

**« Élimination des maladies  
tropicales négligées :  
aspiration plus que  
jamais d'actualité »**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**

**« Élimination des maladies tropicales négligées :  
aspiration plus que jamais d'actualité »**

Rapport de la troisième réunion des administrateurs nationaux de  
programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région  
africaine de l'OMS

7-11 décembre 2020

Réunion virtuelle

Rapport préparé par le Secrétariat MTN/ESPEN, Bureau régional de l'OMS  
pour l'Afrique



## TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES .....	ii
REMERCIEMENTS.....	v
RÉSUMÉ .....	vi
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	viii
Objectifs .....	x
Participation .....	xiv
CÉRÉMONIE D'OUVERTURE .....	xv
SESSION PLÉNIÈRE 1 : CIBLES DE LA FEUILLE DE ROUTE SUR LES MTN FIXÉES POUR 2020, CÉLÉBRATION DES JALONS.....	1
SESSION PLÉNIÈRE 2 : CADRE DE L'ESPEN DANS LE CONTEXTE DE LA FEUILLE DE ROUTE POUR LES MTN 2021-2030 .....	5
SESSION PLÉNIÈRE 3 : PLANS DIRECTEURS 2021-2025 DE LUTTE CONTRE LES MTN : APERÇU DU CADRE D'ÉLABORATION ET PRÉSENTATION.....	11
SESSION 4 : PILOTAGE DE L'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS ET DE LA RECHERCHE ACTIVE CONJOINTES DE CAS DE LÈPRE, D'ULCÈRE DE BURULI ET D'AUTRES MTN DE LA PEAU DANS LA RÉGION FORESTIÈRE DE GUINÉE.....	16
SESSION 5A : GESTION DES FOURNITURES POUR LA LUTTE CONTRE LES MTN ET EXPÉRIENCES DES PAYS EN MATIÈRE D'INTERVENTION DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE MTN.....	19
SESSION 5B : COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE (CdP) DES ADMINISTRATEURS DE PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES MTN .....	21
SESSION 5B : PORTAIL ESPEN ET SOLUTIONS DE DONNÉES DISPONIBLES .....	24
SESSION 6 : ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES MTN ET IMPACT DE LA COVID-19 : EXPÉRIENCES DES PAYS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES CAS, D'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS ET D'ENQUÊTES .....	26
SESSION 7 : SESSION CONJOINTE DES ADMINISTRATEURS DE PROGRAMMES DE LA COALITION POUR LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE SUR LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET DE L'ESPEN (COR-NTD/ESPEN) .....	37
SESSION 8 : LA GALE ET LA FEUILLE DE ROUTE 2021-2030 : DONNÉES FACTUELLES ET STRATÉGIES POUR LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE.....	52
SESSION 9 : PERSISTANCE DE LA TRANSMISSION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE ET DU TRACHOME .....	53
SESSION 10 : MODÉLISATION DE L'IMPACT POTENTIEL DES RETARDS ACCUSÉS DANS L'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS LIÉS AU COVID-19 SUR LA MORBIDITÉ DE LA SCHISTOSOMIASE ET ESTIMATION DES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE .....	56
CÉRÉMONIE DE CLÔTURE.....	61
ANNEXES :.....	62

## ACRONYMES

ACT East	Programme Act to End NTDs   East de l'USAID
ACT West	Programme Act to End NTDs   West de l'USAID
APOC	Projet africain de lutte contre l'onchocercose
CCC	Communication pour le changement de comportement
UB	Ulcère de Buruli
CM	Prise en charge des cas
CdP	Communauté de pratique
COR-NTD	Coalition pour la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées
CDD	Distributeur communautaire de médicaments
ASC	Agents de santé communautaires
CHIP	Plateforme d'information sanitaire nationale
DHIS2	Logiciel d'information sur la santé au niveau des districts 2
RDC	République démocratique du Congo
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées
FTS	Bandelette de test pour la filariose
GPELF	Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique
GSA	Alliance mondiale contre la schistosomiase
GPW13	Treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023
GW	Ver de Guinée
THA	Trypanosomiase humaine africaine
AVS	Agents de vulgarisation sanitaire
RSS	Renforcement des systèmes de santé
HMIS	Système d'information pour la gestion sanitaire
HQ	Siège de l'Organisation mondiale de la Santé
iCHORDS	Improving Community Health Outcomes through Research, Dialogue, and Systems Strengthening
IDA	Ivermectine, DEC et Albendazole
IECW	Intégration des ophtalmologistes
UE	Unités d'exécution
IVM	Ivermectine
JAP	Dossier de demande commune

FL	Filariose lymphatique
LNOB	Ne laisser personne pour compte
LSHTM	École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres
AMM	Administration massive de médicaments
MMDP	Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités
ONG	Organisations non gouvernementales
NNN	Réseau d'ONG sur les maladies tropicales négligées
NPO	Administrateur national
MTN	Maladies tropicales négligées
OEM	Cartographie de l'élimination de l'onchocercose
Oncho	Onchocercose
PC-NTD	Chimio-prévention contre les maladies tropicales négligées
PSP	Problème de santé publique
PZQ	Praziquantel
RAMA	Évaluation des risques et mesures d'atténuation
GEPR	Groupe d'examen du programme régional de chimiothérapie préventive
Stratégie CHANCE	Chirurgie du trichiasis trachomateux, antibiothérapie, nettoyage du visage et changement d'environnement
SCH	Schistosomiasis
GCA	Gestion de la chaîne d'approvisionnement
ODD	Objectifs de développement durable
SH	<i>Schistosoma haematobium</i>
SM	<i>Schistosoma mansoni</i>
MON	Modes opératoires normalisés
STAG	Groupe consultatif stratégique et technique
STH	Géohelminthiase
STP	São Tomé et Príncipe
TAS	Enquêtes d'évaluation de la transmission
TCC	Centre Carter
TEMF	Formulaire de suivi de l'élimination du trachome
TF	Inflammation trachomateuse-folliculaire
TIS	Enquête sur l'impact du trachome
TSS	Enquête sur la surveillance du trachome

TT	Trichiasis trachomateux
CSU	Couverture sanitaire universelle
ONU	Organisation des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WCO	Bureau de pays de l'OMS
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
WSP	Programme mondial de lutte contre la gale

## REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements tout particuliers à l'équipe du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique qui a organisé la réunion.

### Le présent rapport a été préparé par :

- le D<sup>r</sup> Abate Beshah (Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique – OMS/AFRO) ;
- M. Adrien Elia Muhima (OMS/AFRO) ;
- M<sup>me</sup> Alison Krente ;
- le D<sup>r</sup> Amir Bedri Kello (OMS/AFRO) ;
- le D<sup>r</sup> Andrew Seidu Korkor (OMS/AFRO) ;
- le D<sup>r</sup> Augustine Kadima (OMS/AFRO) ;
- le D<sup>r</sup> Didier Bakajika (OMS/AFRO) ;
- M. Dyesse Yumba Nduba (OMS/AFRO) ;
- M<sup>me</sup> Gráinne Hutton (Speak Up Africa) ;
- le D<sup>r</sup> Kebede Deribe (Consultant) ;
- le D<sup>r</sup> Lamine Diawara (OMS/IST/Afrique de l'Ouest et du Centre) ;
- la D<sup>re</sup> Maria Rebollo (OMS/AFRO) ;
- M. Modeste Tezembong (OMS/AFRO) ; et
- la D<sup>re</sup> Pauline Mwinzi (OMS/AFRO)

## RÉSUMÉ

Les efforts de lutte dans la Région africaine ont été guidés au cours de la décennie écoulée par la feuille de route de l'OMS pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MTN) 2012-2020, la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013 sur les maladies tropicales négligées (WHA66.12), la résolution sur les maladies tropicales négligées (AFR/RC63/R6) adoptée par le Comité régional pour l'Afrique en septembre 2013 approuvant la « Stratégie régionale sur les MTN dans la Région africaine de l'OMS » et le « Plan stratégique régional pour les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020 » comme cadre de mise en œuvre de la feuille de route de l'OMS pour l'élimination des maladies tropicales négligées et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les maladies tropicales négligées. La résolution exhorte les États Membres de la Région à intensifier rapidement les interventions et à renforcer les systèmes de santé pour lutter contre les MTN à tous les niveaux, ainsi qu'à assurer un contrôle et un suivi réguliers des progrès accomplis.

L'année 2020 est une étape importante pour les efforts visant à réduire la charge des MTN, ainsi qu'à les contrôler et à les éliminer. Huit années se sont écoulées depuis l'adoption de la feuille de route pour les MTN 2012 intitulée : « *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : une feuille de route pour la mise en œuvre* » et la « *Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées* » et cinq années depuis l'accord mondial sur le cadre des objectifs de développement durable (ODD). L'année 2020 est un moment décisif. En effet, c'est l'année où nous rendons compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution de la Région africaine de 2013 sur les MTN, des activités et des interventions soutenues par le Programme régional sur les MTN. C'est également l'année où nous discutons des acquis à pérenniser et des lacunes à combler au travers des plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN alignés sur la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.

La deuxième réunion conjointe des administrateurs de programmes (AP) sur la prise en charge des cas (CM) et la chimiothérapie préventive (PC) des maladies tropicales négligées dans la Région africaine de l'OMS s'est tenue à Addis-Abeba en juillet 2019. Le Programme régional sur les MTN et le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) ont organisé de façon virtuelle la troisième réunion des administrateurs de programmes nationaux du 7 au 11 décembre 2020. La réunion visait à examiner la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la lutte contre les MTN 2014-2020 dans la Région africaine et les objectifs, ainsi que les jalons du partenariat ESPEN, afin de guider la prochaine phase d'élimination et d'éradication des MTN conformément à la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.



