur WASH et les MTN. Il est important pour les partenaires et les ministères de garder des dossiers sur leur travail et de partager les enseignements tirés. Les études de cas peuvent être envoyées à bruck@nalafoundation.org.

La 2^{ème} équipe a planché sur une série d'indicateurs convenus qui peut servir aux secteurs WASH et MTN à simplifier l'établissement des rapports ainsi que le suivi et l'évaluation. Une consultation Delphi a eu lieu d'avril 2015 à juin 2016. Les experts participants de WASH et des MTN ont représenté divers groupes d'intérêts, notamment du personnel de terrain pour les MTN et WASH, ainsi que des acteurs gouvernementaux de pays endémiques, des agences bilatérales et multilatérales, des organisations de développement non gouvernementales ainsi que des institutions académiques. Il en est ressorti 7 grands indicateurs mesurables jugés comme devant être inclus en priorité dans la surveillance conjointe du secteur des MTN. Cette équipe travaille actuellement à revoir les indicateurs WASH et MTN spécifiques aux maladies et a engagé les experts correspondants pour chaque maladie.

La 3^{ème} équipe est en train de créer une boîte à outils de planification pour WASH et les MTN, qui sera publiée comme ressource de l'OMS destinée en priorité aux responsables du programme sur les MTN désireux de développer des partenariats trans-sectoriels pour la lutte contre le trachome et son élimination. Cette boîte à outils offrira une justification claire à la collaboration entre secteurs. Elle s'appuie sur la feuille de route pour les MTN et la stratégie WASH/MTN, la boîte à outils N et E, l'expérience des programmes financés et le cadre d'action BEST framework (Behavior, Environment, Social inclusion, Treatment and care : comportement, environnement, inclusion social, traitement et soins). Son objectif est d'aider les parties prenantes qui travaillent à lutter contre les MTN, grâce à une approche globale et intersectorielle, à :

- Etablir des partenariats multisectoriels avec des parties prenantes clés : des ministères, des agences WASH nationales et locales, des grandes entreprises, des groupes locaux chargés de la santé, des experts des changements de comportements et de la communication, etc.

- Façonner des structures intelligentes de programmes centrées sur la responsabilité et les objectifs communs
- Bâtir une approche adaptative et flexible de la programmation
- Assurer la pérennité en développant des moyens locaux à tous les niveaux
- Soutenir et compléter les interventions cliniques et de santé publique pour la lutte contre les MTN.

La boîte à outils contiendra un texte explicatif général et plus de 20 outils. Le projet est quasiment finalisé et ses supports vont être testés à travers des programmes existants avant publication (sous forme de ressource papier et interactive en ligne) à la fin de 2018.

Point sur les nouvelles versions de WASH à Amhara

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

Grandes lignes de la conception expérimentale. L'essai WUHA (WASH Upgrades for Health in Amhara) est un essai randomisé par grappes conçu pour déterminer l'efficacité d'un ensemble complet de mesures WASH pour l'infection oculaire à Chlamydia. WUHA est l'un des 2 essais qui compose l'étude SWIFT (Sanitation, Water, and Instruction in Face-Washing for Trachoma (assainissement, eau et instructions pour le nettoyage du visage), réalisée avec le concours financier du National Eye Institute (numéro de subvention U10EY023939, PI Keenan). Quarante communautés WUHA, qui avaient bénéficié de 8 tournées de distributions massives d'azithromycine avant le début de l'étude, ont été réparties aléatoirement, dans un rapport de 1:1, dans le bras WASH ou dans le bras témoin. L'ensemble des mesures WASH comprend un point d'eau communautaire, des agents de promotion de l'hygiène, des postes de toilette domestiques, des livres éducatifs WASH destinés aux foyers, une distribution de savon pour les foyers et un programme d'enseignement sur l'hygiène destiné aux écoles primaires. Des visites de suivi annuel ont lieu dans chaque communauté, la dernière visite d'étude à 3 ans étant prévue pour février 2019. Le critère principal est une infection oculaire à Chlamydia chez des enfants de 0 à 5 ans, aux mois 12, 24 et 36. Un critère secondaire est le degré d'infection au Chlamydia oculaire chez les enfants atteints, déterminé aux mêmes dates. Notre but est de déterminer l'efficacité des mesures non-antibiotiques dans la lutte contre le trachome, et nous posons comme hypothèse que la prévalence de l'infection oculaire à Chlamydia sera plus faible dans les grappes randomisées pour recevoir l'ensemble des mesures WASH que dans celles qui n'en bénéficient pas.

Zone concernée par l'étude. WUHA est mené dans 3 *woredas* de la zone de Wag Hemra d'Amhara, en Éthiopie : Gazgibella, Sekota, et Sekota Town.

Unités d'échantillonnage. Le district où est située l'école primaire est l'unité de randomisation pour cet essai. Nous avons choisi ce district parce que chez les enfants d'âge scolaire en Éthiopie, le fardeau du trachome est considérable et, de ce fait, des unités plus petites qu'une école pourraient être sujettes à une contamination. Nous avons également souhaité incorporer une promotion de l'hygiène à l'école dans l'intervention, ce qui nécessite une unité de randomisation qui ait au moins la taille d'un district scolaire. Dans chaque district scolaire, des collaborateurs du CRS (Catholic Relief Services, services du Secours catholique) ont identifié, au moyen d'une étude géohydrologique au printemps 2015, le meilleur endroit pour la création d'un point d'eau, et la grappe de foyers situés dans un rayon de 1,5 km autour de ce point potentiel a été désignée pour recevoir l'ensemble complet d'interventions WASH, ainsi que des visites annuelles de suivi du trachome. Nous appelons les foyers situés dans ce rayon de 1,5 km une *grappe d'étude*.

Recensement. Nous avons procédé à un recensement en faisant du porte-à-porte en décembre 2015, environ 1 mois avant les examens médicaux de référence (tableau 1). Nous avons embauché du personnel sur place pour réaliser le recensement et nous avons procédé au recueil de toutes les données à l'aide d'une application mobile conçue à cet effet. Les agents de recensement ont noté le nom, le sexe et l'âge de chaque membre du

Tableau 1. Caractéristiques du recensement de référence, WUHA.

Caractéristique	Médiane (écart interquartile)	
	WASH N = 20	Témoin N = 20
Foyers	79 (54-119)	88 (68-133)
Individus		
0-5 ans	59 (41-80)	68 (51-84)
6-9 ans	44 (26-58)	52 (34-69)
≥ 10-5 ans	229 (150-282)	276 (210-407)

foyer, de l'école ou des écoles primaires fréquentées par chaque enfant, ainsi que les coordonnées GPS de la maison. Dans un tiers des foyers pris au hasard, les agents ont effectué une enquête pour déterminer, d'après les déclarations des sondés, le statut socio-économique, l'accès à l'eau et les comportements par rapport à l'hygiène, et ils ont également fait des observations sur les latrines et les postes de toilette domestiques. Les données ont été téléchargées sur un serveur sécurisé sur Salesforce, où elles ont été suivies sur des tableaux de bord personnalisables. Des réactualisations du recensement ont été réalisées chaque année depuis le recensement initial.

Randomisation. Nous avons affecté aléatoirement les communautés dans le bras WASH ou le bras témoin après les examens de référence afin de limiter la possibilité d'une évaluation différentielle des résultats à la visite de référence.

Distribution massive d'azithromycine pendant le WUHA I. La zone de WagHemra a bénéficié de 8 tournées annuelles de distributions massives d'azithromycine avant le début de l'essai, le traitement le plus récent étant intervenu 6 mois avant la visite de référence. Il n'a pas eu de distributions massives d'azithromycine prévues pendant WUHA I. La justification de cette décision dans la conception du dispositif expérimental était que des distributions massives d'azithromycine en parallèle auraient risqué de démultiplier les effets de WASH et de rendre impossible la détermination d'une différence entre les 2 bras de traitement.

Interventions WASH. Un ensemble complet de mesures WASH a été déployé pendant la 1^{ère} année de l'étude. Le Centre Carter d'Éthiopie était le principal partenaire de mise en œuvre. Les interventions ont été informées par des débats des groupes de discussion organisés dans la région de l'étude ainsi que dans des régions voisines. Un coordinateur de groupe sectoriel hygiène est chargé d'assurer la fidélité de l'intervention. Chaque élément de l'ensemble de mesures est détaillé ci-dessous :

EAU

- **Point d'eau communautaire.** Le CRS a mené une étude géohydrologique et coordonné la construction des points d'eau dans chacune des 20 communautés WASH avec l'aide de l'organisation non gouvernementale éthiopienne locale Water Action. Sur les 20 points d'eau, 13 étaient des aménagements de sources, 4 était des puits creusés à la main et 3 étaient des trous de forage peu profonds. Le coordinateur de l'étude du Centre Carter et les Services du Secours catholique ont travaillé avec des chefs de *kebele* pour mettre sur pied un comité de l'eau composé de 5 personnes pour chaque point d'eau, comprenant au moins 2 femmes. Ce comité a élaboré un plan de maintenance du point d'eau, comprenant un système de cotisations pour subventionner les réparations.
- **Poste de toilette par foyers** Pendant les débats initiaux du groupe de discussion menés avant l'étude, les membres des communautés ont fait remarquer que l'un des obstacles à la bonne hygiène du visage était l'absence de lavabo spécialement affecté à cet usage à proximité du foyer. Le poste de toilette idéal selon eux serait constitué d'un bidon équipé d'un robinet, comparable aux installations que l'on trouve dans des villes d'une certaine taille. Forts de cette information, nous avons fourni à tous les foyers des communautés concernées par l'intervention un bidon de ce type ainsi qu'un miroir. Il appartenait aux foyers de construire une base pour ce bidon, dans des matériaux disponibles sur place.

ASSAINISSEMENT

- **Promotion des latrines.** Les politiques actuelles des pouvoirs publics ne prévoient pas de fournir des matériaux de construction ou une aide directe à la construction de latrines, et donc les activités de l'étude sont limitées à présent à la promotion des latrines. Des personnels de l'étude, que l'on appelle des agents de promotion de l'hygiène (voir ci-dessous) sont chargés de promouvoir la construction de latrines et leur utilisation au moyen de visites en porte à porte.

