



ÉLIMINATION DU TRACHOME EN AFRIQUE

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE DEUX INITIATIVES MULTIPAYS

Examen effectué par



TROPICAL
HEALTH

Table des matières

Mise en œuvre efficace des programmes : qualité, couverture et équité de la stratégie CHANCE

Enseignement 1 : S'entendre sur les pratiques à privilégier et les adopter, la clé du progrès	9
Enseignement 2 : La normalisation des mesures d'assurance qualité, préalable à l'amélioration des résultats chirurgicaux et de la qualité globale des soins	12
Enseignement 3 : Systématisation du dépistage pour une couverture équitable.....	16
Enseignement 4 : Progrès rapides enregistrés grâce aux directives et aux pratiques privilégiées en matière d'administration massive de médicaments, mais nécessité d'adapter les pratiques aux populations difficiles à atteindre.....	18
Enseignement 5 : Promotion continue du nettoyage du visage et des changements environnementaux, et étroite collaboration intersectorielle pour assurer la pérennité des progrès.....	20
Enseignement 6 : Des efforts expressément axés sur l'équité pour permettre l'élimination du trachome.....	24

La mise en place de systèmes de santé pour une élimination durable

Enseignement 7 : Objectifs de durabilité et de renforcement des systèmes de santé dès le départ.....	27
Enseignement 8 : Une approche verticale est efficace, mais le soutien des objectifs à long terme passe par l'intégration	30
Enseignement 9 : La transition est un processus, pas un événement ponctuel.....	32

Un modèle de partenariat unique

Enseignement 10 : Les partenariats confèrent une valeur ajoutée du fait de l'élargissement de la portée des programmes et du partage des enseignements	37
---	----

Résumé des principaux enseignements	40
--	----

Remerciements

Le présent document a été rédigé par une équipe indépendante de Tropical Health : Robin Altaras, Robert Geneau, Sabrina LaTorre, Niall Roche et Joslyn Meier. Elle a bénéficié de l'assistance des membres des organismes de financement, du ministère britannique du Développement international (DFID), du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, de la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome et de Sightsavers, notamment des membres du groupe directeur Evaluative Learning Exercise (exercice d'apprentissage et d'évaluation). Nous adressons nos sincères remerciements aux nombreuses parties prenantes, y compris le gestionnaire des subventions (Sightsavers), les partenaires coordonnateurs et de mise en œuvre de ce programme, les représentants des ministères, les équipes sanitaires et les bénévoles, pour leur temps, leurs idées et leurs contributions pertinentes à cet exercice d'apprentissage. Nous remercions les membres du groupe directeur et les conseillers techniques internationaux pour leurs réflexions et leurs commentaires sur les conclusions préliminaires. Nous n'oublions pas non plus ceux qui ont assuré la planification logistique des visites de l'équipe en Éthiopie, au Malawi et en Tanzanie.

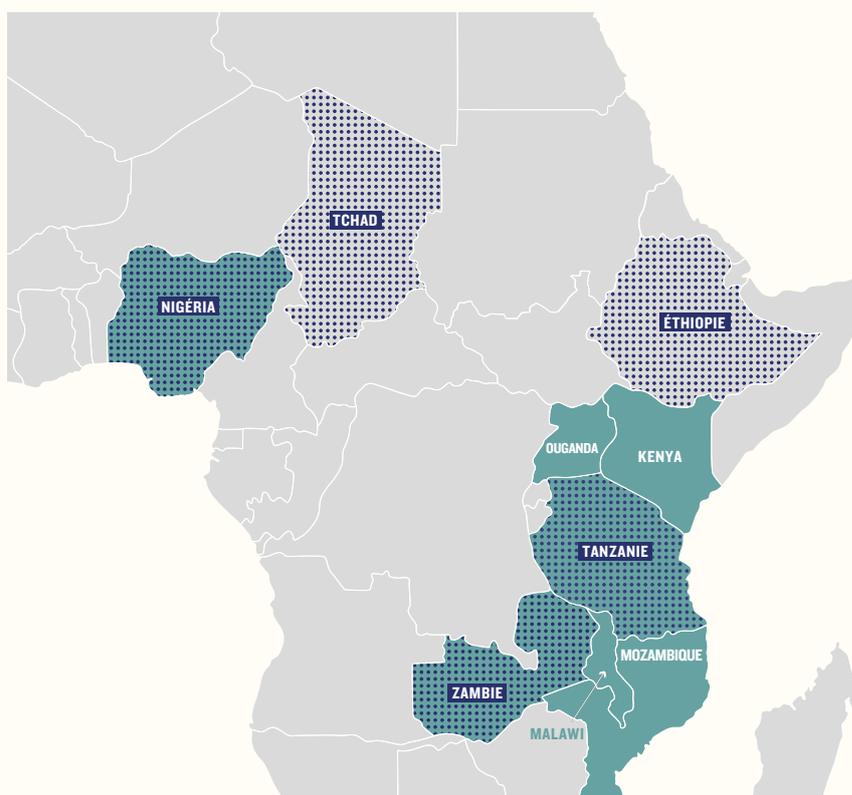
Introduction

En 2014, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust (le Trust) et le ministère britannique du Développement international (DFID) ont lancé deux programmes quinquennaux ambitieux visant à lutter contre le trachome dans dix pays d'Afrique. Dotées d'un budget total de 80 millions de livres sterling (près de 90 millions d'euros), ces deux initiatives avaient pour objectif de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre le trachome ou d'éradiquer ce problème de santé publique dans les pays sélectionnés. Avec l'appui des membres de la Coalition internationale pour la lutte contre le trachome (ICTC), ces deux programmes ont contribué à la mise en œuvre efficace de la stratégie CHANCE à une échelle sans précédent. Les résultats obtenus s'appuient sur les mesures importantes d'éradication du trachome prises ces 20 dernières années au niveau mondial.

Ces deux programmes arrivant à leur terme en 2019, un exercice d'apprentissage et d'évaluation de fin de programme (exercice d'apprentissage) a été commandé. Cet exercice d'apprentissage avait pour but de promouvoir

un apprentissage stratégique afin de contribuer aux données probantes disponibles relatives à l'élimination du trachome, aux programmes et à la stratégie en matière de maladies tropicales négligées (MTN) et au secteur de la santé en général. L'exercice d'apprentissage était notamment destiné à approfondir les connaissances des domaines où des lacunes ont été constatées, dans l'espoir d'éclairer les stratégies mondiales d'élimination du trachome.

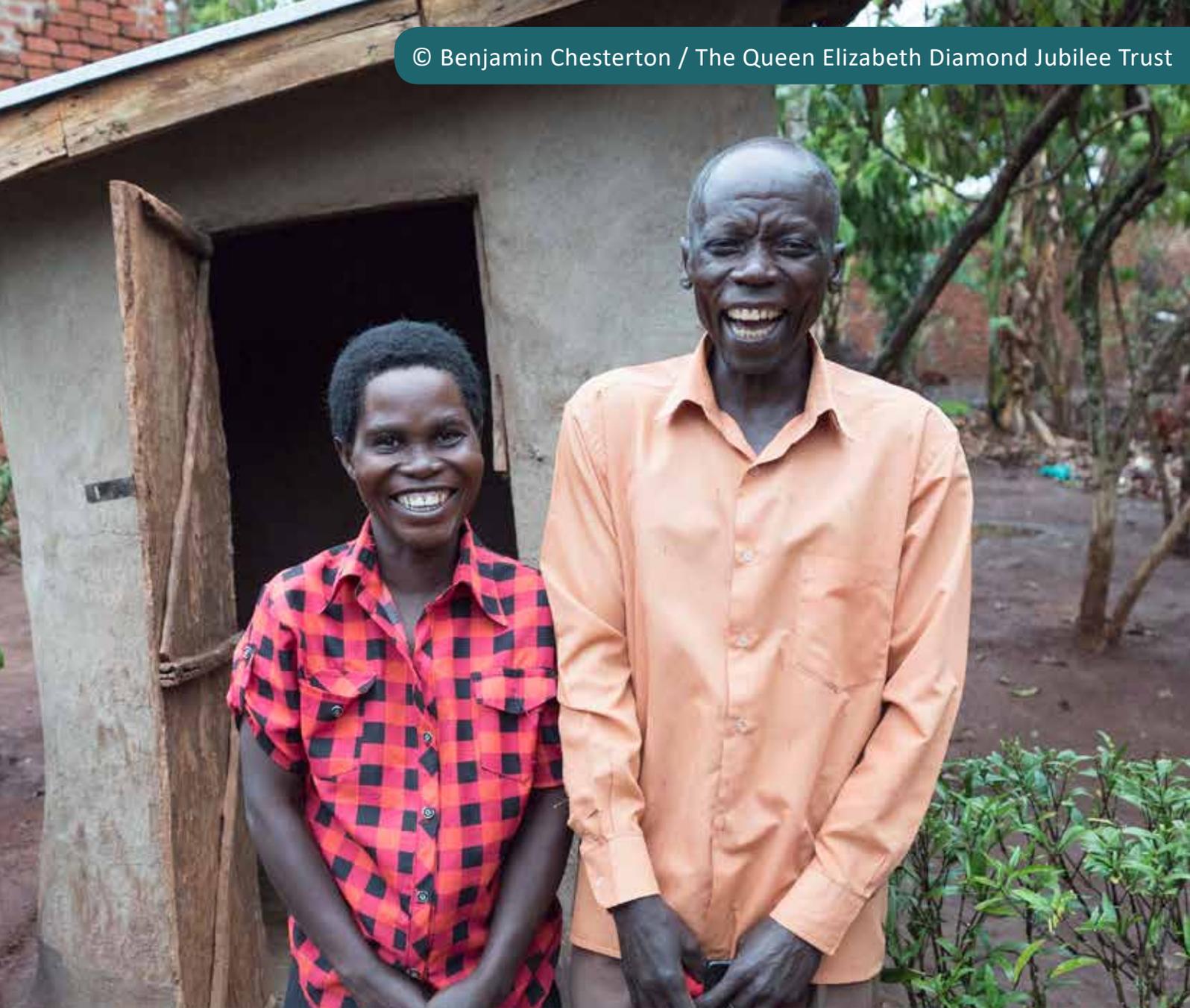
Dans le cadre d'une approche collaborative, l'exercice d'apprentissage a permis de recenser, d'explorer et de consigner les bonnes pratiques, des exemples de réussite et des réflexions sur ce que l'on aurait pu faire autrement. Les enseignements décrits dans le présent document sont issus de l'examen de documents clés, de réponses écrites à des enquêtes, de consultations d'informateurs clés, de discussions de groupe et d'ateliers tenus avec des parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national. Les conclusions exposées ici traduisent les opinions des participants à l'exercice d'apprentissage.



Régions d'action du DFID et du Trust dans le domaine du trachome en Afrique

Légende

-  Pays bénéficiant du soutien du Trust
-  Pays bénéficiant du soutien du DFID



Élimination du trachome en tant que problème de santé publique

Le trachome est la première cause infectieuse de cécité dans le monde et l'une des 20 maladies tropicales négligées. On estime que 158 millions de personnes vivent dans des régions où le trachome est endémique et constitue un problème de santé et de développement majeur. Le trachome est causé par une bactérie qui se propage par contact avec l'écoulement oculaire ou nasal d'une personne infectée. En 1998, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA51:11 pour l'élimination mondiale du trachome cécitant, à l'appui de l'Alliance OMS (Organisation mondiale de la Santé) pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 (Alliance GET2020). La stratégie CHANCE, approuvée par l'OMS, fournit un cadre pour le traitement et la prévention du trachome. Cette stratégie comprend des actes chirurgicaux destinés à corriger les effets du *trichiasis trachomateux* (TT), un stade avancé et cécitant du trachome, l'administration d'antibiotiques afin de réduire la prévalence de la maladie active, ainsi que la promotion du nettoyage du visage et des changements environnementaux (N&CE) afin de limiter la transmission et de favoriser l'élimination du trachome.

Les progrès dans la lutte contre le trachome

1993

Adoption par l'OMS de la stratégie CHANCE comme méthode d'élimination recommandée

1996

Création de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 (Alliance GET2020)

1998

Mise en place de l'Initiative internationale de lutte contre le trachome (ITI) pour gérer les antibiotiques donnés par Pfizer Inc.