Au nombre des 564 personnes inscrites à la réunion figuraient des participants issus du Siège de l'OMS, du Bureau de l'OMS dans la Région africaine, des administrateurs de programmes des Ministères de la santé, des responsables professionnels nationaux des bureaux de pays et des partenaires. Au cours de cette réunion, qui a duré cinq jours, les participants ont passé en revue les réalisations régionales et nationales en matière de lutte contre les MTN depuis 2012, les défis et contraintes qui se sont posés dans la Région, les enseignements tirés et les meilleures pratiques adoptées. Des points d'action relatifs à l'alignement sur la feuille de route pour les MTN 2021-2030 et l'intégration des recommandations de la feuille de route sur les MTN dans les plans directeurs nationaux ont été proposés. Les discussions ont également porté sur la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN dans le contexte de la COVID-19 et sur la méthode pour atténuer l'impact de la pandémie sur les objectifs à long terme des programmes de lutte contre les MTN. Enfin, les participants ont convenu de la marche à suivre pour définir des objectifs, des cibles et des interventions prioritaires régionaux et nationaux en matière de lutte contre les MTN, conformément à la feuille de route mondiale pour les MTN 2021-2030 et au cadre stratégique et de durabilité de l'ESPEN.

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Bien que des progrès significatifs aient été accomplis dans la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) au niveau mondial au cours de la décennie écoulée, ces maladies demeurent un problème de santé publique majeur et la Région africaine continue d'enregistrer près de la moitié de la charge mondiale des MTN. Pour en atténuer l'impact socio-économique et contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) par la lutte contre les MTN, leur élimination et leur éradication, il convient d'amplifier et de pérenniser l'effort concerté déployé à ce jour par les parties prenantes au cours de la prochaine décennie, dans le contexte de la feuille de route pour les MTN 2030.

Les efforts de lutte déployés dans la Région africaine ont été guidés au cours de la décennie écoulée par la feuille de route de l'OMS pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MTN) 2012-2020, la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013 sur les maladies tropicales négligées (WHA66.12), la résolution sur les maladies tropicales négligées (AFR/RC63/R6) adoptée par le Comité régional pour l'Afrique en septembre 2013 approuvant la « Stratégie régionale sur les maladies tropicales négligées dans la Région africaine de l'OMS » et le « Plan stratégique régional 2014-2020 pour les maladies tropicales négligées dans la Région africaine » comme cadre de mise en œuvre de la feuille de route de l'OMS pour l'élimination des maladies tropicales négligées et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les maladies tropicales négligées. La résolution exhorte les États Membres de la Région à intensifier rapidement les interventions et à renforcer les systèmes de santé pour lutter contre les MTN à tous les niveaux, ainsi qu'à assurer un contrôle et un suivi réguliers des progrès accomplis.

Dans ce contexte et suite à la clôture du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), pour pérenniser les acquis de l'APOC et s'attaquer d'urgence à la charge croissante de la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées, la D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti a lancé le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) au mois de mai 2016. Ce projet a épousé l'esprit du partenariat entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), les États Membres et les partenaires de la lutte contre les MTN. Ces cinq dernières années, l'ESPEN a mobilisé des ressources politiques, techniques et financières dans l'optique de réduire la charge des cinq MTN les plus répandues en Afrique, à savoir la filariose lymphatique (FL), l'onchocercose, les géohelminthiases, la schistosomiase et le trachome. Le projet continue d'être un modèle de partenariat public-privé garantissant une couverture géographique intégrale de la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées là où il y avait des lacunes.

En outre, le programme de lutte contre les MTN a également réalisé des progrès significatifs dans l'effort de lutte, d'élimination et d'éradication des MTN, ainsi que dans



la prise en charge des cas en relevant : le Togo a été obtenu sa validation pour l'éradication de la trypanosomiase humaine africaine (THA) en tant que problème de santé publique (PSP) ; l'objectif d'éradication de la lèpre en tant que PSP a été maintenu dans tous les États Membres de la Région, à l'exception des Comores. Seuls 54 cas humains de maladie du ver de Guinée (GW) ont été signalés en 2019 en Angola, au Tchad et au Soudan du Sud ; et un soutien a été apporté aux pays pour entreprendre des activités de lutte contre l'ulcère de Buruli (UB), du pian et de la leishmaniose.

Ainsi, l'année 2020 a-t-elle été une année déterminante au cours de laquelle les programmes nationaux de lutte contre les MTN et l'ESPEN ont rendu compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution de la Région africaine sur les MTN adoptée en 2013, des activités et interventions soutenues par le Programme régional de lutte contre les MTN. Ils ont discuté des acquis à pérenniser et des lacunes à combler par les plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN alignés sur la feuille de route pour les MTN 2021-2030.

En novembre 2020, les États Membres ont conjugué leurs efforts lors de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé pour approuver une nouvelle feuille de route pour les MTN pour la période allant de 2021 à 2030, élaborée dans le cadre d'un processus consultatif mondial qui a débuté en 2019. Suite à son approbation, le programme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'ESPEN ont conçu un cadre d'élaboration des plans directeurs nationaux pour guider les pays dans la conception de leurs plans directeurs nationaux de troisième génération pour la période allant de 2021 à 2025, conformément à la feuille de route pour les MTN 2021-2030. La version 3 de ce guide a été partagée avec les pays. L'un des processus clés de l'élaboration des plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN tient à la réalisation d'une analyse de situation, qui consiste à faire le bilan des huit dernières années par rapport aux objectifs de la feuille de route pour les MTN 2012-2020. La réunion des administrateurs de programmes devait permettre de mobiliser les pays pour qu'ils transposent leurs plans nationaux dans la nouvelle feuille de route pour les MTN 2021-2030 suite aux cinq sessions clés ci-après :

- le tableau de bord 2020 et la célébration des jalons ;
- le Cadre du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour la lutte contre les MTN dans le contexte de la feuille de route 2030 ;
- les plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN pour la période allant de 2021 à 2025 : aperçu du cadre d'élaboration et présentation des progrès accomplis ;
- les activités de lutte contre les MTN dans le contexte de la COVID-19 ;
- le dossier de demande commune (JAP) en ligne et le portail AMM ;

- les voix des partenaires — COR-NTD et NNN.

Le Programme régional de lutte contre les MTN et l'ESPEN tenaient à ce moment décisif la troisième réunion conjointe des administrateurs de programmes régionaux.

### **Objectifs**

L'objectif général de cette troisième réunion des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre les MTN dans la Région africaine de l'OMS était double : faire le bilan de la mise en œuvre du Plan stratégique régional de lutte contre les MTN pour la période allant de 2014 à 2020 et des objectifs du partenariat ESPEN, d'une part, et célébrer les jalons, afin de guider la prochaine phase de lutte et d'éradication des MTN conformément à la feuille de route pour les MTN 2021-2030, d'autre part.



## Objectifs spécifiques :

- célébrer les réalisations par la Région et les pays des cibles de la lutte contre les MTN fixées pour 2020 ;
- discuter des défis et des contraintes rencontrés dans la Région au cours de la décennie écoulée de lutte contre les MTN ;
- partager les enseignements tirés et les meilleures pratiques ;
- proposer des points d'action et des recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre des plans directeurs et des activités nationales de lutte contre les MTN s'inscrivant dans le cadre de mise en œuvre 2021-2030 ;
- s'accorder sur les objectifs régionaux en matière de lutte contre les MTN, les cibles, les interventions prioritaires, les rôles et les responsabilités des différents acteurs du cadre régional de mise en œuvre de la lutte contre les MTN 2021-2030.

Les sessions plénières et les séances en petits groupes ont été organisées comme suit :

### **SESSION PLÉNIÈRE 1 : Cibles de la feuille de route sur les MTN fixées pour 2020, célébration des jalons.**

Célébrer les succès que nous avons enregistrés ces dix dernières années, au moment où nous créons une dynamique pour l'avenir. Fournir une vue d'ensemble des succès, des éléments catalyseurs ; reconnaître les principaux jalons franchis dans le cadre du plan stratégique de lutte contre les MTN 2014-2020 et partager les enseignements tirés, ainsi que les meilleures pratiques.

### **SESSION PLÉNIÈRE 2 : Cadre de l'ESPEN dans le contexte de la feuille de route pour les MTN 2021-2030**

L'optimisation des avantages des programmes durables de lutte contre les MTN au cours de la prochaine décennie nécessite une intégration réfléchie de ces programmes dans les systèmes de santé nationaux. Plus précisément, les panélistes présenteront le cadre stratégique de l'ESPEN (2021-2025), la feuille de route pour les MTN (2021-2030) et le cadre pour garantir la durabilité de la lutte contre les MTN et en débattront.

### **SESSION PLÉNIÈRE 3 : Plans directeurs 2021-2025 de lutte contre les MTN : Aperçu du cadre d'élaboration et présentation**

Présenter le guide d'élaboration des plans directeurs nationaux et de la feuille de route pour les MTN 2021-2030 et les implications pour l'élaboration de la prochaine génération de plans directeurs (2021-2030) et en discuter.

**SESSION PLÉNIÈRE 4 : Pilotage de l'administration massive de médicaments (AMM) et de la recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de Guinée**

Partager les expériences des pays dans le pilotage d'une administration massive de médicaments et d'une recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de Guinée.

**SÉANCE EN PETIT GROUPE 5A : Gestion des fournitures pour la lutte contre les MTN et expériences des pays en matière d'intervention de prise en charge des cas de MTN**

Partager l'expérience en matière de mise en œuvre de la prise en charge intégrée des cas et fournir des conseils sur les outils pour les requêtes et les demandes de fournitures afin d'améliorer l'accès aux fournitures.

**SÉANCE EN PETIT GROUPE 5B : Communauté de pratique (CdP) en matière de prise en charge des MTN**

Présenter la communauté de pratiques aux parlementaires africains et recueillir leurs avis.

**SESSION PLÉNIÈRE 6 : Activités de lutte contre les MTN et impact de la COVID-19 : Expériences des pays en matière de prise en charge des cas, d'administration massive de médicaments et d'enquêtes**

Guider les pays dans la réalisation d'évaluations des risques-avantages et dans l'exécution d'activités liées à la lutte contre les MTN dans le cadre de la COVID-19.

**SESSION 7 : Session conjointe COR-NTD-ESPEN**

Facilitation des discussions, de la collaboration et de l'apprentissage inter-pays entre les administrateurs de programmes, les partenaires et les experts en sciences sociales.