HYGIÈNE

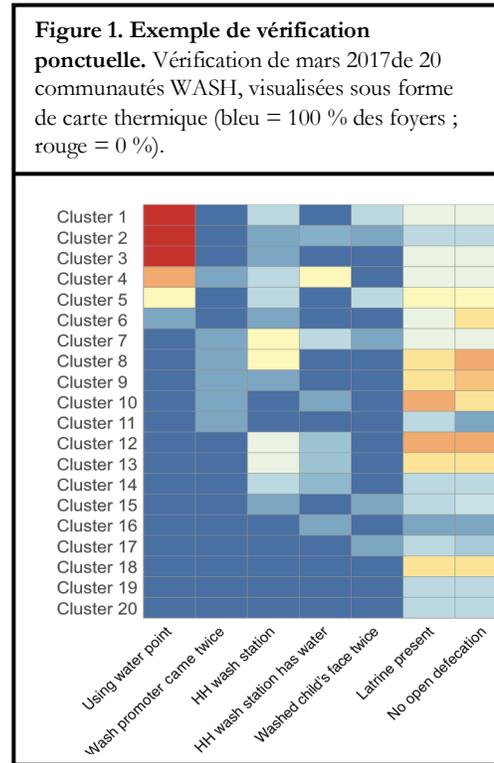
- **Comportements visés.** Même si l'ensemble de mesures WASH pourrait avoir un impact positif sur de nombreux effets cliniques (par ex. diarrhée, helminthes transmises par le sol, infections respiratoires), nous nous intéressons à 2 comportements susceptibles d'avoir le plus fort impact sur le trachome : 1) utiliser de l'eau et du savon pour nettoyer le visage d'un enfant deux fois par jour et 2) l'utilisation systématique de latrines pour la défécation. Nos messages (par ex. les heures du jour auxquelles on doit se débarbouiller, l'emploi de savon, la promotion de latrines à fosse simple, etc.) reposaient à la fois sur nos débats de groupes de discussion et les politiques menées par le gouvernement local.
- **Promotion de l'hygiène dans les communautés.**
 - **Livret WASH pour les foyers.** Pendant nos débats en groupes de discussion dans la région de l'étude, des agents de vulgarisation sanitaire désignés par le gouvernement local nous ont recommandé de réaliser quelque chose qui ressemblerait aux brochures de planning familial illustrés qu'il utilise. Le résultat a été un livre de 66 pages tout en couleur qui a servi de feuille de route à l'éducation à l'hygiène pour les agents de promotion de l'hygiène et les membres de l'Armée de développement de la santé. Le contenu était le fruit de plusieurs groupes de discussion menés avec des éducateurs, des responsables sanitaires et des responsables de l'eau locaux. Les illustrations sont l'œuvre d'artistes locaux. Ce livre a été traduit dans les 2 langues parlées dans la région où avait lieu l'étude. Chaque foyer composant les grappes d'intervention en a reçu un exemplaire, à conserver pour toute la durée de l'étude.
 - **Distribution de savon.** L'importance du savon s'est imposée dès le départ comme une évidence dans les groupes de discussion. Un fabricant de savon américain (SoapBox Soaps, Washington DC) a fait un don pour acheter 4 savonnets par foyer et par mois de savon produit sur place. Le savon est livré chaque mois aux grappes.
 - **Agents de promotion de l'hygiène (APH).** Douze personnes ont été embauchées comme agents de promotion de l'hygiène pour vivre dans les communautés de l'étude et mener leurs activités de porte à porte. Les APH se servent du livre sur WASH remis aux foyers dans le cadre de l'étude WUHA comme support d'enseignement interactif, dans le but d'aborder tous les sujets du livre avec chaque foyer pendant la durée de l'étude. Les APH utilisent également un formulaire-type pour faire des observations sur l'hygiène dans chaque foyer (par exemple, la présence et l'utilisation des latrines et du poste de toilette et la présence de visages sales), et utilisent les résultats pour diriger leurs activités. Les APH sont subordonnés aux responsables de l'hygiène de l'étude.
 - **Personnel hors étude.** Nous nous servons également de l'infrastructure communautaire actuelle, existant sous la forme d'agents de vulgarisation sanitaire désignés par le gouvernement, de membres de l'Armée de Développement de la Santé et de prêtres locaux pour contribuer aux améliorations en matière d'hygiène.

- **Promotion de l'hygiène à l'école :** Les écoles offrent un cadre commode pour la promotion et la diffusion de l'hygiène pour plusieurs raisons. Premièrement, la Chlamydia oculaire est transmise avant tout par les enfants. Deuxièmement, c'est pendant l'enfance que les comportements et les habitudes relatifs à l'hygiène sont mis en place. Troisièmement, lors des discussions de groupe, les parents ont vu dans les enfants des vecteurs potentiels de l'éducation à l'hygiène.
 - **Programmes d'enseignement.** Nous avons élaboré un programme d'enseignement pour le primaire en collaboration avec Le Centre Carter et le Département éthiopien de l'Éducation qui reposait sur une série d'entretiens avec les enseignants, les chefs d'établissement et les responsables sanitaires, menés par les principaux informateurs. Le programme se compose de 5 à 6 plans de cours par ans, convenant aux niveaux CP à CM1. L'élaboration du programme scolaire était fortement itérative : elle a exigé plusieurs séries d'avis de la part de toutes les parties prenantes ainsi que des tests pilotes approfondis dans notre région d'étude. Ce programme était conçu pour être interactif, avec l'élève au centre du dispositif, et bien s'intégrer avec les programmes scolaires existants. Une formation de 3 jours a eu lieu avant l'année scolaire à l'automne de 2016 et 2017. Les formations ont été interactives, et les enseignants faisaient les activités de chaque plan de cours.
 - **Clubs WASH.** Dans cette région de l'Éthiopie, les enfants doivent participer à au moins 1 activité extrascolaire et de nombreux établissements scolaires ont des clubs de santé ou d'hygiène. Pour l'étude WUHA, nous avons fourni des supports pédagogiques pour des activités WASH (chants, danses, pièces de théâtre, activités d'intérêt public) aux responsables de clubs WASH existants et nous avons collaboré avec les chefs d'établissement de toutes les écoles concernées par l'intervention pour vérifier que des clubs WASH avaient été créés lorsqu'ils n'existaient pas déjà.

Progrès de l'intervention. Les examens de référence ont eu lieu en février 2016. Nous sommes parvenus à construire un point d'eau fonctionnel dans 19 des 20 communautés au cours de la 1^{ère} année de l'étude. Le 20^{ème} site où se trouvait le point d'eau était inaccessible. Aussi, une nouvelle route a été construite ; ce dernier point d'eau a été achevé au 20^{ème} mois. Dix agents de promotion de l'hygiène ont commencé à travailler dans les communautés concernées par l'étude au 5^{ème} mois, chaque agent était chargé de 1 à 3 grappes. Les agents de promotion de l'hygiène ont été unanimement reconnus comme l'un des piliers de l'intervention WASH pendant les discussions de groupes en juin 2017 et pour cette raison, nous avons embauché dernièrement deux agents supplémentaires. Nous avons fourni des bidons et des miroirs à la totalité des 1 710 foyers dénombrés lors du 1^{er} recensement et 662 nouveaux foyers dénombrés lors du 2^{ème} recensement. La distribution de 4 savonnets par foyer a commencé pendant le 11^{ème} mois de l'étude ; nous avons distribué en moyenne 10 500 savonnets par mois depuis cette époque. Nous avons mis le programme d'éducation en place et fourni des supports pédagogiques à 20 établissements scolaires avant l'année scolaire 2016-17 et formé 166 éducateurs en juin 2016 et 216 éducateurs en septembre 2017. Nous avons travaillé à démarrer ou à renforcer des clubs WASH, qui existent maintenant dans 18 des établissements scolaires.

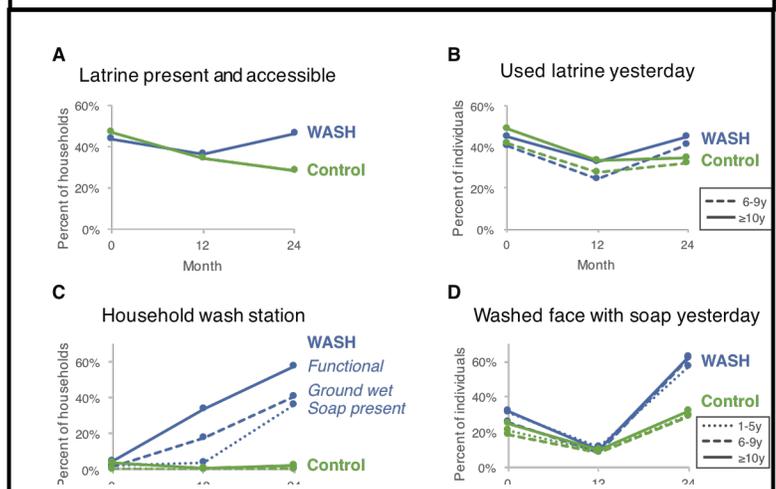
Indicateurs du processus WASH Nous avons imaginé plusieurs façons de suivre la fidélité de l'intervention.

- Des vérifications ponctuelles.** Les responsables de l'hygiène de l'étude ont mené plusieurs tournées annuelles de vérifications ponctuelles dans les grappes d'intervention. A chacune de ces vérifications, le responsable de l'hygiène évalue la fonctionnalité du puits et vérifie auprès des enseignants de la grappe comment se passe la mise en œuvre du programme d'enseignement sur l'hygiène. De plus, le responsable de l'hygiène rend visite à un échantillon constitué d'une dizaine de foyers choisis au hasard pour consigner la présence et le bon fonctionnement d'un poste de toilette et d'une latrine et noter s'il y a des preuves que la latrine est utilisée (par exemple il y a des traces de pas sur le chemin qui y mène, des fèces fraîches dans la fosse). Comme le montre la Figure 1, les données de vérification ponctuelle sont représentées sous forme de carte thermique afin de repérer facilement les lacunes de chaque communauté en matière d'hygiène. Le responsable de l'hygiène transmet ces informations aux agents de promotion de l'hygiène et, ensemble, ils s'interrogent pour savoir comment remédier aux lacunes.



- Questionnaire aux ménages lors du recensement annuel.** Nous avons réalisé une enquête auprès des foyers sur 33 % des foyers pendant le recensement. Les questions de cette enquête, qui portent à la fois sur les comportements d'hygiène autodéclarés et sur les observations objectives des latrines et des postes de toilette, ont été capitales pour comprendre l'adoption de l'intervention et guider les efforts de remédiation. La Figure 2 présente les résultats des principaux points de l'enquête à partir des 3 premiers recensements. Les résultats du 24^{ème} mois montrent que les communautés randomisées pour l'intervention WASH sont plus susceptibles d'avoir un poste de toilette WASH et une latrine par foyer, et les membres du foyer des communautés WASH sont plus susceptibles de déclarer qu'ils se sont

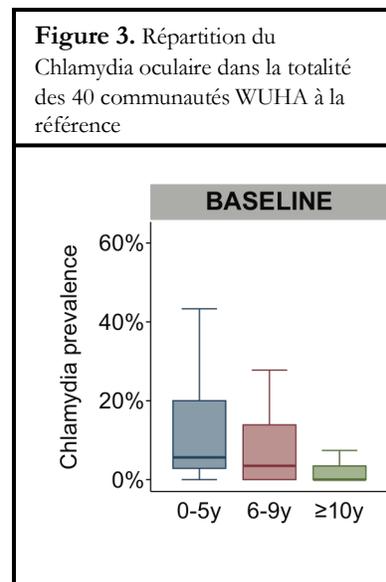
Figure 2. L'enquête auprès des ménages aux mois 0, 12, et 24. L'enquête a eu lieu sur 33 % des foyers choisis au hasard appartenant à 20 grappes WASH et 20 grappes témoins au cours du recensement annuel. Le panneau A montre les observations faites sur les latrines et le panneau, l'utilisation autodéclarée des latrines. Le panneau C montre les observations sur les postes de toilette et le panneau D, le comportement autodéclaré sur le nettoyage du visage.



lavé le visage et qu'ils ont utilisé la latrine la veille. Les changements de comportement dans le bras WASH ont été les plus manifestes entre les visites des mois 12 et 24. C'est bien connu, les comportements en matière d'hygiène sont particulièrement difficiles à changer et on estime qu'il faut beaucoup de temps avant que les interventions sur l'hygiène puissent les influencer. En outre, notre intervention WASH a de nombreux volets et n'a pas été pleinement mise en œuvre avant la visite du 12^{ème} mois ; autrement dit, le temps écoulé entre le 12^{ème} et le 24^{ème} mois a des chances d'être un reflet plus fidèle de son impact.