1998

Adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé d'une résolution ciblant le trachome en vue de son élimination mondiale

2004

L'ICTC devient partie prenante d'organisations non gouvernementales, donatrices, du secteur privé et universitaires qui collaborent afin de soutenir l'Alliance GET2020 de l'OMS

2011

Publication par l'ICTC du document « La fin est en vue : 2020 INSight », un plan stratégique mondial qui trace les grandes lignes d'une feuille de route, énonçant les mesures nécessaires à l'élimination du trachome à l'horizon 2020, y compris un plan de collaboration et d'investissement grâce à des partenariats à grande échelle

2012

Réunion des partenaires mondiaux pour la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées, qui cible dix MTN, dont le trachome, en vue de lutter contre elles, de les éliminer ou de les éradiquer

2012-2016

Collecte par le Projet de cartographie mondiale du trachome, financé par le DFID et l'USAID, de données sur le trachome auprès de 2,6 millions de personnes dans 29 pays

2012

Oman, premier pays reconnu par l'OMS comme ayant éliminé le trachome

2014

Le DFID et le Trust s'engagent à consacrer 80 millions de livres sterling (près de 90 millions d'euros) à l'élimination du trachome sur cinq ans dans neuf pays d'Afrique (plus un dixième pays ultérieurement)

2016

Publication par l'Alliance GET2020 (OMS) du document « Élimination du trachome : accélérer les actions pour atteindre l'objectif de 2020 », qui esquisse un plan d'intensification des programmes et de renforcement des systèmes de santé

2016

Reconnaissance par l'OMS de l'élimination du trachome au Maroc

2017

Reconnaissance par l'OMS de l'élimination du trachome au Cambodge, au Mexique et au Laos

2018

Le Ghana devient le premier pays de la région Afrique de l'OMS à être parvenu à éliminer le trachome ; reconnaissance par l'OMS de l'élimination du trachome en Iran et au Népal

Un partenariat sans précédent

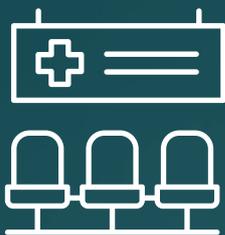
Le modèle de partenariat entre les deux programmes était unique et complexe. Supervisés par un comité consultatif de programme de l'ICTC, dirigés par un gestionnaire de subvention nommé (Sightsavers), les programmes se sont caractérisés par un mécanisme inhabituel : les membres de l'ICTC ont assumé les rôles de coordonnateurs nationaux et de partenaires de mise en œuvre, et ont collaboré étroitement avec le ministère de la Santé dans chaque pays.

Dès le début des programmes, l'objectif était d'assurer la cohérence entre les deux bailleurs de fonds, et plus largement au sein de la communauté du trachome. Cette cohérence constitue le moteur des principes fondamentaux des initiatives. Le partenariat avait pour objet d'agir sur trois plans :

- **Actions sur le terrain dans les communautés touchées par le trachome** en élargissant l'approche CHANCE et en assurant la qualité et l'efficacité ;
- **Renforcement des systèmes de santé** de manière à maintenir durablement les réalisations et l'élimination ;
- **Exercice d'une influence sur les autres** par l'élaboration de nouvelles approches, de nouvelles boîtes à outils et de données pour la prise de décision et la mobilisation des ressources.



LES RÉALISATIONS DU PROGRAMME



213 886

interventions
chirurgicales réalisées
pour sauver la vue



153

districts ayant bénéficié
d'activités liées au
nettoyage du visage
et aux changements
environnementaux



68 571

agents de dépistage
mobilisées pour localiser
les personnes ayant
besoin d'un traitement
dans 70 districts ou régions

75,7 MILLIONS

de traitements antibiotiques
vitaux fournis aux
personnes vivant dans
des zones à haut risque



82



organisations mobilisées, y compris
ministères nationaux, partenaires
coordonnateurs, partenaires mondiaux,
donateurs et organismes internationaux

MISE EN ŒUVRE EFFICACE DES PROGRAMMES : QUALITÉ, COUVERTURE ET ÉQUITÉ DE LA STRATÉGIE CHANGE



Enseignement I : s'entendre sur les pratiques à privilégier et les adopter, la clé du progrès

Par l'intermédiaire de l'ICTC, la communauté du trachome a convenu d'un ensemble de pratiques privilégiées et produit des manuels qui exposent des données issues de la recherche opérationnelle et de l'expérience des pays à l'appui des pratiques efficaces (voir page II). Certaines de ces ressources décrivent des bonnes pratiques clairement convenues (par exemple, en ce qui concerne la formation des agents de dépistage du TT) ; d'autres proposent une panoplie d'options. L'élaboration et l'adoption de pratiques privilégiées est un processus dynamique et évolutif. Ces pratiques sont le fruit de l'expérience de terrain des programmes d'élimination du trachome et des membres de l'ICTC. Les pratiques privilégiées sont ensuite encouragées, recommandées par l'OMS et officiellement approuvées par les membres de l'ICTC. Par la suite, les pays les adoptent et les mettent en œuvre, expérimentant et testant des approches. Ainsi, ils contribuent en permanence à l'élaboration de nouvelles pratiques privilégiées. En conséquence, les pratiques privilégiées de l'ICTC ne se veulent pas normatives. Les pays sont censés adapter ces pratiques et essayer de nouvelles approches, selon leur contexte. De manière générale, l'utilisation d'outils normalisés et l'élaboration de pratiques privilégiées sont considérées comme des stratégies efficaces permettant d'atteindre les objectifs d'élimination. L'adoption réussie des pratiques privilégiées de l'ICTC a été rendue possible par :

La direction assurée par le ministère de la Santé :

En général, les ministères de la Santé ont adopté les pratiques privilégiées en matière de prise en charge des cas de trichiasis et d'administration massive de médicaments, et en ont fait leurs directives nationales. Ce processus a permis leur mise en œuvre cohérente sous forme de normes de qualité. Les groupes de travail nationaux sur le trachome (organes de coordination gouvernementaux mis en place dans les pays où le trachome est endémique, composés de représentants gouvernementaux, d'ONG, de donateurs, d'établissements universitaires et d'autres parties prenantes) ont joué un rôle consultatif technique majeur pour appuyer l'adaptation des pratiques privilégiées au contexte national. Par exemple, en Éthiopie, le groupe de travail national sur le trachome a dirigé l'adoption de pratiques et d'outils privilégiés en matière de supervision formative.

Un soutien constant de la part des partenaires coordonnateurs nationaux :

Les partenaires coordonnateurs ont soutenu les ministères de la Santé pour garantir le respect par les partenaires de mise en œuvre d'une approche commune et fondée sur des données probantes.

Une assistance technique de qualité :

Les visites consultatives techniques effectuées par des formateurs principaux ou un expert de haut niveau ont constitué un mécanisme important d'appui et de suivi de la mise en œuvre des pratiques privilégiées sur le terrain. Le renforcement des capacités pratiques a été très apprécié par les équipes de santé, en particulier les chirurgiens du TT. L'efficacité de l'assistance s'est avérée maximale lorsqu'elle était suivie de recommandations écrites et de réunions de debriefing, à l'appui du suivi et de l'évaluation continue.

La documentation et le partage des données :

Les réunions trimestrielles de contrôle auxquelles ont participé les membres du groupe de travail national sur le trachome, ainsi que les partenaires coordonnateurs et de mise en œuvre, ont été utiles pour partager les expériences et démontrer l'efficacité des pratiques privilégiées.

« Il nous a fallu parler encore et encore des pratiques privilégiées, à chaque réunion de contrôle. Nous sommes arrivés à un tournant décisif lorsque nous avons montré que les stratégies de dépistage étaient plus efficaces que les stratégies de mobilisation de masse. C'est alors que nous sommes parvenus à un consensus. » - Partenaire coordonnateur

MISE EN ŒUVRE EFFICACE DES PROGRAMMES



Si l'adoption des pratiques privilégiées de l'ICTC s'est révélée cruciale pour les progrès réalisés, elle a néanmoins été trop lente dans certains pays.

Au nombre des facteurs qui ont retardé ou entravé l'adoption de pratiques privilégiées ou d'autres outils normalisés figurent les suivants :

Partage tardif ou absence initiale d'orientation

Au début des programmes, on disposait de peu de directives sur la transition des services après l'élimination/la mise en place d'audits cliniques. Les programmes ont apporté une contribution majeure à l'élaboration de nouvelles boîtes à outils ou de pratiques privilégiées dans ces domaines. Il est couramment admis qu'il reste beaucoup à faire concernant l'élaboration de pratiques privilégiées, mais dans certains cas leur partage tardif ou les ajouts aux manuels de pratiques privilégiées ont ralenti la mise en œuvre.

Incohérence ou faiblesse de la gouvernance

La faible participation du ministère de la Santé (en partie en raison de la forte rotation du personnel) ou les changements dans les structures de gouvernance n'ont pas été sans conséquence sur l'adoption des pratiques privilégiées en raison de la capacité limitée à adopter, promouvoir et adapter leur usage au fil du temps.

Résistance au changement et responsabilisation limitée

Il apparaît que certains partenaires de mise en œuvre se sont montrés résistants au changement, qu'ils ignoraient les données probantes ou les pratiques privilégiées de l'ICTC et continuaient d'exercer leurs activités selon l'approche habituelle. En cause les compétences techniques limitées de certains partenaires ou leur méconnaissance de pratiques privilégiées particulières. Certains experts mondiaux ont également noté l'absence de mécanisme de responsabilité pour garantir l'application des pratiques privilégiées par les partenaires.

Pratiques privilégiées actuelles de l'ICTC

- **Bonnes pratiques pour le traitement de masse par Zithromax® (2013)**
- **Tout ce dont vous avez besoin pour le N&CE - Un guide pratique de partenariat et de planification (2015)**
- **Organisation de campagnes de proximité pour la prise en charge chirurgicale du trichiasis - Pratique privilégiée pour les responsables de programme (2015)**
- **Plan d'action contre le trachome : guide de planification pour l'élimination nationale du trachome cécitant (2015)**
- **La microplanification au service de l'administration massive de Zithromax® (2016)**
- **Cursus de formation pour les identificateurs de patients atteints de trichiasis (2016)**
- **Guide de soutien psychologique relativement au trichiasis (2016)**
- **Supervision formative pour les Programmes du trichiasis trachomateux (2017) et Supervision formative en matière d'administration massive de médicaments (2018)**
- **Formation des chirurgiens du trichiasis dans le cadre des programmes visant à l'élimination du trachome (2018)**
- **Transition planning for trichiasis management services (2019)**
- **Transition planning for mass drug administration of Zithromax® (2019)**
- **Transition planning for facial cleanliness and environmental improvement (2019)**

Enseignement 2 : la normalisation des mesures d'assurance qualité, préalable à l'amélioration des résultats chirurgicaux et de la qualité globale des soins

Tous les pays ont réalisé des progrès considérables en adoptant et en appliquant des mesures d'assurance qualité et de sécurité dans le cadre de la stratégie CHANCE. Les faits démontrent que les approches d'amélioration de la qualité ont fait l'objet d'une adhésion généralisée. Les progrès réalisés en matière de résultats chirurgicaux des chirurgiens du TT et de qualité globale des soins prodigués aux patients atteints de TT en sont un bon exemple. En particulier, il a été estimé que la normalisation des méthodes d'assurance qualité (de la formation et de la certification à l'évaluation des résultats postopératoires et aux audits chirurgicaux, en passant par la supervision formative et la surveillance des taux de suivi) permettait d'améliorer les résultats chirurgicaux et la qualité globale des soins. Les participants ont recensé les bonnes pratiques suivantes à l'appui de la qualité de la chirurgie :

Formation d'un personnel médico-chirurgical certifié

Sensibilisation à la nécessité d'une formation en chirurgie :

Dans certains pays, les parties prenantes devaient d'abord s'acquitter des obligations en matière de qualifications chirurgicales, de niveaux de compétences et de formation.

Normalisation du processus de formation à toutes les étapes :

Il s'agissait notamment de veiller à ce que la formation des formateurs soit assurée par des maîtres formateurs et à ce que les cursus associent des sessions pratiques de chirurgie avec l'utilisation du simulateur HEAD START (Human Eyelid Analogue Device for Surgical Training And Skills Reinforcement in Trachoma), un dispositif de formation pour la chirurgie du trichiasis. Les experts mondiaux ont souligné que toutes les formations en chirurgie du trichiasis, y compris la formation des formateurs et la formation des superviseurs formatifs, doivent commencer en salle de classe, à l'aide du simulateur HEAD START, puis se poursuivre par des sessions pratiques de chirurgie supervisées par un maître formateur.