**SESSION 8 : Gale et feuille de route 2021-2030 : données probantes et stratégies pour la mise en place de programmes nationaux de lutte**

Examiner les données probantes mondiales sur la lutte contre la gale et partager les expériences des pays.

**SESSION 9 : Persistance de la transmission de la filariose lymphatique et du trachome**

Documenter les expériences et les enseignements tirés quant à ce qu'il y a lieu de faire en cas de persistance de l'infection par la filariose lymphatique et le trachome et lorsque les enquêtes d'impact montrent une prévalence supérieure aux seuils d'éradication.

**SESSION 10 : Modélisation de l'impact potentiel des retards accusés dans l'organisation des campagnes d'administration massive de médicaments liés à la COVID-19 sur la morbidité de la schistosomiase et estimation des populations les plus à risque**

Décrire la charge actuelle de la schistosomiase en Afrique subsaharienne, mettre en exergue le niveau d'impact que les retards accusés dans l'administration massive de médicaments auront sur la schistosomiase et la morbidité y associée et identifier les zones extrêmement vulnérables dans les Régions.

## **Participation**

Au nombre des 564 personnes inscrites à la réunion, on dénombrait des participants provenant du Siège de l'OMS, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, de la Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale, des administrateurs de programmes issus des Ministères de la santé, d'organisations à but non lucratif et des partenaires.



## CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

La D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique a, dans son message vidéo adressé à la réunion virtuelle, souhaité la bienvenue aux participants. La Directrice régionale a souligné que les MTN touchent les populations les plus pauvres et les plus vulnérables du monde. La prévention de ces maladies et la lutte contre celles-ci, ainsi que leur élimination et leur éradication contribueront à briser le cycle de la pauvreté, à améliorer l'équité, la santé et le bien-être et à réaliser un certain nombre d'objectifs de développement durable (ODD), notamment le troisième objectif de développement durable (ODD 3). Elle a souligné que l'année 2020 avait été une année difficile pour tous du fait de la pandémie de COVID-19. De nombreuses interventions en matière de lutte contre les MTN et d'autres services essentiels ont été perturbés en raison de restrictions bien intentionnées des rassemblements et des mouvements publics relevant de la santé publique du fait de la pandémie de COVID-19. Elle a indiqué que ces perturbations menaçaient de neutraliser les progrès réalisés ces dernières années. Il était donc impératif que des campagnes de rattrapage soient organisées rapidement et en toute sécurité. La D<sup>re</sup> Moeti a également mentionné les progrès réalisés et les jalons franchis dans la lutte contre les MTN dans la Région et au-delà. Elle a cité l'exemple de l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030 en novembre 2020, laquelle feuille fournit le cadre pour accélérer l'action collective. Dans le cadre des progrès accomplis dans la Région en 2020, quarante-cinq pays de la Région ont mis en œuvre des plans directeurs de lutte contre les MTN et le Malawi et le Togo ont obtenu leur validation pour avoir éradiqué, respectivement, la filariose lymphatique et la trypanosomiase humaine africaine en tant que problèmes de santé publique. Ces résultats s'appuient sur l'éradication de la filariose lymphatique comme problème de santé publique par le Togo en 2017 et celle du trachome comme problème de santé publique par le Ghana en 2018. La D<sup>re</sup> Moeti a déclaré que ce sont des réalisations historiques en matière de santé publique et a félicité les gouvernements et leurs partenaires, ainsi que les communautés qui ont contribué à ces succès. La Directrice régionale a ensuite souligné d'autres réalisations dans la Région africaine : depuis 2015, le nombre de cas de THA y a chuté de 64 % ; les cas de lèpre ont diminué de 11 % ; et les cas d'ulcère de Buruli ont quasiment été réduits de moitié. Elle a souligné qu'il est possible d'accélérer les efforts visant à éradiquer le pian grâce au don d'azithromycine fait par une société brésilienne. L'action destinée à éradiquer la maladie du ver de Guinée progresse et une impulsion supplémentaire est nécessaire pour surmonter les défis liés aux infections émergentes chez les animaux, à la surveillance et à la prestation de services dans les zones touchées par l'insécurité et les conflits, ainsi qu'à l'insuffisance des financements nationaux. La D<sup>re</sup> Moeti a souligné que grâce à l'ESPEN et au lancement du portail ESPEN en ligne, la transparence et l'accès aux données sont totaux permettant ainsi d'accélérer les progrès vers l'éradication des MTN susceptibles d'être traitées par chimiothérapie préventive.

Elle a indiqué que le portail s'élargit pour inclure toutes les MTN, ainsi que la couverture des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le paludisme, le VIH et la tuberculose. La Directrice régionale a lancé un appel pour obtenir les ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre intégrale des plans directeurs de lutte contre les MTN, grâce notamment à des sources nationales et à des fonds supplémentaires fournis par des partenaires. Elle a souligné la nécessité d'investir dans la recherche et développement, ainsi que dans des stratégies innovantes et de meilleurs outils pour diagnostiquer et traiter les MTN. La D<sup>re</sup> Moeti a exhorté les participants à profiter de l'occasion qu'offre la réunion pour partager leurs expériences et leurs idées, afin d'accélérer les actions stratégiques et opérationnelles, aujourd'hui plus que jamais dans le but d'éliminer les MTN pour une Afrique en meilleure santé et plus prospère.

Après le discours de bienvenue de la D<sup>re</sup> Moeti, une vidéo (<https://www.youtube.com/watch?v=ef1Hsk1HRIQ>) intitulée « ESPEN and the fight against NTDs : Progress Video » a été projetée. En résumé, la vidéo indiquait que 600 millions de personnes en Afrique sont touchées par les MTN, causant la mort, la cécité, la défiguration, la douleur chronique, la déficience cognitive et d'autres incapacités à long terme qui constituent des entraves à l'éducation, à l'emploi, à la croissance économique et au développement global. En 2012, les entreprises pharmaceutiques, les donateurs, les pays d'endémie et les organisations non gouvernementales se sont réunis dans le cadre d'une démarche historique pour signer la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées. Au travers de cette déclaration, ils se sont engagés à lutter contre 10 MTN, à les éliminer ou à les éradiquer dès 2020 et à améliorer la vie de plus d'un milliard de personnes.

Depuis la Déclaration de Londres de 2012, trois pays d'Afrique ont éliminé au moins une MTN en tant que problème de santé publique. Les pays ci-après ont obtenu leur validation :

- le Ghana pour le trachome en 2018 ;
- le Togo pour la filariose lymphatique en 2017 et le THA en 2020
- le Malawi pour la filariose lymphatique en 2020.

En outre :

- la lèpre a été éradiquée en tant que problème de santé publique dans l'ensemble des États Membres de toute la Région africaine, à l'exception des Comores ;
- quarante et un États Membres de la Région sont certifiés exempts de la dracunculose ; et
- le nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive dans la Région africaine de l'OMS est passé de 603 millions en 2015 à 588 millions en



2019 grâce à une campagne réussie d'éradication, qui a permis que les populations n'aient plus besoin d'administrations massives de médicaments.

La population ayant eu besoin d'un traitement de 2013 à 2019 a diminué de :

- 150,4 millions pour la filariose lymphatique ;
- 90,4 millions pour l'onchocercose ; et
- 31,3 millions pour le trachome.

Les 44 pays d'endémie de schistosomiase sont en train d'optimiser la mise en œuvre d'interventions ciblées, en utilisant l'outil ESPEN d'analyse des sous-districts. Bien que d'énormes progrès aient été réalisés dans la lutte contre les MTN depuis la Déclaration de Londres, il subsiste un certain nombre de défis. La COVID-19 a entraîné des perturbations des campagnes d'administration massive de médicaments dans toute la Région. Trente-et-un (31) pays ont cependant déjà repris l'administration massive de médicaments, en appliquant des stratégies spécifiques d'atténuation des risques prescrites par le Siège de l'OMS et l'ESPEN du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, afin d'éviter les risques pendant les campagnes d'administration massive de médicaments et de contribuer davantage à la lutte contre la COVID-19 pendant lesdites campagnes. Les agents de santé communautaires chargés de la lutte contre les MTN sont en première ligne dans la lutte contre la COVID-19 et sont directement impliqués dans la lutte intégrée contre cette maladie et les MTN.

Une vidéo a été projetée à la mémoire de trois combattants de la lutte contre les MTN décédés en 2020. Elle s'intitule : « Memorandum : Celebrating the lives of Dr Ricardo Thompson, Dr Ghebrat Yohannes and Mr Gyepi-Garbrah Edward ». Le texte ci-après a été lu dans la vidéo :

### **D<sup>r</sup> Ricardo Thompson**

Le 21 juin 2020, le D<sup>r</sup> Ricardo Thompson est décédé prématurément à Maputo, au Mozambique son pays natal.

Le D<sup>r</sup> Thompson restera dans les mémoires comme un scientifique et un chercheur de haut vol, ingénieux et dévoué à la lutte contre les MTN et d'autres maladies. De 2001 à 2008, il a occupé le poste de directeur scientifique de l'Institut national de la santé du Mozambique et, à partir de 2009, celui de membre du Groupe régional d'examen des programmes de lutte contre la filariose lymphatique (FL-GEPR) du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a présidé ce groupe de 2011 à 2014.

Depuis juin 2014, il occupait le poste de vice-président du Groupe d'examen du programme régional pour la chimiothérapie préventive contre les MTN (NTD-GEPR). Depuis juillet 2017, le D<sup>r</sup> Thompson était membre du sous-groupe consultatif technique sur l'onchocercose du groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées (STAG-NTD), groupe de travail sur le suivi et l'évaluation. Dans le cadre de sa remarquable expérience en santé publique, qui s'étend sur plus de 25 années, le D<sup>r</sup> Thompson a rédigé et co-rédigé de nombreux articles dans des revues de renom et a participé à de nombreuses réunions stratégiques et missions de l'OMS dans plusieurs pays d'Afrique. L'expertise du D<sup>r</sup> Ricardo fera considérablement défaut à la communauté mondiale de la santé publique et on se souviendra de son optimisme, de son engagement et de son dévouement. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique présente ses plus sincères condoléances à sa famille, à ses amis et à ses proches.