- **Observations structurées.** En septembre 2017, nous avons procédé à des observations structurées dans 5 foyers sélectionnés au hasard sur chacune des 20 communautés destinataires des interventions et 20 communautés témoins. Les agents passaient la nuit au foyer observé, de façon à observer les comportements en matière de nettoyage du visage et d'utilisation des latrines, lorsqu'ils ont le plus de chances d'avoir lieu. Les données sont actuellement saisies en double en Éthiopie. Nous avons essayé de limiter la réactivité en commençant par procéder à une enquête de nutrition auprès de 20 foyers par communauté.
- **Débats en groupes de discussion** Nous avons mené une série de discussions de groupes dans 5 communautés destinataires des interventions en juin 2017 pour évaluer l'impact des interventions et également guider nos interventions par la suite. Nous avons appris que les membres des communautés appréciaient énormément les agents de promotion de l'hygiène et la distribution de savon.

Résultats de référence sur le trachome. Nous avons suivi un échantillon aléatoire stratifié de chaque grappe à la référence (février 2016) et au mois 12 (février 2017), avec 30 enfants de 0 à 5 ans (N = 1 466 à la référence, N = 1 329 au mois 12), 30 enfants de 6 à 9 ans (N = 1 183 à la référence et N = 1 087 au mois 12), et 30 individus ≥10 ans (N = 1 245 à la référence) dans chaque strate. La Figure 3 montre les résultats agrégés pour le critère principal, l'infection à la Chlamydia oculaire. La prévalence moyenne du Chlamydia oculaire à la référence (c'est-à-dire, après huit tournées annuelles de traitement de masse à l'azithromycine avant le début de l'étude) était de 12,2 % (CI à 95 %, 7,9-16,4 %) chez les 0 à 5 ans et 7,8 % (CI à 95 %, 4,8-10,8 %) chez les 6 à 9 ans.



Autres résultats. Outre les résultats mentionnés ci-dessus, nous avons réussi à recueillir des données pour toutes sortes d'autres critères secondaires. Des clichés des conjonctives ont été pris sur toutes les personnes qui avaient reçu des écouvillons conjonctivaux. Des photos du visage ont été prises sur tous les enfants de 0 à 5 ans, qui devaient servir d'indicateur de processus de la propreté du visage. Des écouvillons rhino-pharyngiens ont été pris sur un échantillon aléatoire de 15 ans de 0 à 5 ans par communauté au mois 0 (N=701 écouvillons). Les agents de réalisation d'examen procèdent également la gradation du TF et du TI sur le terrain. Nous avons utilisé un financement supplémentaire du COR-NTD pour recueillir des gouttes de sang séché (GSS) et des échantillons de selles. Les GSS ont été prélevées sur un échantillon aléatoire de 30 enfants de 0 à 5 ans et 30 enfants de 6 à 9 ans dans chaque communauté étudiée à la visite de référence de

WUHA (N = 2366 gouttes de sang séché au total). Les échantillons de selles ont été recueillis sur les échantillons d'enfants de 0 à 5 ans et de 6 à 9 ans lors des visites de l'étude des mois 0 et 12 (N = 1938 échantillons à la référence et N = 2120 échantillons au mois 12). Deux échantillons de selles par enfant ont été prélevés : 1 dans du formol d'acide acétate-acétique de sodium (SAF) et 1 autre dans du dichromate de potassium. Il est à noter que la totalité des écouvillons et des échantillons mentionnés dans ce rapport seront également recueillis à la dernière visite, qui aura lieu au mois 36.

MORDOR et trachome

Présenté par M. Ahmed Arzika, Coordinateur de l'étude, Le Centre Carter, Niger

Introduction

Chaque année, près de 7,7 millions de nourrissons meurent, essentiellement à cause de maladies infectieuses. Les études ont montré que la DMM d'azithromycine utilisée pour combattre le trachome pouvait présenter l'avantage imprévu de réduire la mortalité infantile. Ce résultat a été observé dans plusieurs études menées dans des zones où le trachome est endémique, et pour d'autres maladies, en Éthiopie et au Niger. Il ressort d'autres études, menées au Népal et en Gambie, que la DMM a un impact sur certains problèmes de santé tels que la diarrhée, les infections respiratoires et le paludisme.

Ces études ont eu lieu dans des zones où le trachome est endémique. Il est nécessaire de vérifier ces hypothèses dans les régions où le trachome est hypoendémique. C'est dans ce cadre que l'étude MORDOR a été mise en place.

2. Hypothèse et objectifs de MORDOR

2.1 Hypothèse

L'étude MORDOR a pour but de vérifier l'hypothèse suivante :

L'administration orale d'azithromycine à des enfants entre le 1^{er} et le 60^{ème} mois réduit la mortalité infantile, dans le cadre d'un essai clinique à sélection aléatoire.

2.2 Objectifs :

Objectif 1 : Évaluer la rentabilité des DMM d'azithromycine pour réduire la mortalité infantile

Objectif 2 : Déterminer les facteurs les plus plausibles qui expliqueraient l'un des effets de l'utilisation de DMM d'azithromycine sur la mortalité infantile.

Objectif 3 : Évaluer l'émergence de la résistance des nourrissons aux macrolides suite à un traitement à l'azithromycine.

Objectif 4 : Recueillir et conserver des échantillons de rhinopharynx, narines, oropharynx, conjonctivite, sang et selles après l'administration d'azithromycine afin de déterminer le poids du traitement et la résistance aux maladies infectieuses.

Objectif 6 : Déterminer si la prévalence de la résistance aux macrolides après une 3^{ème} et une 4^{ème} année de distribution massive d'azithromycine est supérieure à celle des 2 premières années de traitement.

3. Méthodologie

MORDOR est un essai clinique randomisé auquel participent 3 pays africains (Niger, Tanzanie, et Malawi), choisis pour leur diversité géographique, les facteurs de comorbidité, l'existence d'un programme de distribution d'azithromycine déjà mis en place et de travaux de recherche effectués auparavant.

- **Afrique de l'Ouest** : Districts sanitaires de Loga et Boboye, Niger (Le Centre Carter-Niger, MdS Niger, UCSF)
- **Afrique australe** : District de Kilosa, Tanzanie (projet trachome à Kongwa, JHU)

- **Afrique australe** : District de Mangochi, Malawi (MdS du Mali, université du Malawi, Bianture, LSHTM)

Population

L'étude inclura des enfants de 1 à 59 mois pour la portion mortalité et des enfants de 1 à 72 mois pour la portion morbidité.

Échantillons

Choix des communautés

D'après le document du recensement général des populations des pays concernés, nous avons appliqué le critère selon lequel les grappes devaient compter entre 200 et 2 000 personnes. Dans le niveau de chaque pays, nous avons procédé à un simple tirage au sort pour déterminer les grappes à inclure dans cette étude.

Au total, pour les 3 pays, nous avons tiré :

- Mortalité : ~1 500 villages
- Morbidité : ~90 villages

Sur les villages choisis pour l'étude MORDOR, 630 étaient situés au Niger.

Il est à noter que MORDOR s'articule en 2 principaux volets :

- Mortalité et
- Morbidité.

I- MORTALITÉ

Le présent volet concerne 594 grappes au Niger, randomisés à 1:1. Il consiste à traiter 2 fois par an des enfants âgés de 1 à 59 mois. La moitié des grappes ou villages choisis (« **Azithro** ») reçoivent du Zithromax® 2 fois par an et l'autre moitié (« **Témoin** ») reçoit un placebo 2 fois par an.

Pour cette portion, la procédure consiste en une évaluation de la mortalité. Cela comprenait les éléments suivants : un recensement tous les 6 mois, une autopsie verbale et un traitement soit avec du Zithromax® soit le placebo.

Descriptions

Recensement et traitement

Ils sont semestriels et consistent à passer par chaque grappe ou village participant à l'étude. Pour chaque grappe, les agents du recensement vont de maison en



maison pour dénombrer les membres du foyer (chef de famille, mère/tuteur/tutrice), enfants de moins de cinq ans)

Le recensement est mené sur des tablettes avec l'application « WUHA ».

Après le recensement, tous les enfants de moins de 5 ans sont systématiquement traités à l'azithromycine ou avec le placebo, selon le groupe dans lequel ils ont été répartis selon le village ou la grappe. Le dosage est déterminé d'après soit le poids soit la taille.

Après avoir déterminé la bonne dose, le médicament est administré conformément à l'âge de l'enfant, soit sous forme de liquide à prendre par voie orale soit par seringue.



Autopsie verbale

Cette portion du volet relatif à la mortalité est menée par des agents sanitaires et deux agents formés par MORDOR pour cette activité en particulier. Cela consiste à enquêter sur tous les décès dans la zone où se déroule l'étude MORDOR. Afin de s'assurer que tous les décès sont comptabilisés, nous mettons en place un mécanisme d'information au niveau de chaque village délimité par un informateur clé. Cet informateur fait directement état de chaque décès au responsable sanitaire de la zone qui contient la grappe, quelle qu'en soit la cause. L'agent sanitaire apporte alors le matériel nécessaire au village où le décès a eu lieu, afin d'interroger les parents de l'enfant décédé.

II- MORBIDITÉ

C'est le 2^{ème} grand volet de l'étude, qui porte sur 30 villages au Niger.

Les relevés du recensement et le traitement sont menés avec les mêmes procédures que pour le volet sur la mortalité.

Taille de l'échantillon :

- 15 grappes (« Azithro »)
- 15 grappes (« témoins »)
- Échantillon de 40 enfants âgés de 1 à 59 mois dans chaque grappe.

Au niveau de chaque village, 40 enfants sont sélectionnés aléatoirement. Ces enfants font l'objet des échantillons.