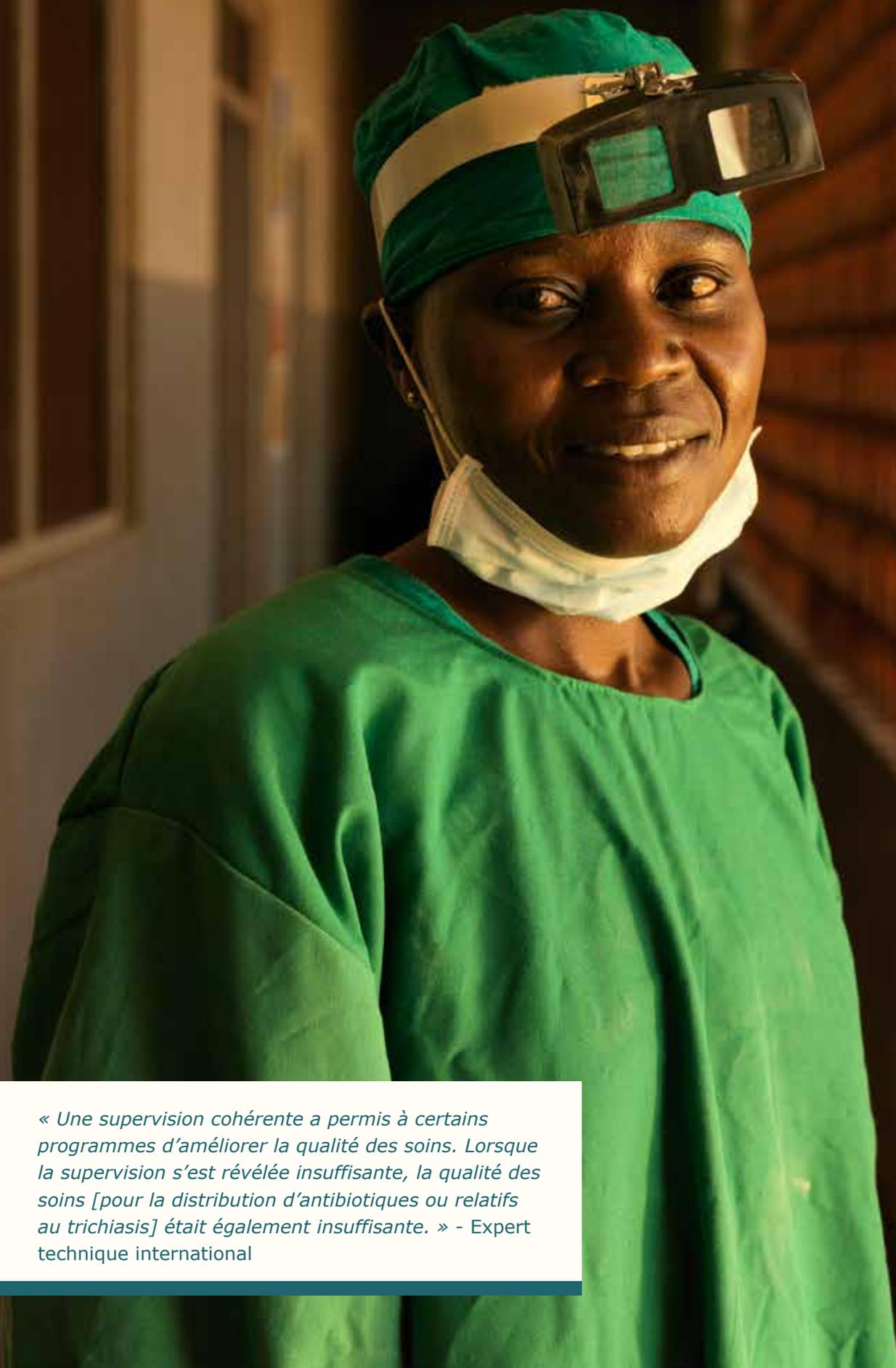
« Nous avons étudié le trachome et la chirurgie du TT dans le cadre de notre formation initiale. Mais lors du processus de certification [...], certains d'entre nous n'ont pas réussi à obtenir leur certification. C'est la raison pour laquelle [cette formation supplémentaire

était capitale], pour assurer une chirurgie de qualité ! » - Infirmière ophtalmologiste

« On est toujours parti du principe que les programmes de formation donnaient aux agents de santé toutes les connaissances nécessaires. Mais ce n'était pas le cas. Les agents de santé ignoraient certaines informations essentielles, notamment les lieux et méthodes de prise en charge du TT ou les moyens de prévention. Tous les membres du personnel médical ne disposaient pas des compétences modernes nécessaires aux opérations du TT. Tous avaient besoin d'une formation pour être capables de pratiquer une opération du TT. » - Partenaire de mise en œuvre

Mise en place d'une supervision formative régulière

La plupart des pays considèrent aujourd'hui qu'une supervision formative cohérente et solidaire de l'assurance qualité et du renforcement des capacités techniques constitue un aspect majeur des programmes. Il est capital de prodiguer aux superviseurs une formation spécifique à la supervision formative pour assurer et maintenir la qualité à long terme. Au début, on a ciblé les ophtalmologistes pour assurer la supervision. Cette approche a suscité des difficultés dans nombre de pays, en raison de leur disponibilité limitée et, dans certains contextes, de leur faible exposition à la chirurgie du TT. Certains pays ont recensé d'autres stratégies de sélection, telles que le recrutement d'agents de santé de niveau inférieur maîtrisant les compétences requises.



« Une supervision cohérente a permis à certains programmes d'améliorer la qualité des soins. Lorsque la supervision s'est révélée insuffisante, la qualité des soins [pour la distribution d'antibiotiques ou relatifs au trichiasis] était également insuffisante. » - Expert technique international

Évaluations postopératoires

Les programmes insistent sur l'amélioration de l'évaluation et du signalement des résultats chirurgicaux, le résultat final étant déterminé lors de la visite de suivi postopératoire réalisée dans les trois à six mois suivant l'intervention. Toutefois, la proportion de patients passant effectivement la visite de suivi recommandée dans les trois à six mois variait considérablement d'un pays à l'autre. Si les programmes tendent à assurer toutes les visites de suivi recommandées, il n'en demeure pas moins que les taux de réalisation de ces visites dans les trois à six mois seront variables en fonction du contexte, des normes comportementales en matière de recherche de soins, ainsi que des ressources humaines et financières disponibles. Les programmes doivent donc se doter de mécanismes appropriés favorisant le respect des visites de suivi. Au nombre des stratégies destinées à promouvoir l'adhésion à ces dispositions, citons :

- Les services de conseil postopératoires
- La remise de cartes de rendez-vous aux patients après l'intervention chirurgicale
- L'utilisation de moyens de communication de masse pour souligner l'importance du suivi
- La collaboration avec les agents de dépistage ayant préalablement identifié les patients afin de leur rappeler ou effectuer leur contrôle médical
- La réalisation de visites de suivi à domicile pour les patients âgés
- L'utilisation des unités mobiles traitant le TT pour effectuer également un suivi postopératoire
- L'utilisation de « TT surgery tracker », une application mobile actuellement à l'essai, permettant d'assurer un suivi des résultats chirurgicaux dans le cadre du programme mondial d'élimination.

Introduction des audits cliniques à titre d'approche complémentaire

L'audit clinique constitue un outil normalisé supplémentaire de suivi de la qualité des opérations réalisées. Ce type d'audit complète l'évaluation des résultats (qui fournit des informations relatives à la prise en charge des patients). Les audits cliniques ont pour objet d'évaluer les résultats réels des interventions pratiquées par un chirurgien en particulier, afin de

déterminer l'éventuelle nécessité d'une formation supplémentaire du chirurgien. Ces audits comprennent l'examen du registre et le suivi des cas à l'aide de techniques d'échantillonnage par lots appliquées à l'assurance qualité. Objet d'un guide pratique élaboré dans le cadre du programme, cette approche est sur le point d'être adoptée par l'ICTC comme une pratique privilégiée. La plupart des pays ont désormais testé ce processus. Le recours à des normes de taux acceptables du TT postopératoire pour assurer le suivi des résultats postopératoires a permis, dans le cadre de programmes nationaux, de recenser les chirurgiens du TT peu efficaces, de leur prodiguer une nouvelle formation ou de les démettre de leurs fonctions. Dans deux pays, des chirurgiens manquant de compétence ont été recensés dans le cadre de ce processus. Les ministères de la Santé ou les autorités locales ont alors recommandé qu'ils suivent un nouveau cycle de formation ou qu'ils soient démis de leurs fonctions. Étant donné le temps et les ressources humaines considérables qu'exige une supervision formative régulière, les audits cliniques constituent une mesure complémentaire majeure en matière d'assurance qualité.

« Une supervision formative est essentielle [...] et ne peut être remplacée par des audits cliniques. [Elle] permet de prendre des mesures correctives sur place si besoin est [et] d'offrir un mentorat et une assistance au travail. » - Expert technique international

En dépit de l'adoption de mesures d'assurance qualité efficaces (certification, supervision et audit), les difficultés suivantes exigent une attention accrue dans les pratiques chirurgicales privilégiées en matière de qualité :

• Ressources humaines et rétention du personnel :

Dans certains milieux, la réduction progressive de l'effectif des chirurgiens du TT a eu des conséquences sur la qualité de leurs services et sur l'utilisation efficace des ressources. Pour contrer ce phénomène, différentes stratégies ont été élaborées, mais avec des résultats limités. En Éthiopie, des ophtalmologues intégrés ont été détachés dans leur district d'origine chaque fois que cela était possible. Même s'il s'agissait d'une solution à court terme, les représentants du ministère de la Santé ont pensé que ces travailleurs continueraient à soutenir le système de santé oculaire à long terme.

- **Visites de suivi postopératoire :**

Bien que certains pays aient mis au point des approches créatives pour promouvoir le respect des visites de suivi dans les trois à six mois, ce point reste un défi, quel que soit le contexte. Il est impératif de recenser et de tester d'autres approches, mais également d'allouer des ressources adéquates pour soutenir le suivi actif des patients lorsque c'est nécessaire.

- **Audit clinique :**

Le guide de l'audit clinique exige un échantillon approprié d'interventions chirurgicales oculaires. Plusieurs pays ont fait état de la difficulté d'évaluer l'efficacité des chirurgiens qui n'effectuent des interventions que rarement. Les directives en matière de taille appropriée de l'échantillon sont en cours de révision.

- **Après l'élimination :**

L'évaluation des mesures les plus appropriées pour maintenir la qualité chirurgicale après l'élimination (en cas de chirurgie du trichiasis rarement pratiquée) et l'intégration efficace de ces mesures dans la prestation de soins de santé de routine exigent un examen continu.



Enseignement 3 : systématisation du dépistage pour une couverture équitable

Le dépistage du trichiasis était un défi, et il l'est encore, mais une approche plus systématique a produit de meilleurs résultats. La technique du porte-à-porte (sur l'intégralité d'une zone administrative) a permis d'atteindre une couverture complète, de générer des données pertinentes à présenter dans le dossier d'élimination soumis à la validation de l'OMS et de garantir un accès aux services aux patients les plus vulnérables. Cependant, la technique du porte-à-porte mobilise des ressources humaines, financières et logistiques considérables. Le rapport coût/efficacité de l'approche diminue rapidement à mesure que le nombre de cas diminue. Ont été privilégiées les zones difficiles d'accès, ou encore les zones dans lesquelles le nombre de cas en attente de prise en charge avait été réduit, afin de trouver les derniers cas. Certains pays ont procédé à une microplanification des activités relatives au trichiasis, ce qui a favorisé l'intégration économique de différentes activités et leur intégration ultérieure dans les services de santé courants (voir page 32). Les stratégies de dépistage doivent être adaptées et réexaminées au cours de la mise en œuvre du programme.

Sélection des agents de dépistage

La plupart des pays ont suivi les pratiques privilégiées de l'ICTC en matière de dépistage. Ils ont mis en place des groupes de volontaires devant être formés en tant qu'agents de dépistage au niveau communautaire, en fonction des besoins locaux. Il s'agissait notamment d'agents de santé communautaire ou d'autres bénévoles de santé au niveau des sous-districts, ainsi que d'enseignants et d'autres notables. En Tanzanie, il a été possible d'assurer la couverture complète en impliquant les chefs de quartiers et les responsables de groupes de microfinance en qualité de superviseurs d'agents de dépistage (voir page 24).