### **D<sup>r</sup> Ghebrat Yohannes**

Le 5 avril 2020, le D<sup>r</sup> Yohannes est décédé à Asmara (Érythrée). Il est entré à l'OMS le 2 janvier 2002 en tant qu'administrateur recruté sur le plan national au bureau de pays d'Asmara (Érythrée). Grâce à son soutien dévoué et engagé, travaillant sans relâche avec ses collègues du Ministère de la santé aux fins du programme d'éradication du ver de Guinée, l'Érythrée a été certifiée exempte de la maladie du ver de Guinée en 2011. Au bureau de pays de l'OMS, il a mis son énorme expérience acquise dans le pays à contribution pour la prévention et la lutte contre des maladies, notamment les MTN, les situations d'urgence et les maladies non transmissibles.

Ses efforts de coordination de la cartographie et du contrôle des MTN ont fait progresser l'action concertée de l'Érythrée vers l'éradication des MTN. Il nous manquera beaucoup. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique présente ses plus sincères condoléances à sa famille, à ses amis et à ses proches.

### **M. Gyepi-Garbrah Edward**

Le 4 octobre 2020, le D<sup>r</sup> Edward est décédé à Accra, au Ghana. Pendant qu'il était en service au bureau de pays de l'OMS, il a mis son immense expérience acquise dans la Région au service de l'effort d'éradication du ver de Guinée dans tout le pays. Il a travaillé sans relâche avec ses collègues du Ministère de la santé, du Centre Carter et de l'UNICEF, non seulement sur la surveillance du ver de Guinée et l'éducation aux questions y relatives, mais aussi sur l'éducation à la santé et à l'hygiène en général, puisque la région du Nord, où il était basé, était également l'une des deux régions d'endémicité du trachome à l'époque. Il était un ardent défenseur de l'approvisionnement en eau potable aux fins des efforts d'éradication du ver de Guinée, ainsi que de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE de lutte contre le trachome dans les régions du Nord et de l'Upper West.

Il a également apporté un soutien technique au Kenya dans la préparation de ce pays à la certification en 2018 et, plus récemment, à la Namibie, pour faciliter la collaboration entre celle-ci et l'Angola, afin de renforcer la surveillance transfrontalière de la maladie du ver de Guinée. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique présente ses plus sincères condoléances à sa famille, à ses amis et à ses proches.



## SESSION PLÉNIÈRE 1 : CIBLES DE LA FEUILLE DE ROUTE DE SUR LES MTN FIXÉES POUR 2020, CÉLÉBRATION DES JALONS

Le D<sup>r</sup> Kwabena Boadu Oku-Afari, Directeur en chef au Ministère de la santé du Ghana, a été invité à répondre aux questions clés ci-après concernant la validation de l'éradication du trachome en tant que problème de santé publique au Ghana :

- *Le Ghana a obtenu sa validation pour être parvenu à éradiquer le trachome en tant que problème de santé publique en juin 2018, en tant que premier pays de la Région africaine de l'OMS. Pourriez-vous partager avec nous les facteurs les plus importants qui vous ont permis de franchir cette étape clé ?*
- *Quels enseignements les autres pays de la Région africaine où sévit une endémie du trachome pourraient-ils tirer de l'expérience du Ghana en matière d'efforts d'éradication de cette maladie ?*
- *La validation de l'éradication du trachome en tant que problème de santé publique est réversible. Que fait le Ghana pour pérenniser ce résultat ?*

Il a présenté les facteurs ci-après comme facteurs contributifs à ce grand succès :

- l'évaluation de la charge du trichiasis entre 1999 et 2003, qui a

présenté l'enquête de base et établi l'endémicité du trachome dans tous les districts ;

- la mise en œuvre d'interventions globales, la stratégie CHANCE (Chirurgie du trichiasis trachomateux, antibiothérapie, nettoyage du visage et changement d'environnement). Cette stratégie comprenait la construction de 27 000 latrines à l'horizon 2015 et la fourniture d'eau potable grâce à 3500 forages et puits creusés à la main ;
- un suivi et une évaluation solides, qui comportaient une évaluation à mi-parcours en 2007 et une surveillance dans toutes les communautés endémiques, ainsi que des enquêtes de prévalidation dans tous les districts endémiques ;
- la collaboration intersectorielle coordonnée par l'Agence de l'eau et de l'assainissement, y compris l'engagement du gouvernement à éradiquer le trachome, le ministère des Collectivités locales jouant un rôle central dans l'approvisionnement en eau, le service d'éducation du Ghana jouant un rôle de premier plan dans l'éducation des enfants et les médias assurant la mobilisation sociale et l'éducation communautaire au nettoyage du visage.

Le D<sup>r</sup> Kwabena Boadu Oku a relevé qu'au nombre des enseignements que d'autres

pays pourraient tirer de l'expérience du Ghana figurent la réalisation d'enquêtes de base de qualité conformément au protocole de l'OMS, l'adhésion à la stratégie CHANCE de l'OMS, l'engagement du gouvernement, des mesures visant à assurer la durabilité des activités d'éradication, car les résultats sont réversibles si on ne les pérennise pas et la mise en place de politiques telles que la garantie de la disponibilité, par exemple, de 20 litres d'eau par personne par jour, la présence d'au moins un point d'eau dans un rayon de 500 mètres et la promulgation de lois interdisant la défécation en plein air.

Son Excellence l'honorable Ministre de la santé du Togo, le Professeur Mustafa Mujiyawa, a répondu à la question sur l'éradication de la filariose lymphatique et de la trypanosomiase humaine africaine (THA) au Togo :

- *Le Togo a obtenu sa validation pour être parvenu à l'éradication de la THA en tant que problème de santé publique en juin 2020. Pourriez-vous partager avec nous les facteurs les plus importants qui vous ont permis de franchir cette étape clé ?*

Le Togo manifeste un vif intérêt pour la lutte contre les MTN et en fait une priorité dans son programme global de développement. Après l'éradication de la filariose lymphatique comme problème de santé publique au Togo en 2017, devenant ainsi le premier pays d'Afrique à obtenir ce résultat, le Togo vient d'annoncer

l'éradication de la trypanosomiase humaine africaine (THA) en juin 2020. Il s'agit là d'une réalisation positive.

Pour atteindre ce résultat, le Togo a procédé comme suit :

- la THA a été intégrée en tant que MTN ;
- cette maladie a été désignée comme une priorité à surveiller dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et de riposte (IDSR) ;
- l'OMS et ses partenaires ont apporté leur soutien technique et financier ; et
- l'organisation de la lutte au niveau national a reposé sur :
  - le renforcement du dépistage par des équipes mobiles ;
  - la mise en place d'un programme national spécifique pour la lutte contre la THA ;
  - l'affinement de la cartographie historique des anciennes zones d'endémie de THA ;
  - des enquêtes actives entre 2004 et 2008, qui ont confirmé l'absence de nouvelles infections par la THA.

En 2009, lors de la Conférence de Bamako, les pays ont été invités à mettre en place



des sites sentinelles. Le Togo s'est engagé à en créer deux (2) pour une recherche systématique (active et passive) des cas de THA à ces niveaux. Un bon système d'information sanitaire a été mis en place, permettant de produire des rapports mensuels et une collaboration a été instaurée avec le sous-secteur de l'élevage. De plus, il a été mis en place un comité d'experts qui a défini les critères précis pour l'éradication de la THA en tant que problème de santé publique.

Enfin, l'expérience du Togo peut être utile à tous les pays et elle montre qu'il est possible d'éradiquer cette maladie, et ce, d'autant plus que les niveaux d'endémicité étaient faibles au départ. La volonté politique est toujours nécessaire pour remporter des succès dans la lutte contre la THA.

**Table ronde : Mark Bradly (MERCK) et Emily Wainwright (USAID).**

*Question : quelle est la réalisation la plus importante dans le cadre de la feuille de route actuelle (2020) ?*

**Emily Wainwright** a reconnu que bien de choses avaient déjà été faites avant la feuille de route 2020, notamment les activités de lutte contre l'onchocercose dans le cadre de l'APOC, du GPELF, mais qu'il était nécessaire de passer à l'échelle supérieure et de fournir de nouveaux outils avec la feuille de route mobilisant les parties prenantes autour de ces questions.

Quatre faits se dégagent :

- ✓ l'accroissement du soutien des donateurs dans le cadre de la feuille de route ;
- ✓ la philanthropie privée, par exemple le Fonds END, qui a soutenu la feuille de route et travaillé avec les pays, l'OMS et d'autres partenaires ;
- ✓ la forte expansion des programmes de lutte contre les MTN dans les pays. Les programmes de lutte contre les MTN se sont élargis et ont acquis de la maturité, soutenus par de nouveaux outils d'intervention, ainsi que de suivi et d'évaluation ;
- ✓ les investissements clés, notamment dans la cartographie des MTN, par exemple 2,6 millions de personnes recensées pour le seul trachome, avec le soutien du Ministère britannique du Développement international (DFID).

**Mark Bradley** a félicité les trois pays qui ont obtenu leur validation pour l'éradication d'une ou plusieurs MTN et les pays qui ont réussi à mettre fin à l'administration massive de médicaments dans plusieurs districts. Il a salué la Fondation Rockefeller pour le soutien qu'elle a apporté dès les tout premiers moments aux institutions qui ont axé leurs efforts sur la lutte contre les maladies tropicales négligées. Plus récemment, les efforts de lutte et d'éradication à grande échelle ont été sous-tendus par des initiatives telles que le programme de dons

de Mectizan par Merck en 1987. Ce programme a été suivi d'autres dons pour la lutte contre le trachome et une prolifération d'autres partenariats public-privé qui ont eu un impact significatif au cours des huit dernières années de la feuille de route pour les MTN 2020, pendant lesquelles les dons ont doublé. Actuellement, l'industrie fait don de 17 produits différents pour la lutte contre les MTN. On dénombre à ce jour dans le monde 17 pays, dont le Togo et le Malawi dans la Région africaine, qui ont éliminé la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique, tandis que l'onchocercose a été largement éliminée dans les Amériques et dans certains foyers en Afrique. La couverture au moyen de l'ivermectine est de 84 % pour les personnes nécessitant un traitement en Afrique. Neuf (9) pays dans le monde ont éradiqué le trachome. Depuis 2001, les cas de THA ont chuté de 96 %, en particulier la *T. gambiense* en Afrique. En 2020, l'OMS a reconnu que les objectifs d'élimination de la THA avaient été atteints sur l'ensemble du continent africain. Les efforts de lutte et d'éradication de la schistosomiase et des MST ont été considérablement intensifiés. La plupart des partenaires industriels contributeurs se sont engagés à faire des dons à long terme pour faciliter la réalisation des objectifs de la feuille de route 2030.