- Activités :
 - Échantillons à évaluer :
 - Paludisme et anémie

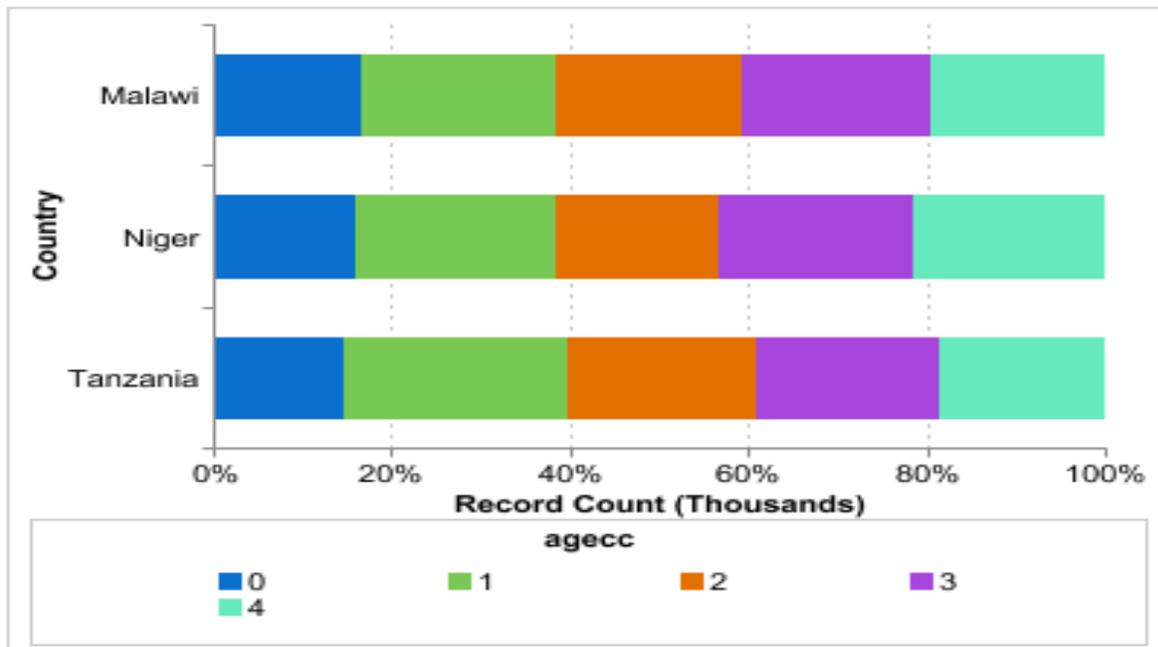
- Trachome (écouvillons et photos)
- Poids, taille, et circonférence du bras à mi-hauteur
- Résistance aux macrolides (nasaux, nasopharyngés, rectaux)

Centre de gestion de données

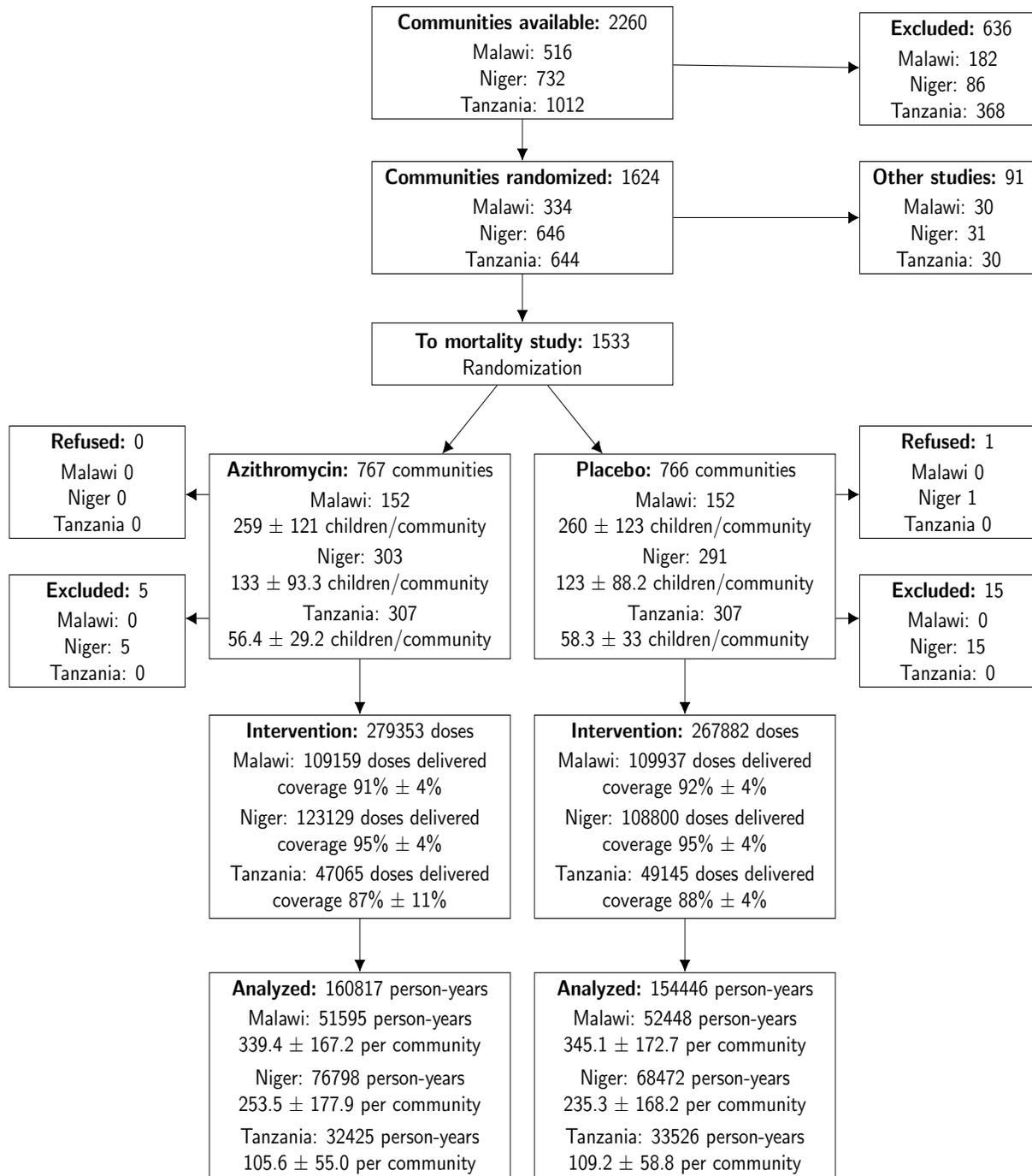
Nous recueillons les données à l'aide de tablettes. Les données sont intégralement synchronisées dans notre base de données, Salesforce. Un suivi de la qualité du travail de la base de données est effectué.

Le suivi peut se faire par pays, par agent, par enfant traité, par ratissage

AGE DISTRIBUTION



I- Résultats préliminaires



Pour le suivi des personnes-année par pays, nous avons :

- Niger : 145 291/1000 p/a
- Tanzanie : 65 951/1000 p/a
- Malawi : 104 043/1000 p/a

Taux de mortalité dans la section placebo :

- Niger : 27,6/1000 p/a
- Tanzanie : 5,5/1000 p/a
- Malawi : 10,3/1000 p/a

Conclusion

MORDOR est un essai clinique randomisé qui continue à être mené au Niger. Les résultats ne sont pas publiés, ce qui limite notre capacité à en parler ici. Il est à noter qu'il y a des informations très intéressantes, concernant la surveillance passive, la résistance et l'efficacité, qui n'ont pas été abordées dans ce document. Les données sont recueillies sur tous les aspects du projet et paraîtront dans de futures publications. Certains des résultats du volet sur la mortalité de l'étude MORDOR seront publiés à la fin avril 2018.

III- Étude Trachome MORDOR - Niger

Nous avons pour but de répondre à 3 autres questions :

- 1) Pouvons-nous mener une étude en nous contentant de prendre des photos avec des smartphones ?
- 2) Obtient-on des résultats nettement différents avec l'azithromycine dans les zones hypoendémiques ?
- 3) Avons-nous complètement éliminé l'infection oculaire à Chlamydia ?

Nous avons comparé des photos de conjonctives prises avec un appareil photo Nikon en Éthiopie. Les résultats sont encore à traiter.

Le rôle de la surveillance dans la partie finale de lutte contre le trachome : Enquête sur les « points de vigilance »

Présenté par Dr. Jeremiah Ngondi, conseiller technique régional, MTN, RTI

Le trachome est une cause majeure de cécité évitable, qui peut être éliminé comme problème de santé publique grâce à la stratégie CHANCE validée par l’OMS, qui comprend : une chirurgie du trichiasis ; des antibiotiques pour traiter l’infection *Chlamydia trachomatis* le nettoyage du visage et l’amélioration de l’environnement, pour limiter au maximum le risque d’infection oculaire à Chlamydia. Pendant la mise en œuvre de CHANCE, l’OMS recommande de procéder à des enquêtes de référence destinées à planifier les interventions, des enquêtes d’impact pour savoir s’il faut arrêter les DMM et des enquêtes de prévalidation (surveillance) pour savoir si la réduction du TF s’est maintenu en dessous de 5,0 %.

Selon l’OMS, la surveillance du trachome a la définition suivante : activités de suivi et d’évaluation qui déterminent le résultat d’un programme d’élimination du trachome, mené après que les objectifs de prévalence de l’élimination semblent avoir été atteints, dans une zone définie où le trachome est endémique. [1] Des données d’études provenant de pays qui ont éliminé le trachome (États-Unis, Oman, Mexique, Maroc) suggèrent qu’un certain nombre de méthodes ont été employées pour procéder à la surveillance du trachome. En voici quelques-unes : le dépistage du trachome aux frontières (États-Unis) ; le porte-à-porte pour rechercher des cas ; la recherche de cas à l’école ; les registres des centres médicaux ; les enquêtes basées sur les populations ; les enquêtes à l’école ; les sites sentinelles ; et les cas signalés par les centres médicaux.

Des directives récentes de l’OMS classifient les activités de surveillance pour y inclure (a) celles qui se produisent au moment où la préparation d’un dossier de validation de l’élimination (du trachome comme problème de santé publique) est justifié (« **surveillance du trachome au stade de la prévalidation** ») et (b) ceux qui se produisent après le moment où la préparation d’un dossier est justifiée (« **surveillance du trachome au stade de la post-validation** »). [1] L’enquête de prévalidation (surveillance) est entreprise régulièrement au moyen d’une étude de prévalence basée sur la population, effectuées au moins 24 mois après que la dernière étude d’impact ait fait ressortir un TF inférieur à 5 %. [1,2] Cependant, pour le moment, il n’y a pas de directives fermes sur la surveillance du trachome en post-validation.

Des études récentes permettent de penser qu’il pourrait être intéressant d’ajouter les tests de laboratoire de l’infection oculaire à Chlamydia (TAAN) et les anticorps (pgp3 et CT694) aux signes cliniques dans le cadre de la surveillance du trachome. Malgré leurs atouts, il y a un certain nombre de limites qui peuvent être un obstacle à la propagation de ces tests (Tableau 1).