Pertinence des données sur la couverture

Dans les phases initiales des programmes, les pays se sont heurtés à l'inexactitude des données relatives aux cas en attente. La situation s'est considérablement améliorée avec la normalisation des données dans le cadre du Projet de cartographie mondiale du trachome et de Tropical Data, un service d'appui aux enquêtes dirigé par l'OMS pour les programmes nationaux de lutte contre les MTN. Néanmoins, dans certains contextes où les estimations de la prévalence du TT comportaient de larges intervalles de confiance, il a été difficile de savoir quand le seuil d'élimination était atteint.

L'application d'un processus de dépistage systématique a donné aux pays l'assurance d'une couverture géographique exhaustive et une plus grande certitude d'avoir atteint le seuil d'élimination. Toutefois, les pays ont eu du mal à trouver les meilleurs moyens de rendre compte du dépistage. Certains ont relevé l'extrême difficulté d'élaborer de nouvelles approches au cours de la mise en œuvre. En Ouganda, l'équipe a mis au point une méthode systématique basée sur Excel pour consigner le processus de dépistage en porte-à-porte dans les districts où l'objectif de 0,2 % n'avait pas été atteint. Cette approche pourrait être adaptée ou donner lieu à l'élaboration d'autres outils de collecte des informations pertinentes dans des contextes spécifiques. Il faut davantage de directives et de partages d'expérience sur le terrain concernant les moyens les plus fiables de consigner le dépistage et la manière dont les pays en phase finale doivent rendre compte des dernières étapes.

« Il y a encore débat sur la manière de confirmer la fin effective d'interventions chirurgicales. Les données conduisent à une conclusion, mais l'expérience ne va pas dans le même sens... La prévalence du TT ne traduit généralement pas la réalité du terrain. Nous avons donc mis au point un processus permettant de consigner systématiquement le dépistage. » - Partenaire coordonnateur



« La recherche de cas de trichiasis en porte-à-porte s'est révélée cruciale pour couvrir équitablement l'intégralité d'un district. » - Expert technique international

Enseignement 4 : progrès rapides enregistrés grâce aux directives et aux pratiques privilégiées en matière d'administration massive de médicaments, mais nécessité d'adapter les pratiques aux populations difficiles à atteindre

Dans le cadre des programmes, des campagnes d'administration massive de médicaments (AMM) ont été menées avec succès, en collaboration avec des programmes complémentaires mettant en œuvre des campagnes d'AMM. Les progrès rapides réalisés ont permis de réduire la charge du trachome actif. Des résultats de grande qualité associés à une large couverture ont été rendus possibles grâce aux éléments suivants :

L'adoption des pratiques privilégiées de l'ICTC et des directives de l'Initiative internationale de lutte contre le trachome (ITI)

La formation complète

des superviseurs d'AMM et des distributeurs communautaires de médicaments.

La microplanification efficace

et l'appropriation du processus par les districts.

La supervision formative :

Des ateliers régionaux de formation des formateurs à la supervision formative ont été organisés et reproduits dans de nombreux pays, tels que le Nigéria et l'Éthiopie.

Les stratégies de mobilisation sociale à multiples facettes :

Dans la plupart des pays, différentes stratégies ont été utilisées pour mobiliser les communautés en associant communication de masse et éducation sanitaire ciblée, et en faisant intervenir des chefs religieux et locaux de confiance. En Éthiopie, des techniques de porte-à-porte basées sur la cartographie existante ont également été utilisées afin d'assurer une couverture optimale.

La diffusion et l'adoption des directives de l'ITI concernant la posologie et l'administration de l'azithromycine :

Bien que les effets indésirables graves soient très rares, quelques cas ont été signalés.

En Zambie, les superviseurs et les distributeurs de médicaments de la communauté se sont reconvertis afin d'assurer l'adoption universelle de pratiques sûres lors de l'administration de Zithromax® aux enfants (p. ex., ne pas se boucher le nez lors de la prise du médicament).

L'application de stratégies et d'outils de « ratissage » efficaces pour améliorer la couverture

Tout le monde s'accorde sur la nécessité de stratégies de « ratissage » efficaces. À cette fin, des outils ont été mis au point. En Éthiopie, le ministère fédéral de la Santé et l'OMS ont mis au point un outil de supervision rapide de la couverture, sur le modèle de celui qui est utilisé pour les autres MTN. Cet outil vient à l'appui du processus de validation afin de déterminer l'éventuelle nécessité d'un ratissage.

Le niveau élevé d'acceptabilité du médicament

Le Zithromax® est bien accepté par les populations. Au Nigéria, « les gens aiment le Zithromax® ».

La coordination avec les agents chargés de l'AMM pour d'autres maladies

(voir page 30)

En dépit du grand succès des campagnes d'AMM et de leur couverture globale élevée, il reste compliqué de desservir les populations considérées comme difficiles à atteindre. Il s'agit notamment des populations vivant dans des zones reculées, des populations nomades peu exposées aux campagnes d'AMM, ainsi que des populations qui doivent se déplacer ou qui vivent dans des milieux peu sûrs. Dans le nord de la Tanzanie, des contrôles ponctuels ont révélé la présence de zones d'endémie du trachome au niveau des sous-districts, tandis qu'en Zambie l'élimination du trachome actif dans la province de l'Ouest demeure problématique. Certaines zones se caractérisent par la présence de certains ou de tous les facteurs suivants entravant l'AMM : faible densité de population, insécurité, routes impraticables pendant une partie de l'année, absence de couverture de téléphonie mobile empêchant d'adapter les campagnes en temps réel, accès difficile à l'eau et conditions environnementales difficiles.

Il reste beaucoup à faire concernant l'identification et la publication des pratiques innovantes permettant de desservir les populations difficiles à atteindre

Au Tchad, des stratégies ont été adaptées dans le cadre des programmes pour faire appel à des équipes mobiles dédiées, plutôt qu'à des volontaires communautaires, afin d'atteindre les populations nomades dans de vastes zones difficiles d'accès. Grâce au financement du DFID, la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les MTN apporte actuellement son soutien à plusieurs projets de recherche opérationnelle sur l'accès équitable à l'AMM pour les MTN dans le monde. À l'avenir, les programmes devront utiliser cette base de données pour adapter les approches en fonction du contexte, comme les États fragiles ou les sous-régions où vivent des populations de passage.

« Il est nécessaire de faire le maximum pour que les programmes localisent et éduquent les groupes défavorisés [en travaillant avec les responsables locaux et les agents de santé communautaire]... Cela ne pourra pas se faire automatiquement avec les activités traditionnelles. » - Partenaire coordonnateur

Enseignement 5 : promotion continue du nettoyage du visage et des changements environnementaux, et étroite collaboration intersectorielle pour assurer la pérennité des progrès

L'approche stratégique consistant à établir des partenariats et à créer des liens avec divers secteurs, y compris les secteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH), de l'éducation et de la santé en général, a permis d'intégrer des messages relatifs au trachome dans les travaux en cours et de promouvoir un environnement propice, ce qui a été apprécié. Il est généralement admis que la stratégie CHANCE définit clairement une approche d'intégration des questions d'hygiène et d'assainissement liées au trachome dans les programmes existants plutôt que de créer un programme N&CE spécifique au trachome. Dans les pays où les programmes sont mis en œuvre, les acteurs de l'EAH et de l'éducation accordent désormais une plus grande importance à leurs rôles respectifs dans l'élimination du trachome.

Adéquation du calendrier, expertise technique et connaissance des programmes EAH

Dans tous les pays, la composante N&CE n'a été mise en œuvre que tardivement. Il est donc prématuré d'en attendre des changements significatifs. Si cette approche graduelle n'est pas le fruit d'une vision stratégique, il a néanmoins fallu beaucoup de temps et de ressources pour comprendre le contexte opérationnel et élaborer des approches appropriées. Il existe un consensus **sur le fait que les quatre composantes du programme CHANCE doivent être mises en œuvre dès le début**, et que cette harmonisation est cruciale pour laisser suffisamment de temps aux interventions N&CE pour obtenir des résultats et créer les liens intersectoriels nécessaires à une élimination durable.

« Tous les éléments [de la stratégie CHANCE] sont complexes. Cependant, nous sous-estimons ce qui doit être fait pour impliquer les experts en matière de N&CE... Si nous devons repartir de zéro, nous commencerions par les interventions N&CE parce que c'est la clé. » - Expert technique international

Les défis initiaux comprenaient **une capacité technique limitée et une connaissance insuffisante** des programmes EAH et de changement des comportements. Alors que les partenaires de mise en œuvre comprenaient des organisations du secteur EAH dans certains pays, les interventions N&CE représentaient un domaine nouveau pour bon nombre de partenaires coordonnateurs et de mise en œuvre. S'ils avaient effectivement une vaste expérience en matière de santé oculaire et de prestation de services, ils ne disposaient que de compétences techniques limitées et de connaissances de base concernant les programmes et acteurs nationaux dans les domaines de l'EAH et du changement des comportements. C'est au niveau du gestionnaire de subventions qu'est apparue l'expertise technique, ce qui a été très apprécié et mis à profit. Cependant, il était difficile pour deux personnes de soutenir plus de 30 partenaires EAH dans dix pays. Certains pays ont fait appel à des ONG réputées du secteur EAH pour assurer avec succès la fonction de responsables techniques, ce qui a été perçu comme un facteur de réussite important. Il a également été suggéré que les partenaires coordonnateurs bénéficient de la présence au sein du personnel de conseillers techniques en matière d'EAH et de changement des comportements, afin d'impliquer, d'appuyer et de superviser plus efficacement les partenaires N&CE. Il est nécessaire que tous les acteurs comprennent comment les activités relatives à l'EAH et au changement des comportements contribuent à l'objectif global.

« C'est un secteur à part entière avec son propre jargon et sa propre méthode de travail. Aucun de nos agents ne s'y connaissait en services EAH au niveau du pays. [Les conseillers techniques EAH au niveau du gestionnaire de subventions] étaient limités parce qu'ils soutenaient de nombreux pays en même temps. Pour procéder autrement et gérer ces différents partenaires (cinq organisations du secteur EAH), l'idéal aurait été de recruter un agent doté d'une expertise en services EAH au niveau du partenaire coordonnateur. Nous sommes probablement passés à côté de quelques occasions d'affiner le programme, parce que c'est un secteur que nous ne connaissons pas bien. » - Partenaire coordonnateur

Établir des partenariats concernant la politique, la stratégie et la communication

Des approches différentes ont été adoptées par différents pays en ce qui concerne l'établissement de partenariats pour les interventions N&CE. Par exemple, certains ont recruté des ONG du secteur EAH en tant que partenaires de mise en œuvre et d'autres ont travaillé avec des ONG spécialisées dans les MTN disposant d'une expertise en services EAH. Les bonnes pratiques et les réalisations recensées étaient notamment les suivantes :

- **Créer des structures aux niveaux national et infranational en vue d'une coordination et d'un plaidoyer intersectoriel :**

En Éthiopie, un groupe de travail technique EAH-MTN a été mis en place et a élaboré une boîte à outils décrivant les rôles et les responsabilités, du niveau national à celui des districts ; un agent du département des MTN a également été nommé référent pour les services EAH. Au Kenya, des groupes de travail communaux sur le trachome ont été créés au niveau local, dans le prolongement du Groupe de travail national sur le trachome. Ils sont constitués de représentants du gouvernement et d'ONG spécialisées dans les secteurs de la santé, de l'eau et de l'éducation. Ces équipes ont plaidé en faveur de l'affectation et de l'intégration des ressources aux plans de développement stratégique de leurs communes, ce qui a conduit certaines communes à allouer des ressources aux infrastructures de l'eau.

- **Intégrer le trachome dans les stratégies, les politiques et les directives relatives aux services EAH :**

Par exemple, en Tanzanie, les directives nationales relatives à l'assainissement total piloté par la communauté incluent désormais des comportements liés au trachome. Au Malawi, la prévention du trachome est incluse dans les stratégies nationales relatives aux services EAH et à l'élimination de la défécation à l'air libre, ainsi que dans les directives relatives à l'assainissement total piloté par la communauté et par les écoles. Auparavant, la plupart des cadres n'incluaient pas le nettoyage du visage. En Éthiopie, un programme de santé en milieu scolaire intitulé « One Wash » a été lancé. Il comprend des sujets liés à l'assainissement, à la santé, aux MTN et à la santé environnementale.