*Question : quels ont été les éléments clés expliquant le succès des engagements entre les partenaires, les gouvernements et l'OMS ?*

**Emily Wainwright** : au nombre de ces éléments, on peut citer l'existence de cibles et d'interventions claires et mesurables, le fait que nous parlions d'une seule et même voix, que nous sachions quand nous devons nous arrêter et célébrer les succès, le fait que nous comprenions le rôle de chacun et que nous ayons une communauté de recherche axée sur la recherche opérationnelle.

**Mark Bradley** : le fait d'avoir des cibles claires et des objectifs finaux définis pour les MTN prioritaires a contribué au succès. Le fait d'avoir une OMS forte à Genève et à d'autres niveaux, sensible aux besoins des États Membres, de l'industrie et de la communauté des donateurs a été un facteur essentiel. Au nombre des autres facteurs, figurent un dialogue ouvert, des bureaux régionaux de l'OMS forts et surtout le lancement de l'ESPEN, la fourniture d'informations et des données de haute qualité par les États Membres, ainsi que la gestion de ces informations et données dans les pays.

*Question : quel objectif visons-nous ?*

**Emily Wainwright** : trouver un bon équilibre entre les objectifs spécifiques aux maladies et le renforcement des systèmes de lutte contre les MTN au niveau des pays pour pérenniser les acquis ; reconnaître la contribution des États Membres et capitaliser sur celles-ci ; assurer une coordination multisectorielle assortie d'une communication régulière et permanente avec l'ensemble des secteurs ; savoir les leçons, bonnes ou mauvaises,



que nous pouvons apprendre des autres secteurs. Le plaidoyer doit être élaboré et adapté aux besoins du pays.

**Mark Bradley** : la communication repose sur la confiance mutuelle entre les parties prenantes. Nous ne parviendrons à la couverture sanitaire universelle en matière de MTN que s'il existe des données de qualité et opportunes sur celles-ci. À cet effet, les investissements importants réalisés par les partenaires extérieurs ont été sous-tendus par des programmes nationaux solides qui s'alignent sur les cibles mondiales pour fournir une justification. Le passage de la mesure du processus à la mesure de l'impact nécessitera également un financement national continu, afin de maintenir l'implication des investisseurs extérieurs.

## SESSION PLÉNIÈRE 2 : CADRE DE L'ESPEN DANS LE CONTEXTE DE LA FEUILLE DE ROUTE POUR LES MTN 2021-2030

Patricia Amira a souhaité la bienvenue aux quatre panélistes (D<sup>r</sup> Benjamin Djoudalbaye de l'Union africaine, Emily Wainwright de l'Agence des États-Unis pour le développement international, D<sup>r</sup> Maria Rebollo de l'ESPEN et D<sup>r</sup> Mwele Malecela, Directeur de la Division MTN de l'OMS) et a ouvert la discussion.

*Q. D<sup>r</sup> Mwele, au regard de la nouvelle feuille de route 2030, quelles sont les trois principales différences par rapport à la feuille de route 2020 ?*

**Mwele Malecela** : le 31 décembre de cette année, nous arrivons au terme de la première feuille de route et je pense que la vidéo a vraiment montré les progrès considérables accomplis. Tout d'abord, il faut vraiment s'assurer que les médicaments qui ont fait l'objet de dons parviennent effectivement aux populations. Nous sommes en mesure de fournir des médicaments à un milliard de personnes pendant cinq années consécutives, et ce, dans le monde entier pour diverses MTN. Nous comptons 43 pays dans le monde qui ont éliminé au moins une MTN. Nous pouvons à présent constater les progrès notables accomplis dans trois pays d'Afrique. C'est un progrès remarquable. Toutefois, nous n'avons pas encore atteint notre objectif. Ce que nous avons fait, il y a deux ans, a été de demander à l'ensemble de la communauté des acteurs de la lutte contre les MTN, comment nous pourrions atteindre l'objectif que nous devons atteindre ? Que pouvions-nous faire pour aller de l'avant puisque nous n'avons pas achevé le travail ? Je pense que ce qui en est ressorti est ce qui a fini par constituer les trois changements.

Le premier changement a été l'impact, la responsabilité au titre de l'impact et le fait de considérer l'impact comme l'une des forces motrices du changement. Il s'agit d'envisager la manière dont nous pouvons mesurer l'impact et utiliser ces mesures pour mieux raconter notre histoire, afin d'accroître le financement en adoptant le

point de vue des donateurs, d'obtenir le soutien des gouvernements et être à même de suivre nos progrès de manière plus cohérente. Le deuxième changement consiste à passer d'une approche verticale à une approche plus holistique. L'approche holistique consiste en l'intégration des 20 MTN sur lesquelles nous travaillons. Ensuite, vient l'intégration dans le système de santé. Et, donc à examiner ce qui peut être intégré, ce n'est pas toute chose que l'on peut intégrer, incorporer. Mais, nous devons commencer à examiner ce qu'il est possible d'intégrer au système de santé et dans l'ensemble de l'écosystème de développement d'un pays donné. Enfin, dans le cadre de l'approche holistique, il est nécessaire d'envisager une approche multisectorielle, en s'assurant de l'implication des secteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ainsi que de l'éducation et de la santé. Le dernier changement tient à l'évolution vers l'appropriation par les pays. Je pense qu'en tant que communauté, nous sommes d'accord pour dire que c'est en faisant avancer ces questions que nous obtiendrons un plus grand succès et réaliserons le plus grand impact possible.

*Question : Maria, en quoi le nouveau cadre quinquennal de l'ESPEN (2021-2025) contribue-t-il à la réalisation des trois principaux changements dans la feuille de route de l'entité ?*

**Maria Rebollo :** je pense que pour être efficace une feuille de route mondiale

requiert une approche nationale et régionale. L'OMS a trois niveaux : le niveau des bureaux de pays, celui des bureaux régionaux et celui du niveau mondial. Les bureaux de pays jouent un rôle essentiel dans l'exécution de cette feuille de route. Le cadre de l'ESPEN est aligné sur la feuille de route mondiale sur les MTN et comporte cinq objectifs. Le premier objectif consiste à intensifier l'intégration et à parvenir une couverture géographique de 100 %. Nous mettons l'accent sur les districts où nous aimerions voir une intégration fonctionnelle. Puis, vient l'intégration d'interventions telles que WASH et la lutte antivectorielle en plus de l'administration massive de médicaments. Le deuxième objectif porte sur l'impact. Nous aimerions voir ce en quoi nos programmes produisent un impact et pas seulement un processus. Il s'agit, notamment, de renforcer les capacités des laboratoires, d'aider les pays à réaliser des évaluations d'impact de qualité. Le troisième objectif consiste à renforcer le système d'information sanitaire. Les données sont essentielles pour mesurer les progrès et les succès. Des données de haute qualité sont fondamentales pour déterminer si la feuille de route sur les MTN est correctement mise en œuvre ou non. Nous avons mis au point de multiples outils, dont le portail ESPEN et ESPEN Collect, pour apporter un appui aux pays dans le continuum de la production et de l'exploitation des données. Au plan structurel, l'intégration est en cours au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. L'ESPEN fait partie du groupe organique sur les maladies transmissibles et non

transmissibles dirigé par le D<sup>r</sup> Alexandre Tiendrébéogo. Par exemple, le portail ESPEN sera élargi pour couvrir toutes les MTN, les interventions dans le domaine WASH, le paludisme, la tuberculose et le VIH. Cette mesure permettra d'améliorer l'intégration et la collaboration intersectorielle. Le quatrième objectif consiste à renforcer le système de la chaîne d'approvisionnement ; à travers cet objectif, nous soutenons le renforcement de l'ensemble du système de santé. Le leadership par les pays et la durabilité constituent le cinquième objectif. Dans le cadre de cet objectif, nous aidons les pays à élaborer des plans directeurs de lutte contre les MTN en accord avec la feuille de route pour les MTN 2030.

**Question :** *quelles sont les priorités de l'Union africaine en matière de santé et, en particulier, de lutte contre les MTN au cours des 10 prochaines années ?*

**Benjamin Djoudalbaye :** l'UA a un grand programme continental axé sur la lutte contre les MTN et leur éradication. Les MTN constituent une priorité de santé publique pour le continent, qui a un programme de développement, dénommé Agenda 2063 de l'UA : L'Afrique que nous voulons, qui envisage un continent avec des citoyens en bonne santé et bien nourris. Il existe également un autre document, à savoir la Stratégie africaine de santé 2016-2030, qui envisage une Afrique intégrée, inclusive et prospère, libérée de son fardeau de maladies, d'invalidités et de décès prématurés. À partir de cette stratégie, nous avons élaboré le cadre

continental pour lutter contre les MTN et les éradiquer en Afrique à l'horizon 2030. Le cadre continental sur les MTN a pour vision une Afrique exempte de toutes les MTN d'ici 2030 et pour mission de tendre vers l'intégration des stratégies et des efforts à déployer par l'Afrique pour lutter contre les MTN et les éradiquer partout sur le continent et contribuer à leur élimination au niveau mondial. Le cadre continental a quatre objectifs : i) intégrer pleinement les interventions de lutte contre les MTN par le biais d'une approche multisectorielle, qui comprend le domaine WASH, l'éducation sanitaire, la lutte antivectorielle et la santé publique vétérinaire, la chimiothérapie préventive et la prise en charge innovante et intensifiée des maladies ; ii) harmoniser les initiatives communautaires, qui comprennent l'engagement et l'appropriation par les communautés ; iii) plaider pour la mise en place de programmes de lutte contre les MTN pleinement fonctionnels en fournissant des ressources nationales suffisantes ; iv) assurer la coordination avec d'autres secteurs pertinents au niveau national pour l'intégration des MTN dans les initiatives de santé générales telles que l'utilisation des établissements de soins de santé primaires existants et l'inclusion dans les plateformes de systèmes d'information tels que le DHIS2.