Tableau 1 : Outils susceptibles d'apporter de meilleures informations sur la surveillance

Type de test	Exemples	Atouts	Limites
Test d'infection	Tests d'amplification de l'acide nucléique (TAAN)	<ul style="list-style-type: none"> • Forte spécificité et sensibilité • En vente sur le marché • Il semble ressortir des données qu'au moins 2 ans après la DMM, le TF est inférieur à 5 %, l'infection est en dessous des 2 % et il n'y a pas de réapparition* 	<ul style="list-style-type: none"> • Onéreux • Nécessite un laboratoire • Même avec 0 % d'infection, la résurgence est élevée si le TF l'est également
Sérologie	Tests d'anticorps (pgp3, CT694)	<ul style="list-style-type: none"> • Plateforme multiplex • Test d'interruption de transmission • Les modèles laissent penser qu'un TF < 5 % avoisine une séropositivité de 7 %** 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossible de distinguer entre un Chlamydia génital et oculaire • Pas de seuil d'élimination • Pas de référence internationale

Sources : *Réunion du COR-NTD2017 et **66^{ème} réunion de l'ASTMH

Avec la disparition du trachome consécutive à l'application de la stratégie CHANCE, il y a plusieurs scénarios originaux qui ont été observés par les programmes nationaux et qui peuvent ne pas correspondre à la trajectoire habituelle de la surveillance, le suivi et l'évaluation du trachome :

1. Les « points de vigilance » de trachome : pourcentage inhabituellement élevé des enfants atteints de TF dans certaines grappes dans un district où la prévalence du TF est inférieure à 5 %.

Dans certaines conditions, on a repéré des grappes où le pourcentage d'enfants de 1 à 9 ans atteints de TF est inhabituellement élevé, dans des cadres où les données de l'enquête faisaient ressortir une prévalence du TF au niveau des districts inférieure à 5 %. Par exemple, dans des enquêtes récentes de surveillance au Vietnam, on n'a trouvé qu'un seul village (grappe) où le pourcentage d'enfants atteints de TF était inférieur à 10 % tandis qu'au niveau des districts, il était de 1,5 %. Des vérifications ponctuelles réalisées ensuite dans 6 villages voisins ont montré qu'il y avait aussi de nombreux cas de TF. Le nombre d'enfants atteints de TF a doublé en 1 an et l'OMS a recommandé une DMM dans les sept villages touchés. Des enquêtes d'impact suite à la DMM ont indiqué que le TF avait reculé pour descendre en dessous de 5 %.

Il y a eu certes une grappe - une seule - qui avait plus d'un enfant sur 10 atteint de TF mais cela ne signifie par forcément qu'il s'agit d'un foyer de morbidité ayant une portée pour la santé publique. Nous pouvons nous attendre à voir ce modèle de « zone sensible » dans des zones où le trachome était auparavant endémique et où il est maintenant en voie de disparition [3, 4]. Des communautés présentant une prévalence occasionnelle plus élevée sont à prévoir avec une répartition géométrique. Elles ne représentent pas nécessairement des valeurs atypiques persistantes. Sélectionner une communauté dans la queue de la répartition géométrique où la prévalence est élevée est une éventualité prévisible. Ces valeurs atypiques n'auront pas nécessairement plus de pouvoir de transmission par la suite et peuvent régresser vers la moyenne lors de futures visites. [5]

2. Rebond du TF à > 5 % pendant les enquêtes de surveillance.

Certains programmes nationaux ont connu des districts où on a observé un rebond du TF à > 5 % lors d'enquêtes de surveillance. La recommandation habituelle dans ces cas est de recommencer la DMM. Toutefois, les tests de dépistage de l'infection et d'anticorps à Chlamydia peuvent permettre d'éclairer l'action programmatique pour surveiller la DMM et la poursuite des progrès vers l'élimination de la maladie. Une recherche opérationnelle dans les districts où le TF est reparti à la hausse lors de l'enquête de surveillance est prévue en Tanzanie.

3. Prévalence persistante du TF de 5,0-9,9 % dans des districts recevant une DMM.

Si ce scénario, à strictement parler, n'entre pas dans la catégorie de la surveillance post-DMM, plusieurs pays ont connu des districts où la prévalence du TF se situait entre 5,0 et 9,9 % lors de l'enquête d'impact initiale et qui ont continué à avoir ce niveau de prévalence même après 1 tournée annuelle de DMM répétée suivie d'enquêtes d'impact annuelles. On s'interroge pour savoir si ce faible taux de prévalence du TF est dû à la Chlamydia oculaire ou à d'autres infections conjonctivales. Par conséquent, dans les scénarios où le TF (5,0-9,9 %) reste persistant après au moins 2 enquêtes d'impact, il est intéressant d'entreprendre des tests de dépistage d'infection et d'anticorps à Chlamydia pour éclairer les décisions programmatiques. Une recherche opérationnelle dans les districts où le TF est resté persistant à 5,0-9,9 % est prévue en Tanzanie.

Références

1. World Health Organization Strategic and Technical Advisory Group on Neglected Tropical Diseases. Technical consultation on trachoma surveillance. September 11–12, 2014, Task Force for Global Health, Decatur, USA (WHO/HTM/NTD/2015.02). Geneva, Switzerland: World Health Organization; **2015**.
2. World Health Organization. Validation of elimination of trachoma as a public health problem. World Health Organization. WHO/HTM/NTD/2016.8; **2016**
3. Lietman TM, Gebre T, Abdou A, et al. The distribution of the prevalence of ocular chlamydial infection in communities where trachoma is disappearing. *Epidemics*. **2015**; 11:85–91.
4. Rahman SA, West SK, Mkocha H, et al. The Distribution of Ocular Chlamydia Prevalence across Tanzanian Communities Where Trachoma Is Declining. Vinetz JM, editor. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. **2015**; 9(3):e0003682.
5. Hiep N, Ngondi J, Anh V, et al. Trachoma in Viet Nam: results of 11 surveillance surveys conducted with the Global Trachoma Mapping Project. *Ophthalmic Epidemiol*. **2018**. [IN PRESS].

Offrir des services de lutte contre le trachome aux réfugiés/déplacés internes

Animé par Mme Angelia Sanders, Directrice associée, Le Centre Carter

Participants à la table ronde :

Mlle Zeinab Abdalla, Responsable senior du Programme de Lutte contre le Trachome, Le Centre Carter, Soudan

Mlle Maha Adam, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Le Centre Carter, Soudan

Dr. Kadri Boubacar, Coordinateur national adjoint du PNSO, Ministère de la Santé, Niger

M. Scott McPherson, Responsable senior de programme, RTI

Rappel historique

D'après le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR), nous « assistons aux plus hauts niveaux de personnes déplacées jamais enregistrés » : le nombre de personnes contraintes de quitter leur foyer s'élève en effet à 65,5 millions. Sur ce chiffre, 22,5 millions sont des réfugiés. Cinquante-cinq pourcent des réfugiés dans le monde sont originaires de 3 pays seulement : la Syrie (5,5 millions), l'Afghanistan (2,5 millions) et le Soudan du Sud (1,4 millions). Les pays qui les accueillent ne doivent pas seulement travailler pour répondre aux besoins élémentaires des réfugiés mais déterminer comment combattre les maladies infectieuses qu'ils apportent avec eux. En Afrique, les ministères nationaux de la santé travaillent depuis les dernières décennies à éradiquer et éliminer diverses MTN. Des progrès importants ont été réalisés ; mais le récent accroissement des afflux de réfugiés risque de nuire à ces progrès et contraint les pays, les organisations non gouvernementales qui les aident et les donateurs à déterminer la meilleure façon d'apporter des services relatifs aux MTN à ces populations.

Au Soudan du Sud, la violence des conflits, une famine créée artificiellement et la sécheresse ont causé le déplacement de près de 4 millions de sud-soudanais, et, sur ce chiffre, près de 2 millions de ceux-ci sont réfugiés dans les pays voisins, l'Éthiopie, le Kenya, le Soudan et l'Ouganda. Selon le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), on devrait voir arriver 200 000 réfugiés sud-soudanais supplémentaires au Soudan en 2018. Au Nigeria, depuis le début du conflit Boko Haram en 2009, plus de 20 000 personnes ont été tuées, des milliers de femmes et de jeunes filles ont été enlevées et des enfants ont été recrutés comme soi-disant kamikazes dans l'insurrection. Jusqu'à 2,1 millions de personnes ont fui leur maison au plus fort du conflit, et actuellement, 1,7 millions sont encore des déplacés internes. Près de 200 000 réfugiés sont encore au Cameroun, au Tchad et au Niger.

Enquête de référence auprès de camps de réfugiés sud-soudanais, de l'État du Nil Blanc, au Soudan – Zeinab Abdalla

En novembre 2017, une enquête de prévalence de référence sur le trachome a été menée par le Ministère fédéral de la Santé et Le Centre Carter dans 8 camps de réfugiés sud-soudanais de l'État du Nil Blanc au Soudan. Les camps ont été divisés en 2 unités de dénombrement (UD) en fonction de leur emplacement dans la localité. Une UD (la localité d'El Salam) comprenait 6 camps, et la 2^{ème} (localité d'El Jalabaïn) comprenait 2 camps. Un échantillonnage à plusieurs niveaux a été utilisé dans les 2 unités de dénombrement, Dans la localité comportant 6 camps, 18 blocs de 35 foyers ont été sélectionnés aléatoirement. Dans la 2^{ème} localité comprenant 2 camps, 6 blocs de 105 foyers ont été visités. Les 2 UD ont présenté une prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire (IF) chez les enfants de 1 à 9 ans et de plus de 1 % de prévalence du trichiasis chez les 15 ans et plus. Le pourcentage d'enfants de 1 à 9 ans ayant un visage propre était d'environ 72 % dans chaque UD. L'accès aux latrines était de 71 % dans l'UD d'El Jalabaïn et de 99 % dans

l'UD d'El Salam. Les résultats montrent qu'au moins 3 tournées de DMM, des campagnes chirurgicales et des interventions sanitaires sont nécessaires.

Chirurgie du TT dans les camps de réfugiés sud-soudanais, État du Nil Blanc, Soudan – Maha Adam

Les résultats de l'enquête de référence menée en novembre 2017 dans les camps de réfugiés sud-soudanais de l'État du Nil Blanc indiquent qu'à El Jalabaïn, l'UD de TT chez les 15 ans et plus et plus était de 5,0 % soit environ 1 168 patients. À El Salam, la prévalence du TT était de 2,9 %, soit environ 2 082 patients. Pour cette raison, le Ministère fédéral de la Santé, avec le concours du Centre Carter, a mené des campagnes chirurgicales en février 2018. Pour assurer le succès de ces campagnes, il y a eu une coordination avec la Commission des Réfugiés (COR), le Ministère d'État de la Santé, des représentants de la sécurité et des ONG dans le camp. Des interventions chirurgicales ont été menées dans les établissements scolaires et les centres médicaux situés dans le camp. Sur les 4 063 personnes ayant subi un dépistage du TT, 298 (7 %) avaient besoin d'une opération chirurgicale, et 97 % (290) ont accepté d'être opérées. Mais la conduite d'enquêtes dans les camps se heurte à des obstacles : les mouvements de réfugiés hors de camps pour aller travailler dans des exploitations agricoles, le manque de connaissance du trachome des communautés, la méfiance à l'égard de l'opération chirurgicale du TT et des difficultés linguistiques. Il est à noter qu'au moins 4 cas de TT étaient des enfants de moins de 10 ans, qui constituent un groupe à part et qui n'ont pas pu bénéficier de services chirurgicaux. Les recommandations aux autres programmes nationaux lorsqu'ils procèdent à des campagnes chirurgicales sont les suivantes : se coordonner avec d'autres ministères concernés, des organisations de l'ONU et des ONG ; associer des travailleurs sanitaires, des chefs communautaires, tels que des chefs au sein des camps pour contribuer à mobiliser les patients et à les conseiller ; et la distribution de supports pédagogiques sur la santé dans les camps pour contribuer à mieux faire connaître le trachome et le TT.