- **Impliquer les ministères de l'Éducation dans l'élaboration des programmes scolaires :**

Dans plusieurs pays, notamment l'Éthiopie, le Malawi, l'Ouganda, la Tanzanie et le Tchad, des messages relatifs au trachome ont été intégrés au programme scolaire national en matière de santé ainsi qu'aux directives relatives à l'assainissement. En Éthiopie, le programme a collaboré avec le ministère de l'Éducation concernant la conception et la mise en œuvre de l'intervention N&CE, mobilisant des experts de l'éducation du jeune enfant pour élaborer une approche innovante ciblant les jeunes élèves (voir page 23).

- **Élaborer des stratégies de communication pour le changement des comportements (CCC) au moyen d'un processus intersectoriel :**

En Éthiopie, en Ouganda et au Tchad, les stratégies de CCC et les interventions N&CE ont été conçues dans le cadre de processus intersectoriels collaboratifs, qui ont contribué à établir un consensus et à obtenir l'adhésion de toutes les parties prenantes.

- **Établir des partenariats avec des experts en communication en vue d'élaborer des outils de plaidoyer :**

En Ouganda, un documentaire vidéo sur le trachome a été tourné pour servir d'outil de plaidoyer en vue d'accroître les ressources allouées et l'intégration de la communication N&CE dans les programmes de santé de district.

« Il est important qu'ils considèrent l'inclusion d'informations sur les éléments N&CE en lien avec le trachome comme une partie intégrante de leur travail en tant qu'ONG spécialisée dans le secteur EAH. » - Partenaire coordonnateur

« Cette [collaboration] entre les différents secteurs a été un élément essentiel et probablement une première. Les approches multisectorielles sont encore relativement nouvelles, et il était indispensable d'obtenir l'adhésion d'autres secteurs et de mettre à profit leurs points forts. » - Responsable du programme national d'élimination du trachome, ministère de la Santé

Dans certains pays, des difficultés initiales se sont posées pour sélectionner les partenaires du secteur EAH et établir des relations de travail avec eux. Les bonnes pratiques suivantes ont été recensées en matière de partenariats réussis :

- **Faire preuve d'une « attitude accueillante » et tendre la main au secteur EAH :**

La communauté du trachome doit convaincre les acteurs de l'EAH des avantages d'une collaboration, et leur expliquer ce qu'ils ont à y gagner.

- **Valoriser l'expertise des partenaires du secteur EAH :**

Dans certains pays, il a été signalé que les suggestions des partenaires du secteur EAH concernant l'élaboration d'approches innovantes ou l'adaptation de pratiques privilégiées n'avaient initialement reçu aucun soutien ; certains partenaires coordonnateurs ont admis qu'ils avaient parfois eu des réticences ou qu'ils avaient remis en question les propositions des partenaires du secteur EAH en raison de leurs propres connaissances techniques limitées.

- **Se renseigner sur les relations existantes entre les ONG du secteur EAH avant de choisir des partenaires :**

Des erreurs de gestion et d'externalisation au début du programme ont été recensées dans un pays, résultant d'une connaissance insuffisante des relations existantes entre les ONG locales du secteur EAH.

« Il s'agit d'obtenir une place à la table des décideurs. Nous ne sommes pas des experts dans le secteur [EAH] ; nous devons donc savoir qui sont ces experts, les inciter à nous rejoindre, et leur expliquer ce que nous pouvons leur offrir. Nous pensions que c'était eux qui viendraient discuter avec nous, mais nous savons désormais que c'est à nous d'aller les voir et d'obtenir leur adhésion. C'est la partie qui nous a pris le plus de temps, et aussi celle qui est indispensable pour l'élimination du trachome. » - Expert technique international

Les difficultés supplémentaires nécessitant une attention particulière sont notamment les suivantes :

- **Les partenaires ont appris par la pratique en ce qui concerne es partenariats N&CE. Il est clairement nécessaire de fournir davantage d'expertise technique et d'orientations structurées quant à la manière de créer et de maintenir des collaborations intersectorielles significatives :**

Le 31 janvier 2019, une nouvelle boîte à outils élaborée par l'OMS et le Réseau des ONGD pour les maladies tropicales négligées a été lancée. Intitulée « Collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé : guide pratique à l'intention des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées », elle vise à combler cette lacune⁽ⁱ⁾.

- **L'approche intersectorielle des programmes en vue de changer les comportements et de promouvoir un environnement propice au moyen d'une coordination améliorée a été considérée comme un point fort essentiel.**

Toutefois, certains se sont demandés si l'approche « non matérielle » suffisait, ou si des éléments « matériels » (infrastructure physique) devaient aussi être soutenus.

Dans certains cas, cette interrogation pouvait être liée à une compréhension limitée de l'approche stratégique des programmes en matière de N&CE, mais elle reflétait également le fait que certaines communautés endémiques du trachome étaient soumises à un stress hydrique.

ⁱ Collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé : guide pratique à l'intention des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-toolkit/fr/

- **Il faut réunir davantage de données probantes concernant ce qui fonctionne bien et la façon de mesurer la réussite**

Des recherches opérationnelles sont nécessaires afin d'affiner les stratégies de CCC qui fonctionnent le mieux dans chaque contexte, et afin d'examiner d'autres stratégies de N&CE, notamment les manières les plus efficaces de lutter contre les mouches. Alors que les éléments CH (chirurgie) et A (antibiothérapie) étaient très axés sur les résultats, le programme a initialement eu du mal à mesurer la performance des éléments N et CE. Des

améliorations ont été constatées en la matière après l'introduction d'un cadre de suivi et d'évaluation des interventions N&CE, qui a fourni des indicateurs propres à ces deux éléments. Des débats sont en cours en vue de parvenir à un accord concernant les indicateurs les plus utiles pour suivre les progrès accomplis.

« [Nous] ne savons toujours pas ce qu'est un bon programme de CCC pour [les éléments N&CE]. Comment cela se mesure-t-il ? [...Il y a un] gros débat sur les indicateurs. »
- Expert technique international

Éthiopie : une approche innovante pour promouvoir le nettoyage du visage et des mains auprès des jeunes élèves

Dans la région du Tigré, il a été déterminé que le programme scolaire existant en matière de N&CE était trop complexe pour les élèves de moins de 6 ans. Une intervention ciblant les élèves de 4 à 5 ans a été mise à l'essai dans cinq écoles, à l'aide de méthodes conçues pour engager les enfants sur le plan émotionnel et intégrer des comportements positifs dans leurs routines. Cette approche a été élaborée en collaboration avec un spécialiste du développement de la petite enfance. Elle comprenait l'observation par les enfants et les enseignants de la propreté du visage et des mains (à l'aide de miroirs, de diagrammes sur les mains et le visage) et la transmission de messages clés par l'intermédiaire d'un personnage fictif, « ToTo », en vue d'enseigner aux enfants des comportements sains et de leur permettre de résoudre des problèmes. Quatre histoires différentes ont été élaborées avec ToTo comme protagoniste et les enseignants ont été formés à l'utilisation de ces histoires et à la mise en œuvre de cette approche. Des représentants des écoles et des communautés ont été formés ensemble pour promouvoir la planification conjointe des activités d'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement. Des réunions mensuelles ont été organisées entre les écoles et les communautés afin de recenser des manières dont elles pouvaient se soutenir mutuellement. Les parents et les enseignants ont constaté des améliorations considérables dans le comportement des enfants.

« Avant, à cause de la situation (il fait froid et nous avons du mal à trouver de l'eau), je ne m'intéressais pas trop à l'hygiène personnelle. Maintenant, comme mes enfants me demandent de leur laver les mains et le visage avant d'aller à l'école, en disant que c'est important pour leur santé, je fais beaucoup plus attention à l'hygiène. »

- Père d'un élève

Enseignement 6 : des efforts expressément axés sur l'équité pour permettre l'élimination du trachome

Le principe d'équité a été bien compris et garanti dans la mise en œuvre des programmes au moyen de différentes stratégies, fondées principalement sur le contexte. Les programmes nationaux ont dû suivre et traiter plusieurs aspects liés à l'équité en matière de couverture des interventions d'élimination du trachome, comme le genre, des facteurs socioculturels et socioéconomiques/liés à la vulnérabilité, le contexte en matière d'eau et d'assainissement et, dans certains pays, les migrations, les catastrophes et les conflits.

Les principales bonnes pratiques soutenant un accès équitable aux services étaient notamment les suivantes :

- **Recruter davantage de femmes** pour dépister les cas de TT et distribuer les médicaments dans la communauté.
- **Adopter des approches systématiques de dépistage**, faisant appel au zonage et au porte-à-porte (voir page 16).
- **Réduire les obstacles physiques et financiers** entravant l'accès aux services chirurgicaux pour les groupes les plus vulnérables, comme les personnes très pauvres, âgées ou handicapées. Dans la plupart des pays, l'accès a été facilité grâce à des camps chirurgicaux mobiles situés à proximité des communautés, à la gratuité des services chirurgicaux au point d'utilisation, et à l'aide au transport jusqu'aux services pour les personnes âgées et handicapées.
- **Des réunions transfrontalières** ont été organisées tous les ans dans la région de l'Afrique de l'Est pour discuter de la meilleure manière d'atteindre les populations nomades au moyen de camps mobiles, d'activités de suivi et d'AMM conjoints/coordonnés.
- **Créer des équipes mobiles dédiées** d'AMM dans les zones difficiles d'accès (Tchad) et pour la chirurgie du trichiasis, en plus des sites mobiles et fixes (Éthiopie).

Tanzanie : atteindre les femmes grâce aux groupes de microfinance

Parmi la population maasaï dans le nord de la Tanzanie, les partenaires de mise en œuvre ont observé que, de tous temps, les femmes avaient moins accès aux soins oculaires et aux services de chirurgie du trichiasis que les hommes. Afin de corriger ce déséquilibre, le programme a recensé et formé des membres de groupes de microfinance afin qu'ils encouragent les femmes de la communauté maasaï atteintes de trichiasis à se faire opérer. Les membres des groupes de microfinance ont travaillé bénévolement et ont été formés au dépistage du trichiasis et au conseil. Les femmes appartenant à ces groupes ayant été opérées avec succès, appelées ambassadrices du trachome, ont sensibilisé et encouragé d'autres femmes à utiliser les services disponibles. Les groupes de microfinance disposent de structures et de systèmes bien établis, ce qui a facilité le dépistage. Les membres étaient bien connus et respectés dans leurs communautés, et étaient très fiers de venir en aide au programme.

Les futurs programmes devraient envisager des manières d'atteindre les populations et les contextes suivants afin de veiller à ne laisser personne de côté :

• Populations nomades :

Un travail considérable a été accompli en vue de coordonner la fourniture de services transfrontaliers d'AMM et de suivi post-opératoire dans les pays de l'Afrique de l'Est, mais des difficultés subsistent concernant le suivi post-opératoire (voir page 14) et la couverture des populations nomades dans d'autres pays.

• Contextes moins stables :

Les programmes se sont concentrés sur les contextes relativement stables pour faire un premier pas vers l'élimination. Tous les pays voisins où le trachome est endémique n'ont pas encore réussi à mettre en oeuvre des programmes actifs d'élimination du trachome. Ces contextes représentent une menace pour les pays où le trachome a été éradiqué.

• Soutenir les personnes à un stade avancé de la maladie qui ne peuvent plus bénéficier d'une chirurgie du trichiasis :

Une attention limitée a été portée à la meilleure façon de soutenir les personnes aveugles ou souffrant d'une déficience visuelle grave à cause du trachome. Quels services ces personnes peuvent-elles ou devraient-elles recevoir ?

• Après l'élimination :

Bien que les pays fassent des efforts pour prévoir et soutenir un accès équitable et inclusif continu à la chirurgie du trichiasis une fois le trachome éradiqué, des préoccupations subsistent quant à la façon dont l'accessibilité physique et économique sera maintenue à mesure que les services chirurgicaux seront réintégrés au système de santé de routine (voir page 32).



© Ashley Gilbertson / VII / The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

LA MISE EN PLACE DE SYSTÈMES DE SANTÉ POUR UNE ÉLIMINATION DURABLE

© Jason J Mulikita / Sightsavers



Enseignement 7 : objectifs de durabilité et de renforcement des systèmes de santé dès le départ

Les programmes ont contribué au renforcement des systèmes de santé, ce qui a été considéré comme l'une des principales réalisations de ces initiatives. Il a été largement admis que l'approche de renforcement des systèmes de santé devait être prévue dès le départ, afin de recenser toutes les occasions d'éradiquer le trachome de manière durable. Un bon point de départ pourrait consister à établir une compréhension commune de ce que l'on entend par renforcement des systèmes de santé dans le contexte du trachome. Il convient de prendre soigneusement en considération les éléments N et CE ainsi que les divers éléments de coordination et d'intégration nécessaires pour soutenir la durabilité.