**Question :** *comment l'USAID envisage-t-elle la lutte contre les MTN pour les 10 prochaines années ?*

**Emily Wainwright** : ces dix dernières années, l'USAID a considérablement investi dans les composantes essentielles des programmes de lutte contre les maladies, notamment la cartographie, le soutien à la mise en œuvre dans les pays et le suivi de l'impact. Nous nous engageons à présent dans un nouvel espace. Par conséquent, nous avons actuellement quatre domaines d'investissement clés qui, je pense, s'appuient sur le passé, mais s'alignent en fait bien sur la nouvelle feuille de route pour les MTN 2030. La première donne, je pense, concerne beaucoup les personnes ; nous parlons d'impact. Je dirais même que nous devons nous assurer que le travail est fait. Par conséquent, des investissements considérables ont été réalisés pour que les pays se rapprochent de leurs objectifs de lutte contre les MTN et d'éradication. En outre, nous devons en finir. L'USAID soutient actuellement environ 27 pays ; 15 d'entre eux devraient être en mesure de soumettre des dossiers pour la validation d'au moins une maladie au cours des cinq prochaines années. Nous devons achever ce travail, si tel n'est pas le cas actuellement. La deuxième donne, c'est que nous avons investi considérablement dans la recherche opérationnelle par le passé. Cependant, je pense que la feuille de route l'a bien mis en évidence. Le diagnostic comporte une lacune essentielle : si nous ne procédons pas à des diagnostics, nous ne serons pas en mesure de documenter le succès ou d'apporter des changements importants. C'est pour cette raison que nous déployons un tout nouvel effort pour investir dans l'amélioration des diagnostics à l'avenir. La

troisième donne consiste à examiner véritablement la composante « durabilité ». Nous avons modifié la manière dont nous apportons notre soutien aux gouvernements pour les aider à définir la durabilité de leur programme national de lutte contre les MTN. Nous prévoyons donc de lancer un processus de travail avec eux. La quatrième donne consiste à continuer à renforcer et à étendre les partenariats qui rendent tout ce travail possible, afin de ne pas le perdre de vue.

**Question** : vous avez tous mentionné le mot « durabilité » comme facteur essentiel au succès des programmes de lutte contre les MTN. Voulez-vous bien nous expliquer la vision ou l'approche de l'OMS en matière de durabilité en ce qui concerne les MTN ?

**Mwele Malecela** : l'OMS et le département MTN n'essaient pas de réinventer la roue en ce qui concerne la durabilité. Par conséquent, nous espérons que le cadre d'action pour la durabilité soutiendra la feuille de route en fournissant un moyen de conceptualiser les efforts visant à parvenir à la durabilité. Ainsi, pour évaluer les progrès, il est nécessaire d'identifier les actions et d'envisager ensuite d'intégrer ces actions dans le cadre politique existant. En fin de compte, ce cadre d'action vise à renforcer l'engagement politique, financier et la capacité technique en matière de durabilité, afin d'atteindre les cibles et les jalons pour 2030 et de garantir le succès dans l'atteinte des ODD et des objectifs de couverture sanitaire universelle.



Pour nous assurer que les systèmes de santé nationaux des pays sont en mesure de maintenir ou d'accroître l'effet de la couverture des interventions et d'obtenir les résultats identifiés dans la feuille de route 2030, nous devons soutenir l'intégration et la prise en compte des programmes de lutte contre les MTN dans la mesure du possible. Cet effort viendra des pays qui assurent le suivi, la planification, le financement et le pilotage des programmes. Nous devons également saluer davantage la contribution des pays d'endémie en termes de ressources humaines et financières et encourager les pays où sévit une endémie à s'impliquer davantage et à plus long terme. Le cadre porte sur une voie vers la durabilité. Les pays décideront eux-mêmes de la voie à suivre, de la manière dont ils la parcourront et de ce qu'ils en retireront et nous serons là pour les soutenir.

**Question :** *comment l'ESPEN envisage-t-elle la durabilité ?*

**Maria Rebollo :** la durabilité devrait être alignée sur la réalité du pays, du district et des sous-districts. L'ESPEN apporte son soutien à la transparence totale en ce qui concerne l'épidémiologie de ces maladies à chaque niveau. Le programme y procède par le biais du portail ESPEN, qui assure un accès direct à l'épidémiologie des MTN, aux interventions et aux indicateurs de WASH. Grâce à la structure de l'OMS, l'ESPEN comprend clairement l'environnement local et celui du système de santé, ce qui est essentiel pour garantir

la durabilité. L'ESPEN peut également aider les pays à créer des groupes de travail pour l'élaboration d'un cadre de durabilité. Il est également en train d'élaborer des paramètres d'auto-évaluation pour le suivi des cadres de durabilité. Nous sommes également en train de mettre en place un système de rapport annuel sur la réalisation des plans de durabilité.

**Question :** *quelles approches stratégiques l'UA propose-t-elle pour accroître la durabilité dans ses États Membres ?*

**Benjamin Djoudalbaye :** il existe une initiative au niveau des chefs d'État et de gouvernement, pilotée par Son Excellence le Président Kagame du Rwanda. Il s'agit d'une initiative visant à mettre en place un financement régional au sein des communautés économiques régionales de toute la Région. Nous avons commencé à l'expérimenter avec la Communauté d'Afrique de l'Est. Il existe également un outil de suivi du financement national des soins de santé, qui permet de suivre les dépenses consacrées à la santé par les pays en ayant recours aux ressources nationales.

**Question :** *comment la prise en compte de la durabilité a-t-elle une influence ou un impact sur la manière dont les donateurs apportent leur soutien aux pays ?*

**Emily Wainwright :** les dons et le partenariat avec les sociétés pharmaceutiques ont vraiment changé la donne. Néanmoins, je pense que parfois, en tant que donateurs, nous sommes

amenés à penser un peu plus à une approche d'assistance humanitaire ou à adopter quelque peu certains des principes du secteur humanitaire, au lieu d'adopter une véritable approche de développement. À l'avenir, pour les débutants, nous sommes en train de renforcer l'autorité et le leadership des gouvernements et non les saper à notre corps défendant. Je pense que nous devons examiner attentivement la manière dont le soutien que nous apportons ne permet pas uniquement d'atteindre l'objectif de lutte contre la maladie, mais nous procédons également de sorte à renforcer la capacité du pays à fournir ce service. Nous aurions dû demander aux gouvernements d'investir davantage. Enfin, le processus de coordination, de collaboration et de planification est fortement piloté au niveau national.

### Expériences par pays

Les expériences par pays ont été partagées par le D<sup>r</sup> Mubangizi Alfred, responsable national de la lutte contre les MTN et commissaire adjoint, maladies tropicales négligées et à transmission vectorielle, de l'Ouganda, et le D<sup>r</sup> Abdoulaye Méité, coordinateur national de la lutte contre les MTN, de la Côte d'Ivoire.

*Question : quels sont les secteurs qui ont participé à l'élaboration du plan de durabilité de la lutte contre les MTN ?*

**Mubangizi** : de nombreux secteurs ont participé à l'élaboration du plan de durabilité en Ouganda. Les trois principaux secteurs ont été les différents ministères,

les collectivités locales et divers partenaires (MTN et autres). Les trois principaux secteurs ont été les différents ministères, les collectivités locales et divers partenaires (MTN et autres). On dénombreait parmi les ministères, les services du Premier ministre, les services du Ministère de la santé (Département de la Santé environnementale, Département de la Lutte nationale contre les maladies, les administrateurs de programmes de lutte contre les maladies tropicales et à transmission vectorielle), le Ministère de l'éducation et des sports, le Ministère des collectivités locales et le Ministère de l'eau, les délégués des districts connaissant une endémie de MTN. Au nombre des partenaires, on dénombreait l'OMS, RTI/Act End NTDs, Sightsavers, le Lions Club, le Centre Carter, Ascend, World Vision et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

*Question : qu'est-ce qui a convaincu le secteur de l'éducation, notamment le Ministère de l'éducation ? Qu'est-ce qui a amené ledit ministère à s'associer au plan de durabilité ?*

**Mubangizi** : il y a eu des discussions initiales avec les délégués de ces ministères au sujet du plan de durabilité. Ces ministères sont conscients et informés des aspects transversaux du plan de durabilité. Le Ministère de l'éducation, par exemple, a été touché car certains élèves et étudiants vivent dans des zones d'endémie de schistosomiase et de trachome où l'accès à l'eau potable est un problème réel et nécessite leur soutien. Le Ministère de

l'éducation a toujours été impliqué dans l'administration massive de médicaments dans les districts d'endémie de schistosomiase et de filariose lymphatique. Ce sont l'approche multisectorielle nécessaire pour lutter contre les MTN et le fait que les zones touchées sont défavorisées au plan socio-économique et présentent d'énormes défis qui ont amené tous ces ministères à participer à l'élaboration du plan de durabilité.