Cartographie intégrée de 5 MTN dans les camps de réfugiés d'Éthiopie - Scott McPherson

En Éthiopie, un pays où la totalité des 5 MTN-CP sont endémiques, plus de 760 000 réfugiés vivaient dans des camps à l'intérieur des frontières du pays depuis 2016. Pour mieux comprendre s'il s'agissait de réfugiés souffrant de MTN, le Ministère fédéral de la Santé d'Éthiopie, RTI International et l'UNHCR, avec le concours du projet ENVISION de l'USAID, ont dressé la carte du trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose (OV), les HTS et la SCH pour 10 camps de réfugiés dans les régions de Gambella et Beneshangul-Gumuz. La RTI a fait appel à une méthodologie de cartographie intégrée pour établir la carte des 5 maladies en même temps. Dans chaque foyer, toutes les personnes de plus d'un an ont subi un dépistage du trachome, les enfants de 5 à 14 ans, un dépistage des HTS/de la SCH, et les enfants de 9 à 14 ans, un dépistage de la filariose lymphatique et de l'OV. Même si les résultats de la composante de cartographie des HTS/SCH ont révélé une prévalence en dessous du seuil de traitement, les résultats pour le trachome indiquaient que plusieurs des camps avaient une prévalence supérieure à 10 % de TF et qu'elles auraient besoin d'au moins 3 ans DMM de Zithromax®. En 2017, le projet ENVISION a financé une DMM de Zithromax® pour traiter ces camps pour la 1^{ère} fois, débouchant sur l'administration d'un traitement à plus de 250 000 réfugiés. En février de 2018, des enquêtes d'impact ont été menées dans 3 des camps. Les résultats n'ont pas encore été communiqués. Étant donné le vaste écart entre les camps quant à la de prévalence, l'exercice de cartographie a démontré l'importance de découper les camps en grappes afin de former des UD, de façon à prendre en compte d'importantes variables telles que le lieu d'origine prédominant des réfugiés et la moyenne du nombre d'années passées par les réfugiés dans les camps. L'approche de cartographie intégrée s'est avérée faisable à l'intérieur des camps de réfugiés à cause du système de logement très organisé, mais il

est possible qu'elle exige des besoins logistiques excessifs pour être applicable dans le cadre d'une communauté type.

Situation du trachome dans les camps de réfugiés de la région de Diffa, au Niger – Dr. Kadri Boubacar

Depuis plus de 4 ans, des réfugiés originaires du Nigeria ont traversé la région nigérienne de Diffa en raison de l'insécurité permanente qui règne dans le nord du Nigeria, une zone où l'on soupçonne que le trachome est endémique. Des interventions CHANCE visant le trachome étaient justifiées dans toute la région de Diffa et ces activités ont été élargies aux camps de réfugiés en 2016 d'après des estimations d'enquêtes qui faisaient ressortir un besoin. Depuis 2016, le PNSO a mené des enquêtes de prévalence du trachome dans 17 camps de réfugiés dans la région de Diffa, en collaboration avec l'UNHCR et les autorités sanitaires régionales. Les résultats de l'enquête indiquaient que la prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans était de 5,0 % ou supérieure dans les 17 camps de réfugiés, oscillant entre 5,0 et 23 %. La prévalence du TT chez les adultes de 15 ans et plus se situait entre 0,0 et 4,0 %. D'après ces résultats, tous les camps de réfugiés répondaient aux critères de DMM avec de l'azithromycine. En 2017, le PNSO a eu accès à 16 des 17 camps et a procédé à des DMM, traitant 21 317 personnes et parvenant à des couvertures par camp allant de 71,6 % à 93,8 %. Un camp n'a pas été traité en raison de l'insécurité. Même si l'insécurité reste un problème perturbateur pour les activités courantes de CHANCE dans la région de Diffa, le PNSO, en collaboration avec des partenaires dont l'ONU, a compris qu'il avait la possibilité tout à la fois de mener des enquêtes sur les réfugiés vivant dans des camps établis et de les traiter afin de réduire la prévalence du trachome. Lorsqu'il parle de cette collaboration, le PNSO du Niger y voit le moteur de la réussite de cette activité, qui n'aurait pas été possible sans une planification et une communication solides avec l'administration et les parties prenantes locales.

Conclusion

La situation des réfugiés ne va pas disparaître et il faut s'attendre à ce qu'elle continue d'avoir des répercussions sur les programmes nationaux dans le travail qu'ils mènent pour éliminer le trachome comme problème de santé publique. Il est important que les agences exécutives et les ministères d'État dispensent des services à ces groupes et qu'ils partagent leurs expériences. S'occuper en priorité des populations déplacées dans son pays est l'occasion de contribuer à rattraper le retard dans les opérations chirurgicales et la prévalence du TF parmi la population déplacée pour que lorsqu'elles rentrent chez elles, elles reviennent avec des yeux en bonne santé et en sachant comment empêcher le trachome.

Point sur GET2020

Présenté par Dr. Anthony Solomon, médecin conseil spécialiste du trachome ; et chercheur en chef, projet de cartographie globale du trachome, Département de lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé

Nous faisons de nets progrès dans la lutte contre le trachome dans le monde. La carte des districts où le trachome est soupçonné d'être endémique est presque achevée ; les interventions dans le cadre de la stratégie CHANCE ont été considérablement élargies ; la population qui a besoin d'interventions dans le monde chute peu à peu ; et un certain nombre de pays ont été officiellement déclarés comme ayant éliminé le trachome comme problème de santé publique. Il reste cependant de nombreux obstacles, et il serait sage de notre part d'éviter de crier trop tôt victoire.

Pour répondre à certaines interrogations techniques découlant des interactions avec les programmes nationaux ou leurs partenaires, ou qui ont été soulevées pendant le bilan de 2018 du Centre Carter :

1. Les travaux se poursuivent pour mieux comprendre les contributions relatives et le potentiel cécitant des différentes causes du trichiasis, et comment ces pathologies différentes pourraient être distinguées au mieux pendant des enquêtes de prévalence. Processus officiels de l'OMS pour évaluer quels travaux sont prévus ultérieurement en 2018
2. Le terme « objectif ultime visé après l'intervention » a eu différentes significations, au point qu'il faut toujours apporter des explications et qu'il a presque perdu toute valeur en tant qu'étiquette. Il faut désormais éviter de l'employer. Les objectifs des programmes de lutte contre le trachome sont les 3 critères d'élimination du trachome comme problème de santé publique, qui sont : 1°) une prévalence du TT « inconnue par le système de santé » de < 0,2 % chez les 15 ans ou plus, et 2°) une prévalence du TF < 5 % chez les enfants de 1 à 9 ans (mesurée 2 fois, à un intervalle d'au moins 2 ans), dans les districts auparavant endémiques, plus 3°) des éléments montrant que le système de santé peut continuer à identifier et gérer des cas incidents de TT.
3. Il n'y a pas d'objectifs de prévalence des visages propres, de prévalence d'accès à l'eau ou de prévalence d'accès à l'assainissement dans les critères d'élimination du trachome comme problème de santé publique. Nous n'avons pas suffisamment de données d'études pour établir de tels objectifs. Les programmes nationaux et leurs partenaires sont fortement encouragés à contribuer à faire des recherches pour savoir ce qui est nécessaire pour les éléments N et E de CHANCE ; des listes de priorités de recherches et d'études actuelles qui sont déjà en cours d'élaboration apparaissent dans la publication, *Réseau des centres de collaboration sur le trachome de l'OMS : Deuxième compte rendu de réunion, Decatur, GA, États-Unis, 26 juin 2016 (OMS/HTM/MTN/PCT/2017.06)*, Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017.

Point sur la Coalition internationale pour la Lutte contre le Trachome

Présenté par M. Scott McPherson, vice président, Coalition internationale pour la lutte contre le trachome

Bilan sur la gouvernance du CILCT :

Notre structure de coalition a pour but la flexibilité et l'inclusivité et continue à réagir à nos besoins en constante évolution au fil du temps :

- Notre plateforme de gouvernance comprend un groupe exécutif composé d'un président, un vice président et d'un prédécesseur immédiat à la présidence.
- Ces fonctions sont occupées bénévolement, le vice président étant élu par des représentants des membres.

Les personnes qui travaillent sur les initiatives du CILCT sont :

- Des chefs de file et équipes chargées de tâches temporaires sur des thématiques particulières qui aident à planifier le travail stratégique du CILCT, y compris en mettant au point des outils et des moyens techniques basés sur des données d'études ou en contribuant à rédiger des messages clés et des supports de communication influents.
- Les gestionnaires de subvention gèrent les contrats avec les fondateurs et les responsables de la mise en œuvre pour des initiatives bien précises entreprises en partenariat avec le CILCT, pour son compte. Ils sont désignés auprès d'organisations membres et les activités correspondantes menées par ces membres sont financées sur des projets financés par des donateurs.
- Un comité de programme consultatif qui offre une assurance qualité et des conseils au gestionnaire de subventions et examine les aspects techniques des outils de développement de capacité/moyens élaborés par la Coalition. Des représentants travaillent conformément au mandat et donnent bénévolement de leur temps et de leur savoir-faire.
- Des personnes référentes représentent le CILCT dans les réunions externes et les groupes repérés par le CILCT pour avoir une importance stratégique. Elles jouent un rôle décisif pour établir des liaisons trans-sectorielles et les renforcer, et pour bâtir une collaboration favorisant les progrès vers l'élimination du trachome. Ces représentants sont nommés par le groupe exécutif parmi ses membres en fonction de leur savoir-faire, leur intérêt et leur capacité à contribuer à un domaine particulier.
- Du personnel auxiliaire apporte une aide administrative au groupe exécutif dans la coordination de l'engagement des membres et la mise en œuvre de la stratégie du CILCT. Ces postes dédiés sont financés par des membres, qui emploient les personnes compétentes et les accueillent.

Nouvelles du CILCT et activités prévues :

Si d'importants progrès ont été faits au cours de ces dernières années, avec des avancées d'une année sur l'autre dans le nombre de districts ayant atteint l'élimination, il reste des défis à relever pour que nous puissions pérenniser les progrès accomplis à ce jour et accélérer le processus vers l'élimination globale. Il nous faut tout à la fois créer une dynamique tout en incitant de nouveaux partenaires à se joindre à nous si nous voulons combler les manques qui subsistent et ne pas perdre le bénéfice des avancées rudement conquises de ces dernières années.