« L'approche de renforcement des systèmes de santé aurait dû être plus délibérée et explicite, de préférence en utilisant les composantes du renforcement des systèmes de santé définies par l'OMS comme points d'entrée. » - Expert technique international

Dans certains contextes, le travail de renforcement des systèmes de santé n'était pas toujours prévu de manière explicite dès le départ. La décision de recenser et de soutenir quelques interventions est intervenue plus tard, alors que les pays se préparaient à passer des programmes d'élimination aux services de santé de routine. Bien que les programmes aient contribué aux six composantes d'un système de santé définies par l'OMS, la portée des interventions de renforcement du système était généralement plutôt axée sur le renforcement des capacités des services de chirurgie du trichiasis. Des exemples de ce qui a bien fonctionné et de ce qui aurait pu être fait différemment, tirés des trois principaux domaines du renforcement des systèmes de santé, figurent ci-dessous.

Renforcer la gouvernance et les compétences de direction

Les programmes étaient conçus sous forme d'initiatives dirigées par le ministère de la Santé, et mis en œuvre à l'appui des plans nationaux de lutte contre les MTN et d'élimination du trachome. Il a été largement admis que, quel que soit le contexte, la mobilisation et le renforcement des compétences de direction étaient indispensables à la réussite des programmes d'élimination du trachome. Les bonnes pratiques recensées en matière de renforcement de la gouvernance, faisant appel à une approche de planification à l'échelle du système, étaient notamment les suivantes :

- En Éthiopie, la direction et l'engagement politique nationaux ont été essentiels à la réussite des programmes d'élimination du trachome. L'initiative Fast Track a été lancée, assortie d'un plaidoyer solide aux niveaux national et régional. Le détachement d'agents aux niveaux national, régional et local a été perçu comme une bonne pratique essentielle ayant contribué à la réussite du programme, en particulier en matière de renforcement et de coordination des systèmes de santé.
- Au Kenya, la décentralisation des activités du Groupe de travail national sur le trachome au niveau local par le biais des groupes de travail communaux sur le trachome a créé des liens de gouvernance efficaces pour mettre en œuvre le programme.
- Le recours à des outils convenus faisant autorité pour la planification, comme le Cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé, a facilité l'analyse collective de la situation et l'établissement d'un consensus concernant les domaines à traiter dans des pays comme le Malawi et le Tchad. Au Kenya, la création de groupes de travail thématiques dirigés par le ministère, alignés sur le Cadre de l'OMS, a également été perçue comme une approche de planification utile.
- Des ateliers sur la direction et la gestion en vue de l'élimination du trachome ont été organisés grâce à un financement de l'ITI. Ils s'adressaient aux gestionnaires des programmes nationaux de lutte contre les MTN et le trachome.

Dans un pays, la direction était incohérente, notamment parce que le trachome avait été relégué d'une structure de gouvernance à une autre à plusieurs reprises.

« *La direction nationale est un facteur essentiel de la réussite des programmes d'élimination du trachome. Dans les pays où la volonté politique ou la direction étaient faibles, les programmes se sont heurtés à des difficultés.* » - Expert technique international

« *Même si le système de santé est très bien développé, si la direction et la gouvernance posent problème, il sera impossible d'accomplir des progrès. Le système de santé s'appuie sur la direction.* » - Expert technique international

Recruter et maintenir des ressources humaines qualifiées

Les programmes ont investi des ressources considérables dans la formation de différentes catégories du personnel de santé, allant des agents de santé communautaire aux chirurgiens, au moyen d'approches de sélection des personnes à former favorisant la rétention, et d'approches de formation soutenues par une assistance technique solide (voir page 12). L'investissement dans la formation de nouveaux agents de santé oculaire a également joué un rôle essentiel dans certains contextes, bien que cette formation puisse durer de 9 à 12 mois.

- Dans la plupart des pays, les agents de santé communautaire ont été formés au dépistage du trichiasis, et leur formation incluait des compétences en matière d'informations et de conseils liés aux soins oculaires.
- En Éthiopie, toutes les parties prenantes ont insisté sur le fait que le programme avait soutenu le renforcement des capacités locales, en ciblant de manière complète tous les segments de la communauté (du niveau communautaire à celui des districts).

- En Ouganda, la vision à long terme et le plaidoyer de la direction nationale ont permis au programme d'avoir un impact considérable sur le renforcement du système de santé au niveau des districts. Le programme a investi dans une formation de neuf mois sur la chirurgie du trichiasis destinée aux agents existants des cliniques ophtalmologiques au niveau des districts, permettant à ce groupe de se familiariser avec le trachome et d'autres maladies oculaires par le biais d'une participation continue aux camps chirurgicaux.
- Au Tchad, des infirmiers généralistes ont été formés pendant 21 jours au travail de chirurgien du TT, avec l'appui du partenaire coordonnateur et du programme national, sur la base des directives de l'OMS. Une fois certifiés, ils ont signé un contrat de un à trois ans les engageant à rester sur un même lieu d'exercice, en fonction de la prévalence du TT.

« *[La principale réussite du programme a été de] renforcer les capacités du ministère de la Santé et des partenaires de mise en œuvre afin qu'ils puissent continuer à mener des travaux sur le TT après la mise en œuvre du projet. Aux niveaux aussi bien communautaire et régional que des districts, il existe un groupe de ressources humaines qui connaissent bien le trachome et les stratégies de prise en charge. Le Trust et le DFID ont proposé de former des agents de santé oculaire dans les districts qui n'en disposaient pas, afin qu'ils puissent ensuite être formés à la chirurgie, au dépistage et au conseil.* » - Partenaire de mise en œuvre

Toutefois, dans au moins deux pays, la sélection initiale des personnes à former en tant qu'agents de dépistage et chirurgiens n'était pas alignée sur les pratiques privilégiées par l'ICTC ou sur les besoins à long terme de planification de la transition. Cette situation semble due à une combinaison de facteurs, notamment une connaissance initiale limitée et des approches concurrentes adoptées par différents partenaires de mise en œuvre. Les erreurs initiales de planification comprenaient le fait de ne pas former les bénévoles de santé communautaires existants, de fournir des incitations aux agents de dépistage, et de sélectionner les chirurgiens au sein des partenaires de mise en œuvre plutôt que parmi le personnel du ministère de la Santé. Bien que ces approches aient été modifiées par la suite dans le programme, elles ont eu un effet sur l'intégration opportune des activités liées au trachome dans le système de santé.

Exploiter les données et les informations de santé pour prendre des décisions

Il a été largement admis que les programmes étaient fondés sur des preuves et des données. Les exemples de bonnes pratiques et de réalisations recensés étaient notamment les suivants :

- Introduire de nouveaux outils et registres de collecte de données, et intégrer des données ophtalmologiques et chirurgicales dans les systèmes d'information sanitaire de district.
- Créer des méthodes visant à cartographier les maladies, améliorer la précision des données relatives aux cas en attente, élaborer de nouveaux outils pour documenter le dépistage et recueillir des informations pour les dossiers.
- Transformer en actions les retours d'informations d'assurance qualité tirés des audits chirurgicaux, de la supervision formative et d'autres données programmatiques afin d'améliorer les résultats chirurgicaux.

- Encourager l'exploitation des données au niveau du district (agents de dépistage, chirurgiens du TT, cartographie du district) afin de planifier et réviser la stratégie.
- La direction assurée par le ministère de la Santé en matière de suivi et d'évaluation a amélioré l'application des décisions.
- Soutenir la présence de gestionnaires de données au niveau des districts.
- Mener de petites études de recherche opérationnelle aux résultats concrets.
- Partager les expériences et les données probantes lors de réunions d'examen trimestrielles et annuelles, et à l'occasion d'autres forums.

Toutefois, il reste encore beaucoup à faire concernant le renforcement des compétences et des capacités, aussi bien parmi les partenaires de mise en œuvre que parmi le personnel du ministère de la Santé, afin qu'ils puissent interpréter, analyser et croiser les données en vue de prendre des décisions éclairées, plutôt que d'établir de simples « rapports ». Dans certains cas, l'exploitation des données aux fins de la prise de décisions au niveau national était fondée sur les demandes de conseillers techniques ou de partenaires coordonnateurs. Il était particulièrement difficile de comprendre et d'interpréter les données d'enquête. Un renforcement plus poussé des capacités du personnel national pourrait soutenir l'exploitation des données en vue de résoudre les problèmes programmatiques et de prendre des décisions concernant la mise en œuvre.

Enseignement 8 : une approche verticale est efficace, mais le soutien des objectifs à long terme passe par l'intégration.

Les fonds de ces programmes ont porté la lutte contre le trachome à une nouvelle échelle opérationnelle, permettant à de nombreux districts d'atteindre rapidement les seuils de transition au moyen d'une approche verticale efficace. Bien qu'une approche verticale ait été perçue comme appropriée au départ, les participants ont noté l'importance grandissante de l'intégration, à la fois au secteur des soins oculaires et au secteur des MTN, à mesure que les pays atteignent les seuils d'élimination.

« Nous devons en faire plus en matière de soins oculaires. Le programme vertical a sa place, [mais] nous n'en faisons pas assez concernant le secteur global des soins oculaires ; nous n'investissons pas assez dans la composante EAH et dans le renforcement de ce système. Ces résultats ne sont pas immédiats. » - Partenaire coordonnateur

La façon dont l'intégration est mise en place dans les secteurs des MTN et des soins oculaires est très différente d'un pays à l'autre, et il n'existe pas suffisamment de données probantes sur ce qui fonctionne le mieux et dans quel contexte.

Bien que les possibilités d'intégration des efforts d'élimination du trachome à d'autres activités liées aux MTN aient été quelque peu limitées, l'approche générale de planification et de coordination conjointes a été considérée comme efficace et efficiente. Les pays ont pris des dispositions différentes concernant la place du trachome et sa prise en charge, ce qui a des conséquences en matière d'intégration. Dans les pays où le trachome relève du département des MTN et est supervisé par un groupe de travail bien coordonné en charge des MTN, la collaboration semble bien fonctionner. Lorsque le trachome est régi par un département chargé des soins de santé oculaire, l'établissement d'une collaboration entre ce département et celui chargé des MTN exige souvent beaucoup de ressources et de temps. Les réalités politiques ont souvent limité la capacité d'intégration des programmes. Dans un pays, il a été observé que les progrès en matière d'élimination du trachome auraient été plus rapides si le trachome avait été placé directement sous l'égide du programme de lutte contre les MTN, plutôt que sous celle de l'unité chargée de la santé oculaire.

Il existe des exemples positifs d'intégration le long d'un continuum :

L'Éthiopie a mené des efforts concertés en vue d'intégrer l'AMM pour différentes MTN en élaborant un plan national, un programme de formation unique destiné aux distributeurs de médicaments couvrant toutes les MTN et en mettant à l'essai une formation intégrée à l'AMM. Toutefois, dans les faits, les possibilités d'intégration de la distribution étaient limitées par les périodes calendaires, la nécessité de maintenir des normes et une couverture pour l'AMM ciblant le trachome, l'impact des effets indésirables des autres médicaments sur l'acceptabilité ultérieure du médicament et la charge de travail intense des distributeurs de médicaments.

Au Nigéria, la collaboration avec d'autres MTN a facilité la mise en œuvre dans les zones instables.

« Ce n'est pas tant une intégration qu'une meilleure coordination. » - Représentant du ministère fédéral de la Santé, Éthiopie

L'intégration des MTN a également été un facteur crucial soutenant la mise en œuvre des interventions N&CE, en particulier les efforts de plaidoyer concernant l'inclusion du nettoyage du visage dans les interventions de promotion de l'hygiène. En Éthiopie, le détachement d'experts techniques EAH au sein du programme de lutte contre les MTN a été un facteur important de réussite, de même que les forums du DFID sur la coordination MTN-EAH.

« Il est logique de classer le trachome dans la catégorie des MTN plutôt que dans celle de la santé oculaire, en raison de sa complémentarité avec les interventions N&CE. » - Expert technique international

Il convient de préciser ce qui doit être intégré, comment et quand, et de fournir des orientations à cet égard. Il convient également de documenter les expériences réussies d'intégration à d'autres MTN, ainsi que les pratiques privilégiées permettant de pérenniser une intégration significative, par exemple en matière de mécanismes de gouvernance et de responsabilité.