*Question : D' Mété, Alfred vient de mentionner un certain nombre de secteurs ou de partenariats auxquels l'Ouganda s'est associé pour donner un coup de fouet à l'élaboration du plan de durabilité de la lutte contre les MTN La situation est-elle semblable pour vous en Côte d'Ivoire ? En outre, comment votre pays utilise-t-il le document actuel pour faciliter l'alignement entre les secteurs et améliorer le soutien à ces secteurs ?*

**Mété :** je remercie notre partenaire FHI 360 et l'USAID pour le soutien technique et financier qu'ils ont respectivement apporté. Pour élaborer un tel document, il faut identifier les objectifs de réussite du plan. Une chose est d'élaborer le plan, avoir tout le soutien nécessaire à sa mise en œuvre en est une autre. De nombreux ministères ont soutenu l'élaboration de ce plan. Tout d'abord, le Ministère de la santé et, au sein de celui-ci, le soutien du niveau supérieur, le cabinet du Ministre de la santé, la Direction générale de la santé et tous les programmes de lutte contre les MTN du Ministère de la santé. Ensuite, les

ministères suivants ont également été impliqués : Budget, Éducation, Environnement, Agriculture, Eau et Assainissement et enfin les partenaires, à savoir, l'OMS, Ascend et les autres partenaires d'exécution de la lutte contre les MTN dans le pays.

*Question : comment allez-vous demander des comptes à tous ces secteurs en Côte d'Ivoire ?*

**Mété :** une chose que j'aimerais souligner, c'est que ce plan de durabilité ne concerne pas uniquement le Ministère de la santé. C'est la raison principale pour laquelle, dès le début du processus, tous les secteurs que j'ai mentionnés ont été impliqués. En outre, il était clair pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN et leur élimination qu'il s'agirait d'un plan national et que, par conséquent, tous seraient tenus pour responsables.

### SESSION PLÉNIÈRE 3 : PLANS DIRECTEURS 2021-2025 DE LUTTE CONTRE LES MTN : APERÇU DU CADRE D'ÉLABORATION ET PRÉSENTATION

La D<sup>e</sup> Maria Rebollo (OMS/AFRO/ESPEN) a fait une présentation sur l'élaboration de la nouvelle génération de plans directeurs de lutte contre les MTN, les défis et les leçons tirées du précédent guide pour l'élaboration de plans directeurs de lutte contre les MTN. Elle a également fait une présentation sur l'importance du plan directeur de lutte contre les MTN comme document stratégique essentiel pour

permettre aux gouvernements de planifier et de mettre efficacement en œuvre des programmes durables de lutte contre les MTN dans la Région africaine. Elle a également souligné le fait qu'il définit les buts et objectifs du programme, ainsi qu'une stratégie annuelle basée sur une analyse approfondie de la situation, qu'il aborde toutes les composantes des programmes de lutte contre les MTN pertinents pour le pays, renforce les synergies entre les diverses initiatives de lutte contre les MTN, sert de base aux plans de projets intégrés de lutte contre les MTN et inclut les exigences en matière de coûts et de financement pour une exécution efficace des programmes de lutte contre les MTN. Le plan directeur national de lutte contre les MTN constitue également la base de mise en œuvre harmonisée et du suivi de l'exécution de l'ensemble des interventions de lutte contre les MTN dans un pays donné. La D<sup>re</sup> Maria Rebollo a souligné que le précédent guide pour l'élaboration de plans directeurs de lutte contre les MTN, développé en 2012, a servi à élaborer deux générations de plans directeurs de lutte contre les MTN (2012-2015 et 2016-2020). Avec la nouvelle feuille de route mondiale pour les MTN (2021-2030) et son changement stratégique, il importait de préparer un nouveau guide pour l'élaboration de plans directeurs. Avant l'élaboration du nouveau guide pour plans directeurs de lutte contre les MTN, les observations des États Membres et des partenaires ont été recueillies sur le guide précédent, afin de comprendre ce qui a réellement fonctionné. Elle a partagé les

résultats de l'enquête. Parmi les 45 participants qui ont fourni un retour d'information sur le plan directeur, un consensus s'est dégagé autour du fait que le guide précédent a été utile dans le processus de préparation et de mise en œuvre, obtenant une note moyenne de 7,9/10. La formation des techniciens impliqués dans la préparation du plan, l'analyse FFPM et la composante gouvernance ont tous été soulignés comme étant des éléments qui ont très bien fonctionné dans le précédent guide pour l'élaboration de plans directeurs. Quelques éléments ont été relevés comme ne fonctionnant pas bien dans l'ensemble : le document a, de façon générale, été perçu comme trop long ; l'outil de calcul des coûts des activités était inadéquat ; un participant a mentionné les lacunes des diagrammes ; et une autre a indiqué que le guide était trop générique et n'épousait pas le contexte du pays. Lorsque les participants lui ont demandé ce qui faisait défaut dans les lignes directrices précédentes sur les plans directeurs, elle a relevé les éléments énumérés ci-après qui ont été cités à plusieurs reprises : le résumé d'orientation, les liens entre le secteur de WASH et les MTN, le plan de gestion des risques et d'atténuation des effets, la définition d'objectifs réalistes et spécifiques aux maladies et la manière de passer d'une approche cloisonnée à une approche intégrée, les conseils concernant les actions à mener pour se préparer dès à présent à la surveillance post-éradication, les conseils sur la méthode pour faire avancer le processus d'approbation interne, l'intégration et la gestion de la



morbidité, l'encouragement des pays à saisir les données au niveau des sous-districts, les aspects culturels et la réduction des déterminants sociaux des MTN, ainsi que le cadre logique clair ou la théorie du changement. La D<sup>re</sup> Maria Rebollo a présenté les principaux éléments clés du nouveau guide pour l'élaboration de plans directeurs de lutte contre les MTN. Le cycle de gestion du processus du plan directeur de lutte contre les MTN comporte trois éléments : il évalue l'exécution et l'engagement, ce qui répond à la question « où en sommes-nous à présent ? » ; il définit l'agenda stratégique, ce qui répond à la question « quel doit être le bilan du programme ? » En outre, il définit le cadre opérationnel, qui répond à la question « comment y arriver ? ». Elle a également souligné que la mise en œuvre des plans directeurs de lutte contre les MTN devrait être évaluée par le biais d'un examen à mi-parcours. Ce type d'examen fournit des données importantes pour la prise de décision et l'établissement d'un bilan des premiers enseignements tirés de l'expérience. Le programme national dispose ainsi d'une base pour identifier les actions appropriées pour traiter des questions ou des problèmes particuliers qui se posent dans la conception, la mise en œuvre et la gestion et pour renforcer les initiatives laissant transparaître un potentiel de réussite. La D<sup>re</sup> Maria Rebollo a également présenté les principaux éléments du guide pour l'élaboration de plans directeurs pour la lutte contre les MTN, notamment les questions clés, les concepts et les modèles, les matrices et les principaux documents de référence.

Le D<sup>r</sup> Biswas Gautam (Siège de l'OMS) a fait une présentation sur la feuille de route pour les MTN 2021-2030 : implications pour les plans nationaux. Il a indiqué les principaux éléments de la feuille de route sur les MTN, soulignant qu'elle a été élaborée à la suite d'un processus consultatif et été définitivement approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé. La feuille de route à quatre cibles primordiales, dix cibles transversales et des jalons pour chacune des 20 maladies. Les maladies sont regroupées en fonction de l'objectif fixé pour chacune d'entre elles : élimination, interruption de la transmission, éradication en tant que problème de santé publique et lutte contre la maladie. Dans le cadre de la précédente feuille de route pour les MTN 2012-2020, la mise en œuvre au cours des neuf années a permis de réaliser des progrès significatifs ; nous avons traité plus d'un milliard de personnes contre au moins une MTN ; 42 pays ont éliminé au moins une MTN ; 500 millions de personnes n'ont plus besoin d'interventions contre au moins une MTN. Toutes ces réalisations représentent des progrès notables, mais l'on n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la plupart des cibles de la première feuille de route pour les MTN 2020. C'est la raison pour laquelle, au cours du processus de consultation, chacun a réfléchi à ce qui devrait être fait différemment et aux enseignements qui pourraient être tirés des neuf premières années. Cette donne explique pourquoi trois changements stratégiques ont été mis en évidence dans la feuille de route.

**Premièrement, la responsabilité au titre l'impact.** Il s'agit de passer du processus et de la couverture à l'impact au niveau de la population. Quel impact pouvons-nous réaliser dans le domaine de la santé au cours des dix prochaines années?

**Deuxièmement, une approche holistique et transversale.** Par le passé, nous avons eu des programmes de lutte contre les MTN qui ont évolué en silo et ont été renforcés. L'accent a été mis sur l'intégration sur des plateformes, telles que celles dédiées à la chimiothérapie préventive et autres, mais nous continuons d'adopter largement une approche en silo. Le deuxième changement tend donc vers une approche plus holistique, qui va au-delà de l'intégration, quand il existe une plateforme commune pour fusionner les programmes.

**Troisièmement, l'appropriation des programmes.** Il s'agit de passer de programmes pilotés et soutenus de l'extérieur à des programmes qui font l'objet d'une plus grande appropriation par les pays. Certains pays se sont peut-être déjà largement appropriés le programme, mais beaucoup d'autres n'en sont pas encore là. L'appropriation par les pays est une composante essentielle de la durabilité. Elle implique qu'un pays prend ses propres décisions. Le programme identifie les MTN dans le cadre de la politique nationale de santé, alloue un financement national ou une ligne budgétaire pour la lutte contre les MTN. L'autre partie de la feuille de route, qui reflète les trois changements, tient aux trois piliers sur lesquels elle repose, à savoir : l'accélération des actions programmatiques, l'intensification des

approches transversales et la modification du modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays. Un aspect important de la feuille de route que peuvent exploiter les plans directeurs nationaux tient à la carte thermique. Il s'agit d'un résumé des faiblesses principales qui empêchent le programme d'atteindre son objectif. Les pays peuvent adapter ces aspects lorsqu'ils élaborent leur plan directeur pour la lutte contre les MTN. Ils peuvent évaluer leurs connaissances et identifier les principaux goulets d'étranglement. Ils peuvent également identifier les indicateurs clés qu'ils peuvent partager avec la feuille de route pour les MTN pour l'ensemble des 20 MTN. Il existe d'autres documents complémentaires que les pays peuvent consulter lors de l'élaboration de leur plan directeur. Il s'agit, notamment, du cadre d'action pour la durabilité, de l'argumentaire pour l'investissement, du cadre de suivi et d'évaluation, de la stratégie actualisée sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et les MTN, ainsi que du portefeuille de recherche sur les MTN.