2018 présente une série de possibilités enthousiasmantes pour nous en tant que communauté pour faire participer des chefs de file nationaux dans toutes les régions géographiques sur le trachome et de présenter et partager les enseignements tirés pour aider à l'élimination d'autres MTN, renforcer les systèmes de soins et la dispense des services de CHANCE, afin de parvenir à l'unité dans les soins. De plus, alors que de plus en plus de districts parviennent à l'élimination, nous devons mener d'indispensables débats sur le passage des programmes d'élimination à une dispense de services publics classique pour garantir la pérennité des progrès. Les activités prévues pour 2018 sont, entre autres :

- Formation sur les données tropicales dans le Pacifique, la Colombie, l'Éthiopie et la Tanzanie.
- Lancement d'une formation de chirurgiens spécialistes du TT, instructions sur les pratiques privilégiées
- Atelier du CILCT sur la transition des programmes Trachome, pratiques privilégiées de pérennisation, Londres, Royaume-Uni (23-24 avril 2018)
- Sommet sur le handicap dans le monde, juillet 2018
- 20^{ème} anniversaire de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé et programme de dons de l'IIT

La réunion de 2018 du CHOAG (Commonwealth Heads of Government Summit Meeting - sommet des chefs de gouvernement du Commonwealth) va rassembler 53 nations du Commonwealth des Americas, d'Afrique, d'Europe, d'Asie et du Pacifique pour réaffirmer des valeurs communes, répondre à des défis mondiaux communs et s'entendre sur la façon de donner un avenir meilleur à tous les citoyens du Commonwealth. À travers ce forum de chefs d'État se présente une occasion unique de présenter l'impact des investissements faits par Initiative internationale pour la lutte contre le trachome du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, qui aide 12 pays à parvenir à l'élimination.

Depuis l'automne 2017, le CILCT est un membre essentiel de la plateforme de la Vision pour le Commonwealth, aux côtés du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, de Sightsavers, la Fondation Fred Hollows et de Clearly and Peek Vision. Les partenaires de Vision for the Commonwealth plaident auprès des dirigeants du Commonwealth pour qu'ils s'engagent envers un objectif en faveur de la santé oculaire universelle, dont fait partie l'objectif d'élimination du trachome. En agissant ainsi, nous avons la possibilité de mobiliser la volonté politique des pays endémiques ainsi que l'investissement nécessaire pour aller vers l'élimination.

Recommandations de 2018 du bilan du Programme de Lutte contre le Trachome

Recommandations générales :

1. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de répéter l'étude de propreté du visage *Fiabilité autour de la mesure de N* et de partager les résultats sur des forums consultés - publiés par des pairs.
2. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent envisager de recueillir des données sur la propreté du visage au cours d'enquêtes pour faire état des estimations de prévalence et de les utiliser selon les besoins pour une éducation sanitaire ciblée.
3. L'Alliance GET2020 de l'OMS doit fixer dès que possible les dates d'une réunion scientifique mondiale afin qu'elle puisse avoir lieu en 2018.
4. Les programmes nationaux de lutte contre le trachome doivent publier des données aussi bien quantitatives que qualitatives faisant état des réussites, des enseignements tirés et des expériences acquises lors de la constitution du dossier de validation.

Les programmes nationaux doivent envisager de publier les niveaux de trachome folliculaire (TF), d'arrêter la distribution massive de médicaments (DMM), les enquêtes de surveillance, et le nombre de districts et le total des habitants chez qui le trachome était auparavant endémique et où le TF est maintenant à inférieure à 5 %, ainsi que le nombre des opérations du TT qui sont une réussite.

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

Recommandations par pays :

Éthiopie

1. Le Programme national de Lutte contre le Trachome éthiopien doit chercher à assurer une couverture de la stratégie CHANCE à 100 % dans toutes les zones géographiques.
2. Le Ministère fédéral de la Santé doit envisager de former des infirmières, pas seulement des intervenants sanitaires ophtalmologiques intégrés, pour jouer le rôle d'agents de gradation pendant les enquêtes d'impact et de surveillance.
3. Le Ministère fédéral de la Santé doit examiner les mérites des indicateurs WASH dans le cadre de la plateforme sur les données de médecine tropicale et travailler en étroite collaboration avec l'OMS et les Données tropicales selon les besoins de l'inclusion

Amhara, Éthiopie

1. Le Programme de Lutte contre le Trachome de la Région d'Amhara doit s'appuyer sur les données du Programme scolaire d'éducation sanitaire au trachome (PSEST) avec les partenaires chargés de

fournir des latrines et des installations de lavage des mains afin de plaider pour une couverture à 100 %. Le PSEST doit communiquer des données de suivi aux organisations chargées des actions de plaidoyer.

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

Mali

1. Le Programme malien de Lutte contre le Trachome doit commencer dans les plus brefs délais à préparer le dossier de validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique.
2. Le programme malien doit s'assurer que la totalité des 20 enquêtes de surveillance planifiées ont bien été menées en 2018, tout en mettant en œuvre des activités pour rattraper le retard pris dans les opérations chirurgicales du TT d'ici à la date fixée pour l'élimination, 2018.
3. Le programme malien doit planifier avec la plus grande détermination de rattraper le retard pris dans les opérations du TT, grâce à une planification détaillée et des activités simultanées d'ici à 2018.
4. Le programme malien doit envisager, lorsqu'il le pourra et dans la mesure du possible, de travailler avec le Programme national d'Éradication du Ver de Guinée afin de promouvoir une sensibilisation et faire connaître l'existence de récompenses en argent liquide.
5. Le programme malien doit réfléchir à la poursuite de l'échange d'expériences avec le Programme de Lutte contre le Trachome du Niger.

Niger

1. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Niger doit, compte tenu du programme de DMM prévu, examiner l'objectif d'élimination actuel et éventuellement le réviser.
2. Le programme nigérien doit envisager une réunion de planification stratégique (en parallèle avec son bilan du programme) au cours de l'année calendaire 2018 afin d'inclure toutes les parties prenantes (y compris la Banque mondiale).
3. Le programme nigérien doit augmenter le nombre de chirurgiens afin de rattraper le retard des opérations du TT grâce à des campagnes chirurgicales dès que possible.
4. Le programme nigérien doit rechercher le soutien de toutes les parties prenantes et les partenaires afin de s'assurer que les activités prévues et nécessaires à Agadez soient réalisées.
5. Le programme nigérien doit songer à mettre en place le ratissage, en accordant la priorité aux districts ou aux unités d'évaluation connues pour avoir le plus important retard dans les opérations du TT.
6. Le programme nigérien doit rechercher des occasions d'échanges transfrontaliers avec le Nigeria.

7. Le programme nigérien doit envisager de poursuivre l'échange d'expériences avec le Programme malien de Lutte contre le Trachome.

Soudan du Sud

1. Le Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan du Sud doit envisager une révision stratégique en 2018 afin de mettre sur pied un plan d'action sur le trachome pour Kapœta, une approche par étapes pour l'élargissement et un plan de paix future.
2. Le programme sud-soudanais doit se donner pour priorité la formation de chirurgiens nationaux spécialistes du TT et la formation doit comporter l'utilisation de HEAD START. De plus, le programme doit envisager d'embaucher des chirurgiens à plein temps pour travailler à Kapœta.
3. Le programme sud-soudanais doit envisager, lorsqu'il le pourra et dans la mesure du possible, de travailler avec le Programme national d'Éradication du Ver de Guinée afin de promouvoir une sensibilisation et faire connaître l'existence de récompenses en argent liquide.

Soudan

1. Le programme du Soudan doit très résolument mettre en œuvre les activités déjà planifiées dans le plan d'action sur le trachome afin de rattraper son retard dans les opérations du TT, à l'aide d'une planification détaillée et d'activités simultanées, d'ici à 2020.
2. Le Programme soudanais de Lutte contre le Trachome doit résolument former les nouveaux travailleurs sanitaires de niveau intermédiaire approuvés (médecins et assistants médicaux) pour en faire des chirurgiens spécialistes du TT en 2018.
3. Le Programme soudanais de Lutte contre le Trachome doit mettre en œuvre les programmes d'enseignement sur le trachome dans les localités du Darfour où le trachome est endémique.

Ouganda

1. Le Programme de Lutte contre le Trachome en Ouganda doit veiller à ce que toutes les activités de recherche de cas soient bien consignées et revues de façon à ce que les seuils d'élimination soient atteints.
2. Le Programme ougandais doit commencer dans les plus brefs délais à préparer le dossier de validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique.
3. Le programme ougandais doit procéder à des enquêtes de référence dans tous les camps de réfugiés suspects et, selon les résultats, demander du Zithromax® et mener une DMM.
4. Le programme ougandais doit mettre sur pied des plans de transition avec chaque district ayant atteint les seuils d'élimination afin d'assurer la pérennité.
5. Le programme ougandais doit mobiliser des moyens pour mener des enquêtes uniquement sur le TT dans les districts et les camps de réfugiés qui échappent aux critères des enquêtes de référence.

Le trachome : la maladie

Le trachome, première cause mondiale de cécité évitable, est présent dans plus de 40 pays. Plus de 190 millions de personnes risquent d'en souffrir et plus de 3,2 millions risquent la cécité causée par le trichiasis. Le trachome est provoqué par des infections répétées de la conjonctive (membrane recouvrant l'œil et la paupière) causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et que de simples pratiques d'hygiène peuvent prévenir. La plupart des cas surviennent dans les zones rurales arides des pays en développement, le Sahel, par exemple, où l'accès à l'eau propre est limité.

La première phase de la maladie est appelée *trachome inflammatoire* et affecte surtout les enfants. Le trachome inflammatoire peut présenter soit la formation de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée, soit une inflammation intense douloureuse ou désagréable associée à un 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 mais peut également conduire rapidement à la cécité.

Les récentes évolutions suscitent aujourd'hui l'espoir de pouvoir éliminer efficacement cette maladie comme problème de santé publique. En 1987, des experts en soins oculaires et l'Organisation Mondiale de la Santé ont élaboré une échelle simplifiée de classement du trachome qui a facilité et 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. L'Assemblée de la Santé mondiale a adopté la résolution WHA51.11 en 1998, visant à une élimination planétaire du trachome comme problème de santé publique. Par ailleurs, grâce au soutien de la Fondation Edna McConnell Clark et de l'OMS, la *stratégie SAFE* a été mise en place pour lutter contre le trachome grâce à des interventions au niveau des communautés. En 2004, la CILTC (une coalition d'ONGD, de donateurs, d'institutions universitaires et d'autres partenaires) a été créée pour soutenir GET2020 et plaider en faveur de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Une autre avancée importante a été la découverte de l'antibiotique azithromycine par voie orale, 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 dons en 1998, environ 770 millions de doses de Zithromax® ont été offertes par Pfizer Inc. et gérées par l'IIT. 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. En 2016, l'OMS a publié le dossier de validation de l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2017 et 2018, 7 pays avaient rempli les critères pour obtenir la validation de l'OMS et déclarer l'élimination du trachome comme problème de santé publique. En 2018, la communauté mondiale du trachome, à l'occasion de son vingtième anniversaire, salue trois victoires décisives : Le Centre Carter a commencé son travail d'avant-garde en 1998 ; la résolution WHA 51.11 appelait à l'élimination du trachome cécitant ; et Pfizer a créé l'IIT pour prendre la tête du programme de dons de médicaments.