« Le trachome étant destiné à être éliminé, certains aspects de la lutte contre le trachome n'ont pas besoin d'être intégrés, contrairement à d'autres. Il est parfois très laborieux d'expliquer aux gens ce qui devrait être intégré ou pas. » - Expert technique international

© Aurélie Marrier d'Unienville / The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust



Enseignement 9 : la transition est un processus, pas un événement ponctuel

L'élimination du trachome en tant que problème de santé publique est déterminé par les seuils de prévalence de l'OMS à l'échelle des districts (c'est-à-dire la prévalence de l'inflammation trachomateuse folliculaire [TF] et du TT). Lorsque la prévalence du TT à l'échelle des districts tombe sous le seuil d'élimination, les services dédiés de dépistage et de proximité peuvent être interrompus. La « transition » fait référence au fait de préparer les districts à prendre en charge les cas de trichiasis dans le cadre du système de santé de routine une fois que l'OMS aura validé l'élimination, en passant d'une approche de santé publique à une approche clinique. À mesure que les activités d'AMM sont réduites, il faut aussi clairement définir la façon dont les interventions de promotion de l'hygiène et de l'assainissement seront intégrées aux programmes de campagnes de proximité en matière de santé et de services EAH ; la transition des éléments N&CE fait partie de l'approche stratégique dès le départ. En outre, les éléments N&CE nécessitent un partenariat solide afin d'améliorer l'accès aux infrastructures, et un délai plus long pour permettre un changement dans les comportements.

La planification de la transition pour le TT constitue un excellent exemple de la façon dont les programmes ont réuni et appliqué les enseignements en cours de route. En raison de l'intensification rapide, de nombreux districts ont vite atteint les seuils d'élimination et les programmes ont dû planifier la transition alors qu'elle était déjà en cours. Les membres de l'ICTC ont élaboré un ensemble d'outils de transition afin de soutenir la planification de ce processus, sous l'égide du gestionnaire des subventions. Les boîtes à outils couvrent la planification pour le TT, l'AMM et les éléments N&CE, et s'appuient sur les premières expériences au profit de ceux qui ont engagé leur transition plus tardivement. Durant cet exercice, les enseignements partagés étaient principalement liés à la boîte à outils relative au TT, lancée en 2019. Les principaux enseignements tirés et les bonnes pratiques recensées sont décrits ci-dessous.

Planification précoce dès le début d'un programme d'élimination

La durabilité à long terme et la transition doivent être évoquées lors de l'étape de planification du programme. Les parties prenantes à tous les niveaux doivent savoir ce que signifie et implique la transition. Un délai adéquat doit être prévu pour permettre une transition appropriée, afin que les districts n'aient pas le sentiment d'avoir été laissés pour compte. Certains partenaires ont noté qu'ils n'étaient pas préparés au retrait des

financements externes à mesure que les districts atteignaient les seuils d'élimination du TT.

Favoriser une forte appropriation du processus de transition aux niveaux national et infranational

Dans les cas où les parties prenantes étaient très impliquées, la transition a été plus facile. La transition doit être efficacement déclenchée au niveau national, en reconnaissant et en expliquant clairement que le moment est venu. Le niveau infranational prend ensuite exemple sur l'échelon national. Le Malawi a été l'un des premiers pays à réaliser sa transition, et a fait montre d'un modèle de direction efficace (voir page 33).

Les approches visant à favoriser l'appropriation incluaient la participation des parties prenantes à des réunions de planification multisectorielles et un travail à tous les échelons des structures publiques.

« Tout commence par la collaboration. Cette harmonie crée un environnement permettant d'organiser des réunions dès le début, lors desquelles les équipes chargées de la gestion de la santé à l'échelle du district sont informées qu'à terme, les services seront transférés des partenaires de mise en œuvre aux districts. Ainsi, les autorités des districts se sentent respectées et s'approprient ces programmes. » - Partenaire de mise en œuvre

Communication régulière et accompagnement concernant le processus de transition

Une communication claire et cohérente tout au long du programme, associée à un accompagnement sur le terrain, s'est révélée importante à la fois pour préparer le terrain et maintenir le soutien en vue du processus de transition. Cette communication a principalement été assurée au moyen de réunions de planification au niveau infranational, impliquant des dirigeants techniques et politiques, les partenaires N&CE et les prestataires qui continueraient à proposer les services après l'élimination.

Les principaux éléments d'une communication stratégique étaient les suivants :

- Partager des données probantes tirées du programme afin de démontrer les progrès accomplis, doter les parties prenantes de données probantes concernant l'élimination et reconnaître les besoins restants.

- Rassurer les équipes chargées de la santé au niveau des régions/des districts en leur expliquant que la sortie du programme ne sera pas soudaine.
- Diffuser des plans de continuité des services pour les patients sans rendez-vous après l'élimination et des plans de transfert des équipements et des consommables pour les centres fixes choisis par les districts.
- Transmettre des « messages sur la transition » lors des dernières campagnes de proximité, conduisant certaines personnes ayant émis un refus à accepter la chirurgie pendant la réduction des services.
- Souligner l'importance de poursuivre les interventions N&CE avec le soutien d'autres acteurs : « C'est là que les progrès seront pérennisés. »

Malawi : la direction du ministère de la Santé a joué un rôle essentiel dans la réussite de la transition.

Au Malawi, les districts ont atteint les seuils d'élimination du TF et du TT en 2018, induisant la nécessité de repasser d'une approche de campagnes de proximité à la fourniture de services de santé de routine.

Les principales bonnes pratiques étaient notamment les suivantes :

- Le ministère de la Santé a dirigé le processus : le ministère a déclenché le processus de transition au moyen d'une lettre du Chef des services de santé envoyée à tous les districts. La transition ne doit pas se faire uniquement au niveau des districts et des échelons inférieurs : elle doit commencer au niveau national, avec une gestion du projet et des données, en vue de faciliter une bonne transition aux échelons inférieurs.
- Toutes les parties prenantes ont participé à la planification de la transition, y compris les équipes chargées de la gestion de la santé à l'échelle des districts et les équipes EAH de district.
- La microplanification a révélé plusieurs manquements qui ont été comblés au niveau des districts, ce qui a permis au programme d'atteindre ses objectifs. Ce processus a renforcé l'autonomie des districts et, ce faisant, les a préparés à la transition. La microplanification a été encouragée concernant tous les éléments de la stratégie CHANCE. Des ressources ont été fournies aux membres du Groupe de travail national sur le trachome afin de soutenir les processus de planification des districts.



« La transition est un processus, pas un événement ponctuel. Là où la transition est appréhendée comme un processus, elle se passe beaucoup mieux. Si le processus est lancé suffisamment tôt, nous pouvons travailler avec le ministère et le système jusqu'à ce qu'ils se sentent à l'aise. » - Conseiller technique régional

Les outils de planification de la transition de l'ICTC fournissent des recommandations facultatives concernant les types de décisions de planification devant être prises en considération et des exemples d'activités à entreprendre. Dans un pays, lors des réunions de planification précoce de la transition, les agents de santé de district ont fait part d'une certaine réticence envers la transition. Le fait de donner au personnel de district l'occasion de trouver des manières créatives d'assurer la continuité des services a facilité l'engagement et le soutien envers ce processus.

Renforcer les liens avec les services de soins de santé oculaire de routine

En ce qui concerne le TT, le processus de planification de l'emplacement des sites fixes qui seront soutenus après l'élimination doit être lancé dès que possible. Des liens avec ces sites peuvent alors être établis. En Tanzanie, les partenaires ont voulu mettre en place des sites fixes de chirurgie du trichiasis dès le début du programme, afin que le chirurgien ait le temps d'assurer un accompagnement dans les sites fixes tout en réalisant des opérations dans d'autres sites. L'expérience du Malawi, de l'Ouganda et de la Tanzanie a également mis en lumière l'importance d'un transfert des équipements et des consommables pertinents aux districts afin de soutenir la continuité du programme. Certains districts ont été réticents à engager une transition après avoir atteint les seuils d'élimination en raison des ressources limitées des établissements de santé. La fourniture d'un approvisionnement initial en instruments et consommables a contribué à faciliter la transition. La transition en est encore au stade de la planification dans de nombreux contextes. Les principales difficultés nécessitant une attention soutenue sont notamment les suivantes :

- **L'allocation et le déblocage des budgets par les ministères, en particulier au niveau infranational, nécessitent un certain temps, des efforts de plaidoyer et une planification.**

Certains pays sont encore très dépendants aux financements des donateurs, aucun financement national n'ayant été débloqué pour la lutte contre le trachome.

« L'une des principales difficultés réside dans le fait que le gouvernement (à tous les niveaux) n'a jamais fourni de financement pour soutenir les activités liées au trachome. Il dépend fortement des donateurs. » - Partenaire coordonnateur

« [La transition] doit faire l'objet de discussions le plus tôt possible et doit tenir compte du fait que les districts et les provinces préparent leurs propres plans et budgets. Le sujet a été évoqué l'année dernière, mais il était trop tard pour intégrer des activités dans les plans de travail. » - Partenaire coordonnateur

- **Incertitudes concernant l'achat par le gouvernement d'équipements de chirurgie du TT et de consommables, la rétention à long terme des compétences chirurgicales et la mobilité des patients vivant dans des zones isolées orientés vers les sites fixes.**

Dans certains contextes, aucun système de santé oculaire existant ne peut prendre en charge le dépistage et le traitement du trichiasis.

« On part du principe que le district intégrera le trachome dans la planification, mais dans la plupart des cas, cette décision est très politique. Par exemple, on s'attend à ce que le district mette à disposition les fournitures et les consommables nécessaires une fois le programme terminé. Mais les budgets sont très limités, et les districts ont beaucoup de choses à gérer. » - Partenaire de mise en œuvre

- **Dans certains pays, résistance des chirurgiens et des ONG à la transition,** car elle implique une perte d'indemnités journalières et de financements.

« La réduction des services est difficile, car nous devons gérer les attentes des partenaires qui s'attendaient à un engagement à plus long terme ou qui s'appuient sur le déploiement à grande échelle pour mettre à profit leur propre contribution. » - Représentant du ministère de la Santé

- **Le démarrage tardif des éléments N&CE et l'intégration limitée des interventions N&CE dans les programmes d'EAH en cours ont retardé la planification de la transition.**

En soi, le concept de transition n'est pas particulièrement significatif dans le secteur EAH et la communication devrait plutôt se concentrer sur la durabilité et la réalisation d'un bon développement. Il pourrait être utile de prendre davantage en considération cette différence de point de vue dans la communication relative à la planification de la transition auprès des partenaires du secteur EAH.

UN MODÈLE DE PARTENARIAT UNIQUE



Enseignement IO : les partenariats confèrent une valeur ajoutée du fait de l'élargissement de la portée des programmes et du partage des enseignements

Les fondements essentiels de la collaboration sont une stratégie et un objectif communs.

Ce programme a été bâti sur un ensemble complexe de relations entre deux donateurs, une coalition multipartite, dix ministères de la Santé et de nombreuses ONG. Il a été largement admis que la réussite du programme dépendait en premier lieu du niveau le plus élevé, c'est-à-dire l'ICTC. Les principaux facteurs permettant une collaboration réussie à une si grande échelle étaient les suivants :

- **Un objectif et une stratégie clairs :**
Une vision commune et une feuille de route claire pour l'atteindre, sur les plans stratégique et opérationnel.
- **La participation d'acteurs expérimentés :**
La plupart des partenaires œuvrent depuis un certain temps à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de lutte contre le trachome, ce qui favorise la familiarité, la confiance et le respect entre partenaires.
- **Une direction efficace et des personnalités collégiales :**
De solides relations personnelles et un respect mutuel entre la direction et les autres acteurs du programme ont facilité une direction efficace.
- **Le modèle de partenariat de l'ICTC :**
Une coalition inclusive d'acteurs profondément investis dans la lutte contre le trachome, disposés à faire des compromis pour atteindre un but commun plutôt que de se faire concurrence.

« Ils ont une direction vraiment solide et claire, et un bon soutien de la part de l'OMS. Les principales organisations ont une vision claire. Une stratégie et un objectif ont été établis, tout le monde suit le même cap, la même voie. » - Donateur

Mettre à profit les points forts des partenaires et leurs relations de longue date dans le pays

Il a été largement considéré que les partenariats apportaient une valeur ajoutée aux programmes en élargissant leur portée (dans et entre les pays), en facilitant l'accès à la meilleure expertise technique disponible et en permettant des approches coordonnées en vue d'atteindre les populations transfrontalières. En particulier, le mécanisme de partenaire coordonnateur a été perçu comme une bonne pratique, facilitant l'accès à l'assistance technique et réduisant la charge liée à l'établissement de rapports au bénéfice des partenaires individuels, leur permettant de se concentrer sur la mise en œuvre du programme. Toutefois, la réussite n'a pas été la même en fonction du niveau d'engagement et des ressources du partenaire coordonnateur, de sa présence dans le pays et de son approche du rôle (p. ex., collaboratif ou autoritaire).

« Les sièges de certains partenaires ont fourni un soutien et une supervision limités à leurs bureaux de pays, tandis que d'autres n'ont pas permis à leur personnel national de s'exprimer. Ces deux situations qui ont limité l'engagement dans le pays. » - Expert technique international

Certains pays ont eu du mal à comprendre les différents rôles et la façon de maximiser les avantages liés à la contribution de chaque partenaire. Dans un pays, le partenaire coordonnateur n'était pas un partenaire de mise en œuvre, ce qui a semé la confusion pendant la première phase.

« Bien que la collaboration et les partenariats aient joué un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs du programme, la compréhension et la mise en œuvre de cet aspect du programme ont grandement varié d'un pays à l'autre, voire, parfois, au sein d'un même pays. » - Expert technique international

La valeur des relations de longue date établies par les partenaires de mise en œuvre dans le pays et l'importance de les respecter ont également été relevées, ainsi que les avantages associés en matière de politique nationale, de couverture géographique, de processus d'achat et de durabilité.

Faire passer les partenariats d'une culture de la concurrence à une culture de la collaboration en vue d'atteindre un objectif commun

Dans certains pays, les programmes ont apporté une contribution importante en faisant passer les partenariats d'une culture de la concurrence à une culture de la collaboration. Les bonnes pratiques ayant permis ce changement étaient notamment la direction assurée par le ministère de la Santé, le rôle clair du partenaire coordonnateur, une stratégie commune et des pratiques privilégiées, ainsi que des possibilités d'apprentissage croisé et de partage des expériences. La collaboration efficace a souvent été identifiée comme un facteur essentiel pour atteindre les résultats du programme.

« L'une des grandes réussites, c'est ce modèle unique de partenariat qui a permis aux principales parties prenantes de travailler en collaboration, et non plus en concurrence. Ce modèle a favorisé un environnement de travail et un partenariat propices, une planification conjointe et un partage des expériences. » - Partenaire coordonnateur

Dans certains pays où la direction nationale de la lutte contre le trachome n'était pas claire, les partenaires de mise en œuvre sont parfois restés sur la défensive. Dans ces contextes, le manque de coordination et de communication avec un large éventail de partenaires de mise en œuvre a parfois limité les réalisations.

Promouvoir l'apprentissage par le biais de forums réguliers et structurés

Les réunions d'examen nationales trimestrielles et annuelles des parties prenantes ont été extrêmement utiles pour partager les enseignements et définir des approches stratégiques communes à tous les partenaires, notamment pour élaborer une compréhension commune des pratiques privilégiées par l'ICTC, de leur adaptation et de leur adoption. Dans la plupart des pays, ces réunions ont été pleinement intégrées au Groupe de travail national sur le trachome.

« Les réunions trimestrielles obligatoires ont été un point positif de ce financement. Pour ceux qui ne sont pas basés dans la capitale, il faut avoir les moyens financiers d'organiser une réunion de groupe de travail. Comme des financements étaient disponibles pour ces réunions [...], pour pouvoir se retrouver dans une même pièce et débattre des problèmes... Les gens ont appris les uns des autres. » - Partenaire coordonnateur

Le programme a également soutenu d'autres forums de partage des expériences.

Par exemple, en Ouganda, des réunions d'examen entre chirurgiens ont été organisées pour évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs d'élimination, les difficultés et les solutions. Au Malawi et dans d'autres pays, des visites d'échange ont été organisées entre partenaires de mise en œuvre. Les programmes ont également fait appel à des forums régionaux existants, comme la East Africa Regional Trachoma Meeting (réunion régionale de l'Afrique de l'Est sur le trachome), afin de faciliter la planification programmatique transfrontalière.

« Les réunions et les visites d'apprentissage menées par les partenaires de mise en œuvre ont été très efficaces. [...] En encourageant les visites d'échange, les partenaires ont appris des choses et ont pu partager les difficultés et les solutions de manière objective, en fonction d'un contexte particulier. Ces expériences ont été un succès grâce à l'utilisation des pratiques privilégiées par l'ICTC, qui ont servi de base pour les retours d'informations. »
- Partenaire coordonnateur

Il a été noté que la valeur de ces forums pourrait être augmentée si le personnel chargé de la mise en œuvre y disposait d'un plus grand espace. D'autres possibilités de partage des expériences et des apprentissages au niveau international ont également été citées parmi les améliorations possibles.

« Prévoir un espace et un budget pour que le personnel de niveau intermédiaire puisse assister aux réunions, voilà ce qui permet vraiment un partage des idées et des enseignements. » - Partenaire coordonnateur

© Rob Beechey / The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust



RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



La voie vers l'élimination du trachome

Grâce à un niveau sans précédent de soutien financier et à un modèle de partenariat unique et efficace, les programmes ont accompli des progrès considérables en vue de l'élimination du trachome dans les régions où ils ont été mis en œuvre. Ces avancées ont été rendues possible par une approche commune et cohérente de la mise en œuvre, facilitée par le modèle de partenariat inclusif de l'ICTC et dirigée par les ministères de la Santé au niveau des pays.

L'adoption d'orientations normalisées et des pratiques privilégiées par l'ICTC a joué un rôle essentiel dans les progrès accomplis.

Le recours à ces outils a été facilité par la direction du ministère de la Santé, la mise à disposition de la meilleure assistance technique possible et les forums de partage des expériences. D'un pays à l'autre, il existe de nombreuses preuves d'adhésion à une approche multidimensionnelle de l'assurance qualité en vue d'améliorer les résultats chirurgicaux, les mesures de la qualité étant désormais considérées comme une partie essentielle de la mise en œuvre des programmes. L'introduction d'approches systématiques de dépistage a été une transformation fondamentale pour atteindre toutes les personnes ayant besoin de services de chirurgie du trichiasis. La technique du porte-à-porte, couvrant l'intégralité d'une zone administrative, a joué un rôle crucial pour fournir des données appropriées sur la couverture, et pour s'assurer que les patients les plus vulnérables souffrant de TT étaient atteints et avaient la possibilité d'accéder aux services. Les pratiques privilégiées par l'ICTC pour garantir un taux de couverture de l'AMM élevé ont été largement adoptées et efficaces ; au moins 80 % des populations cibles ont été atteintes dans la grande majorité des unités d'évaluation. Les programmes ont œuvré à mettre en place des interventions N&CE efficaces, à établir de nouveaux partenariats avec les secteurs EAH et de l'éducation, et à introduire des approches stratégiques de mise en œuvre de la CCC orientées par une expertise technique. Les comportements liés au trachome, comme le nettoyage du visage, sont désormais inclus dans nombre de politiques et de stratégies EAH nationales.

Le renforcement des systèmes de santé a été perçu comme une réalisation importante, et des bases essentielles ont été jetées pour soutenir l'intégration à long terme dans le système de santé dans certains contextes.

Sous l'égide des ministères de la Santé, les programmes ont renforcé les capacités à tous les échelons des systèmes de santé, ont amélioré l'exploitation des données et des informations, et ont amélioré la disponibilité et la gestion des médicaments. L'intensification rapide a permis à de nombreux districts d'atteindre les seuils d'élimination en peu de temps. L'ICTC a élaboré des outils pour la transition et de nombreux districts ont engagé un processus de transition concernant un ou plusieurs éléments de la stratégie CHANCE.

Les partenariats ont apporté une valeur ajoutée en élargissant la portée des programmes et le partage des enseignements.

La définition d'un objectif et d'une stratégie clairs, la participation d'acteurs expérimentés, une direction efficace et le modèle de partenariat inclusif de l'ICTC ont permis une collaboration efficace. Les partenariats ont permis aux programmes de mettre à profit les points forts des partenaires et leurs relations de longue date dans le pays. En outre, dans certains pays, il a été considéré que les programmes avaient apporté une contribution importante en faisant passer les partenariats d'une culture de la concurrence à une culture de la collaboration, en vue d'atteindre un objectif commun. La promotion de l'apprentissage par le biais de forums réguliers et structurés a soutenu la mise en œuvre, l'adoption et l'adaptation d'approches stratégiques.

Considérations futures

Afin de pérenniser ces avancées et de continuer à soutenir les pays en vue de l'élimination du trachome, plusieurs domaines stratégiques nécessitent une attention soutenue à l'avenir. Au sein de l'ICTC et du Réseau des ONGD pour les maladies tropicales négligées, des groupes de travail s'attaquent actuellement à nombre de ces difficultés, notamment en documentant les nouvelles pratiques privilégiées par l'ICTC.

Enseignements concernant la mise en œuvre de la stratégie CHANCE

Renforcer les partenariats avec les secteurs de la santé environnementale, des services EAH et des MTN. Au travers de ces partenariats, continuer à étendre la qualité et la couverture des interventions N&CE dans toutes les zones cibles, en se fondant sur des données probantes. Soutenir l'utilisation de la nouvelle boîte à outils « Collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé : guide pratique à l'intention des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées » afin d'établir et d'entretenir des collaborations intersectorielles significatives.

Élaborer des stratégies adaptées, fondées sur les données et les conclusions programmatiques tirées de la recherche opérationnelle, afin de couvrir les populations difficiles à atteindre, en particulier les populations nomades, et celles vivant dans des contextes moins stables.

Réfléchir à la meilleure manière de répondre aux besoins des personnes aveugles ou souffrant d'une déficience visuelle grave, qui ne peuvent plus bénéficier d'une chirurgie du trichiasis.

Continuer à investir dans des réunions d'examen trimestrielles afin de renforcer l'adoption des pratiques privilégiées par l'ICTC et l'appropriation nationale, en vue de poursuivre le dialogue entre tous les ministères pertinents et toutes les parties prenantes concernées.

Continuer à investir dans le renforcement des capacités du personnel national concernant l'exploitation des données aux fins de la prise de décisions et de l'établissement de rapports, et renforcer la responsabilité en fondant les décisions sur des données probantes et en respectant les pratiques privilégiées.

Élargir la base de données probantes afin d'améliorer les approches de la communication pour le changement des comportements, recenser les interventions les plus appropriées en matière d'eau et d'assainissement et mesurer les réussites.

Les pratiques chirurgicales privilégiées et les directives connexes devraient prévoir des possibilités de supervision formative à distance, le recours à des membres du personnel de niveau inférieur en tant que superviseurs formatifs et des approches visant à soutenir les visites de suivi post-opératoire (trois à six mois).

Considérations futures

Enseignements concernant les transitions réussies et la durabilité

Comprendre que la transition est un processus, pas un événement ponctuel.

La transition requière une planification précoce, une appropriation, une communication claire et des liens avec les soins de santé oculaire de routine.

Reconnaître le succès d'une approche initiale verticale, mais admettre que l'intégration

avec le secteur de la santé dans son ensemble (programmes de lutte contre les MTN et soins de santé oculaire de routine), le secteur EAH et le secteur de l'éducation **nécessitera une attention accrue à l'avenir.**

Renforcer le soutien à l'élaboration de stratégies tenant compte de l'équité dans le cadre du processus de transition

afin d'assurer la fourniture de services équitables après l'élimination (p. ex., mobilité, accès aux sites fixes). Utiliser les données probantes et les enseignements existants concernant les meilleures approches en vue de favoriser un soutien financier et politique en faveur de services de soins de santé oculaire axés sur l'équité.

Partager les enseignements et se coordonner avec d'autres communautés et programmes de lutte contre les MTN afin d'élargir l'impact.

Continuer à recenser des possibilités et des approches pilotes en vue d'améliorer l'intégration, la coordination et l'alignement des programmes et des interventions d'élimination des MTN.

Réfléchir à d'autres stratégies pour

maintenir la capacité chirurgicale grâce au recrutement, au développement professionnel et à la rétention des agents de santé.

Intensifier la documentation des expériences sur le terrain en matière de dépistage

systematique, notamment des exemples sur la façon de documenter les efforts de dépistage en vue de soutenir la préparation du dossier d'élimination pour validation par l'OMS.

Tester et documenter des stratégies visant à maintenir l'assurance qualité

à mesure que les programmes passent à des services de soins de santé oculaire de routine.



Photos de couverture et de quatrième de couverture © Rob Beechey / The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust | Sightsavers, organisme de bienfaisance n° 207544