Célébrer vingt ans d'influence positive

Dix-neuvième bilan annuel du Programme de Lutte contre le Trachome

Le Centre Carter

19-20 mars 2018

Lundi 19 mars

7:30	<i>~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~</i>	
7:45 – 8:15	<u>Petit déjeuner</u>	
8:15 – 8:30	Accueil, remarques introductives et présentations	Dr. Dean Sienko Vice président, programmes de santé Le Centre Carter
8:30 – 9:00	Présentation du bilan du programme et annonces du président	Mme Kelly Callahan (présidente) Directrice, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
9:00 – 9:45	Point sur la stratégie CHANCE en Éthiopie	M. Nebiyu Negussu Responsable d'équipe MTN Ministère fédéral de la Santé - Éthiopie
9:45 – 10:30	Point sur la stratégie CHANCE en Amhara	Dr. Abebaw Gebeyehu Directeur, Bureau régional de la Santé Amhara Regional Health Bureau (Bureau régional de la Santé d'Amhara)
10:30 – 11:00	<u>Pause café</u>	
11:00 – 11:30	Interprétation des résultats des enquêtes de couverture pour faciliter la prise de décision dans les programmes sur les MTN	Mme Katie Zærhoff Spécialiste senior S&É, NTD, ENVISION RTI
11:30 – 12:00	Facteurs prédictifs de participation à la DMM	M. Caleb Ebert Étudiant diplômé de la Rollins School of Public Health, université d'Emory
12:00 – 12:45	Point sur la stratégie CHANCE au Niger	Dr. Kadri Boubacar Coordinateur national, Programme national de Lutte contre le Trachome Ministère de la Santé - Niger
12:45 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 1:50	<u>Annonces du Président</u>	
1:50 – 2:20	Le N de CHANCE : Pourquoi nous le mesurons et quelle est sa fiabilité	Dr. Sheila West Vice présidente de la recherche Wilmer Eye Institute, hôpital Johns Hopkins
2:20 – 3:05	Point sur la stratégie CHANCE en Ouganda	M. Gilbert Baayenda Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome Ministère de la Santé - Ouganda
3:05 – 3:35	<u>Pause café et photo de groupe</u>	
3:35 – 4:35	Élaboration du dossier : Expériences du terrain <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Agatha Aboe (Sightsavers) • M. Aryc Mosher (USAID) • Dr. Jeremiah Ngondi (RTI) 	Animé par Mme Aisha Stewart Directrice adjointe, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
4:35 – 5:05	Le coût du trachome : enquêtes d'impact	M. Randall Slaven Administrateur adjoint principal du développement Le Centre Carter
5:05 – 5:35	Caractéristiques des patients présentant une trichiasis postopératoire (TTP) et avis sur la prise en charge de la TTP	Dr. Emily Gower Professeur adjoint, service de épidémiologie UNC Gillings School of Global Public Health
5:35 – 7:30	<u>Réception</u> (bibliothèque du Centre Carter et entrée du musée)	
7:30	<i>~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~</i>	

Célébrer vingt ans d'influence positive

Dix-neuvième bilan annuel du Programme de Lutte contre le Trachome

Le Centre Carter

19-20 mars 2018

Mardi 20 mars

7:30	<i>~Départ du Sheraton Hôtel pour Le Centre Carter~</i>	
7:45 – 8:15	<u>Petit déjeuner</u>	
8:15 – 8:25	<u>Annonces du Président</u>	
8:25 – 9:10	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan du Sud	M. Makoy Samuel Directeur des MTN-PC Ministère de la Santé - Soudan du Sud
9:10 – 9:55	Point sur la stratégie CHANCE au Soudan	Dr. Elkheir Elshafie Coordinateur du Programme national de Lutte contre le Trachome Ministère fédéral de la Santé - Soudan
9:55 – 10:25	Essai randomisé contrôlé par placebo sur la doxycycline pour améliorer les effets cliniques de la chirurgie du trichiasis et études en cours	Dr. Esmael Habtamu Ali Coordinatrice de l'étude La London School of Hygiene and Tropical Medicine
10:25 – 10:55	<u>Pause café</u>	
10:55 – 11:25	Point sur le groupe de travail WASH	Mme Angelia Sanders Directrice associée, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
11:25 – 11:55	Point sur les nouvelles versions de WASH à Amhara	Mme Dionna Fry Coordinatrice de l'étude La Fondation Francis I. Fondation Proctor, université de Californie à San Francisco
11:55 – 12:25	MORDOR et trachome	M. Ahmed Mamane Arzika Coordinatrice de l'étude MORDOR Le Centre Carter - Niger
12:25 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
1:30 – 1:35	<u>Annonces du Président</u>	
1:35 – 2:20	Point sur la stratégie CHANCE au Mali	Pr. Lamine Traoré Coordinateur national, Programme national sur les santé oculaires Ministère de la Santé - Mali
2:20 – 2:50	Le rôle de la surveillance dans la partie finale de lutte contre le trachome : Enquête sur les « points de vigilance »	Dr. Jeremiah Ngondi Conseiller technique régional, MTN RTI
2:50 – 3:20	<u>Pause café</u>	
3:20 – 4:20	Offrir des services de lutte contre le trachome aux réfugiés/déplacés internes	Animé par Mme Angelia Sanders Directrice associée, Programme de Lutte contre le Trachome Le Centre Carter
	<ul style="list-style-type: none"> • Mlle Zeinab Abdalla (Centre Carter) • Mlle Maha Adam (Centre Carter - Soudan) • Dr Kadri Boubacar (ministre de la Santé du Niger) • M. Scott McPherson (RTI) 	
4:20 – 5:20	Point sur le programme mondial	Dr. Anthony Solomon, Organisation mondiale de la Santé M. Scott McPherson, Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
	<ul style="list-style-type: none"> • GET2020 • CILCT • Pfizer • IIT 	Mme Julie Jensen, Pfizer Dr. Paul Emerson, Initiative internationale sur le Trachome
5:20 – 5:40	Remarques de conclusion	
5:40	<i>~Départ de la navette pour l'Hôtel Sheraton~ (Départ de la navette aussitôt après la réunion)</i>	
6:30	<i>~Départ de la navette de l'Hôtel Sheraton pour l'Atlantic Station Shopping Center ~ (6:30-9:00)</i>	

Éthiopie

M. Nebiyu Negussu (MFdS)
 Dr. Abebaw Gebeyehu (ARHB)
 Dr. Zerihun Tadesse (Le Centre Carter)
 M. Eshetu Sata (Le Centre Carter)
 M. Mulat Zerihun (Le Centre Carter)
 M. Berhanu Melak (Le Centre Carter)

Mali

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

Niger

Dr. Kadri Boubacar (MdS)
 M. Salissou Kane (Centre Carter)
 M. Barmou Moudi (Le Centre Carter)
 M. Ahmed Mamane Arzika (Le Centre Carter)

Soudan du Sud

M. Makoy Samuel (MdS)
 Mme Aja Isaac Kuol (MdS)
 Mme Sarah Yerian (Le Centre Carter)
 M. Matthew Kraus (Le Centre Carter)

Soudan

Dr. Elkheir Elshafie (MFdS)
 Dr. Nabil Aziz Awad Alla (Le Centre Carter)
 Mlle Zeinab Abdalla (Le Centre Carter)
 Mme Maha Adam (Le Centre Carter)
 Mme Maymoona Eltayeb (Le Centre Carter)

Ouganda

Dr. Edridah Muheki Tukahebwa (MdS)
 M. Gilbert Baayenda (MdS)
 Mme Peace Habomugisha (Le Centre Carter)
 Mme Stella Kanyesigye (Le Centre Carter)

Abbott Laboratories

M. Al Reid

Université d'Emory

Dr. Jacquelyn O'Banion

L'END Fund

M. Warren Lancaster

Helen Keller International

Mme Whitney Goldman

Le Coleman Family Trust

M. Joe Coleman
 Mme Teresa Coleman

Fondation Bill & Melinda Gates

M. Jordan Tappero

Conrad N. La Fondation Hilton

M. Robert Miyashiro

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

Mlle Virginia Sarah

Initiative internationale sur le Trachome

Mlle Birgit Bolton
 Dr. Paul Emerson
 Mlle PJ Hooper
 Mlle Geneviève Lacon
 Mlle Girija Sankar
 Mlle N. Saman Wijesooriya

La Johns Hopkins University School of Medicine

Dr. Sheila West

La Fondation Lions Clubs International

Son Honneur le Dr Tebebe Y. Berhan
 M. Elhadhi Boube Abdoukadi
 Dr. Michael Kakinda
 Mme Karen Kilberg
 M. Mama Tapo

La London School of Hygiene and Tropical Medicine

M. Esmael Habtamu Ali
 Dr. Emma Harding-Esch

La Fondation Noor de Dubaï

Dr. Mansur Rabi
 M. Omar Ba

Pfizer Inc

Mme Julie Jenson

**La Fondation Francis I. Fondation Proctor,
UCSF**

Mme Catherine Cook
Mme Dionna Fry
Mme Elodie Lebas
Mlle Catherine Oldenburg

Le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

Dr. Andrew Cooper

**Rollins School of Public Health, université
d'Emory**

M. Caleb Ebert
M. Paul Weiss

RTI International

M. Scott McPherson
Dr. Jeremiah Ngondi
Mlle Stephanie Palmer
Mlle Lisa Rotondo
Mlle Katie Zærhoff

Sightsavers

Dr. Agatha Abce
M. Colin Beckwith
Dr. Johnson Ngorok
Mlle Michaela Kelly

**Le Groupe de travail pour la Santé dans le
Monde**

Dr. Pat Lammie
M. Bill Nichols

Comité d'experts sur le trachome

Dr. Joseph Feczko

Université de Caroline du Nord à Chapel Hill

Dr. Emily Gower

**Agence américaine de Développement
International**

Mme Juno Lawrence Jaffer
M. Aryc Mosher

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

Dr. Diana Martin

WaterAid

Yael Velleman

Organisation mondiale de la Santé

Dr. Gautam Biswas
M. Ashok Moloo
Dr. Anthony Solomon

Le Centre Carter

Mme Laurie Baxley
Mlle Nina Bloch Benard
Dr. Kathryn cellule
Mme Kelly Callahan
Mme Kenya Casey
M. Yohannes Dawd
M. Don Denard
M. Frédéric Deycard
Mme Janie French
Mme Julia Gallini
Mme Emily Griswold
Mme Madelle Hatch
M. Andrew Heacox
Dr. Moses Katarbarwa
M. Curtis Kohlhaas
Mme Nicole Kruse
Mme Colleen Leonard
Mme Jayanthi Narain
Dr. Scott Nash
M. Andrew Nute
Mme l'Ambassadrice Mary Ann Peters
Mme Brianna Poovey
Dr. Frank Richards
Mme Christina Roberts
Mme Angelia Sanders
Mme Janet Shin
Dr. Dean Sienko
M. Randy Slaven
Mme Aisha Stewart
M. Marc Tewari
M. Craig Withers