Après ces deux présentations, trois pays ont partagé leurs expériences en ce qui concerne l'élaboration de la troisième génération de plans directeurs.

### République démocratique du Congo (RDC)

- À l'examen du dernier plan stratégique de la République démocratique du Congo, nous avons pu identifier les domaines présentant des lacunes avant de

chercher à apporter une amélioration à ces domaines dans la troisième génération de plans directeurs.

- Nous avons également examiné les directives de politique d'assainissement et le plan national. Ce processus a été collaboratif.
- Le suivi et l'évaluation ont été assurés pour jauger les forces et les faiblesses du dernier plan, en particulier en ce qui concerne les composantes administratives et financières.
- En ce qui concerne l'élaboration des documents, après cet examen, il a été utile de commencer par une réunion rassemblant toutes les parties prenantes, pour nous assurer que nous étions sur la même longueur d'onde et que nous disposions des outils appropriés. Le programme MTN a été au centre de cet échange. D'autres programmes impliqués dans le même domaine (comme le secteur WASH et le secteur financier) ont également participé à la discussion.
- L'OMS a également été très impliquée dans la discussion, en plus de nos autres partenaires techniques et financiers.
- En raison du nombre d'acteurs impliqués, nous avons dû prendre un certain temps pour harmoniser les stratégies, afin de nous assurer de tenir compte de l'apport de

chaque partie prenante issue des différents programmes.

### Éthiopie : Comment rendre le processus d'élaboration des plans directeurs de lutte contre les MTN plus participatif ?

- Nous avons mis en place une équipe nationale de base qui a aidé le ministère à élaborer le plan directeur.
- Un atelier consultatif de haut niveau a été organisé avec la participation d'experts et de partenaires nationaux et internationaux.
- Toutes les approches de lutte contre les MTN ont été suivies pour inclure les MTN qui n'ont pas été couvertes dans les plans directeurs précédents.

### Côte d'Ivoire

- Le pays n'en est encore qu'au début du processus d'élaboration de son plan directeur, mais il a bénéficié d'un engagement de haut niveau à l'échelle multilatérale, notamment d'engagements de haut niveau des Ministères de l'éducation, de la santé et de l'eau.
- Il est le premier pays à avoir finalisé son plan de durabilité.
- Lors de l'élaboration du plan, il a dû identifier les bonnes cibles — il a ainsi identifié des sites dont il savait qu'il aurait des résultats plus durables et plus probants.

- Plusieurs ministères ont été impliqués dans l'élaboration de ce plan :
  - Ministère de la santé : au sein de ce ministère, nous avons le cabinet du Ministre, le Directeur général de la santé et tous les départements techniques en charge de la lutte contre les MTN ;
  - une approche intersectorielle a également été adoptée — Ministères du budget, de l'éducation, de l'agriculture, de l'eau et de l'assainissement ; et
  - l'OMS ainsi que des partenaires nous ont apporté un appui dans tout le pays.
- Tenir ces secteurs responsables dans ces plans : tout d'abord, le plan de durabilité n'a pas émané du Ministère de la santé lui-même ; nous avons impliqué les parties prenantes dès le début, afin de pouvoir travailler en synergie pour permettre l'appropriation par chaque partie prenante :
  - L'adoption de cette approche inclusive a permis de rassembler tous les secteurs. Elle a permis d'en faire un plan national et durable.

## SESSION 4 : PILOTAGE DE L'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS ET DE LA RECHERCHE ACTIVE CONJOINTES DE CAS DE LÈPRE, D'ULCÈRE DE BURULI ET D'AUTRES MTN DE LA PEAU DANS LA RÉGION FORESTIÈRE DE GUINÉE

### Introduction

Malgré les progrès significatifs réalisés dans la lutte contre les MTN, leur élimination et leur éradication, il subsiste des défis au nombre desquels on peut citer l'insécurité et l'insuffisance du financement national destiné aux programmes nationaux de lutte contre les MTN, ce qui rend difficile l'extension de services complets de lutte contre les MTN à la majorité de la population qui en a besoin. Beaucoup reste à faire au niveau des pays pour améliorer le financement national des programmes, la coordination et l'intégration des interventions, afin de tirer le meilleur parti des ressources limitées disponibles. La feuille de route mondiale pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 et le cadre de durabilité identifient l'intégration comme une stratégie clé pour pérenniser les gains réalisés dans la lutte contre les MTN et atteindre les cibles et objectifs de la feuille de route sur les MTN. À cet égard, la Guinée a adopté cette initiative (approche intégrée) et a entrepris de réaliser une administration massive de médicaments et une recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN



de la peau. La session avait pour objectif général de partager les expériences dans la mise en œuvre de la recherche et de la prise en charge des cas de MTN, en exploitant toutes les possibilités disponibles, telles que les administrations massives de médicaments, grâce à une collaboration, à une planification et à une mise en œuvre intégrée efficaces. Plus précisément, les expériences des pays en matière de pilotage des administrations massives de médicaments et de recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de la Guinée.

### Présentation

La présentation de la Guinée a porté sur le partage des expériences du pays en matière d'administration massive de médicaments et de recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de Guinée. Elle a été faite par le D<sup>r</sup> Michel Sagno, chef de l'unité de suivi et d'évaluation du Ministère de la santé et dudit ministère en charge de la lutte contre les MTN de la Guinée, avec le soutien du D<sup>r</sup> Ahmadou Barry, MTN/administrateur recrutés sur le plan national au bureau de pays de l'OMS en Guinée.

Situant le contexte du travail effectué, dont les résultats ont été présentés, le D<sup>r</sup> Sagno a souligné que la rareté des ressources et les besoins croissants de l'objectif de lutte contre les MTN et leur élimination en Guinée, ont motivé la décision du pays et de ses partenaires de

développement d'opter pour l'intégration des ressources, afin d'optimiser les services de santé au niveau communautaire et aux niveaux plus périphériques. Il a indiqué que le plan national de développement sanitaire de la Guinée prévoit une plus grande implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. À cet égard, la Guinée a noué un partenariat entre les communautés et les services de santé à travers la stratégie de traitement au moyen de l'ivermectine conformément à une directive communautaire, avec la mise en place du Programme national de lutte contre l'onchocercose à l'époque ou, encore, la distribution massive de médicaments en cas de co-endémicité de ces MTN en ayant recours à la chimiothérapie préventive.

Résumant les activités menées dans le cadre du projet, le D<sup>r</sup> Sagno a déclaré que le pays a mis à contribution 1904 agents de distribution de médicaments présents dans 3129 villages du pays. Le projet pilote a donc été élaboré de manière à mettre l'accent sur l'intégration des MTN qui se prêtent à la chimiothérapie préventive et à la prise en charge. Il s'agissait de l'onchocercose, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase, des géohelminthiases, de la lèpre et de l'ulcère de Buruli. Ce projet a été mis en œuvre dans trois districts sanitaires, à savoir Lola, N'Zérékoré et Yomou II. Le D<sup>r</sup> Sagno a décliné les objectifs de ce projet comme suit :

- ✓ le renforcement du traitement au moyen de l'ivermectine

conformément aux lignes directrices communautaires et la distribution massive de médicaments pour éliminer les maladies tropicales négligées ou lutter contre celles-ci ; et

- ✓ la contribution à l'éradication de la lèpre et à la lutte contre l'ulcère de Buruli dans les zones couvertes par l'étude en se basant sur l'expérience des distributeurs communautaires.

Le projet a été exécuté en deux phases : a) une phase préparatoire axée sur le recrutement d'un consultant, l'élaboration du protocole et des outils de recherche, ainsi que la mobilisation des ressources ; et, b) une phase de mise en œuvre axée sur la sensibilisation des chefs communautaires dans les zones couvertes par l'étude, la formation des acteurs à différents niveaux, le recensement des ménages et, pour finir, la distribution effective des médicaments, intégrée au dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli. Au total, c'est une population de 557 974 personnes qui a été atteinte au niveau des ménages dans les trois districts sanitaires, dont 494 887 personnes âgées de cinq ans et plus. Parmi celles-ci, 461 068 ont été traitées, ce qui donne une couverture programmatique moyenne de 97 % et une couverture épidémiologique moyenne de 87 % dans les trois districts).<sup>1</sup> Au cours de l'exercice, plusieurs cas

suspects de MTN ont été détectés, dont 156 cas de lèpre, 176 cas d'ulcère de Buruli, 22 cas d'hydrocèle et 35 cas d'éléphantiasis.

Au nombre des enseignements tirés, l'équipe a observé que l'intégration des activités de dépistage pour la prise en charge des cas de MTN par traitement chimiothérapeutique de masse des MTN se prêtant à la chimiothérapie préventive était efficace et efficiente et que les cartes illustrées utilisées étaient de bons outils de sensibilisation et de dépistage actif. L'activité a démontré la résilience du programme national dans lutte contre les maladies tropicales négligées face à la pandémie de COVID-19.

Le D' Sagno a remercié l'OMS et les partenaires pour le soutien apporté à la réalisation du projet pilote et a sollicité un soutien et un financement pour renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN. Il a transmis la gratitude et les remerciements du ministère au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour l'invitation à partager l'expérience de la Guinée.

*1 La couverture du programme était de 96 % à Lola, de 98 % à N'Zérékoré et de 96,6 % à Yomou, tandis que la couverture épidémiologique était de 87,6 % à Lola, de 84 % à N'Zérékoré et de 88,5 % à Yomou.*



## SESSION 5A : GESTION DES FOURNITURES POUR LA LUTTE CONTRE LES MTN ET EXPÉRIENCES DES PAYS EN MATIÈRE D'INTERVENTION DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE MTN

Cette session a été présidée successivement par le D<sup>r</sup> Alexandre Tiendrébéogo et Andrew Korkor. Ils ont, pour commencer, rappelé les points saillants des sessions de la veille qui ont mis en exergue l'expérience des pays ayant intégré des activités de distribution et d'administration massive de médicaments dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19 pour la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées. Ils ont ensuite introduit la session du jour traitant de la prise en charge des cas de MTN, sous deux angles principaux :

- 1) les outils de demande d'approvisionnement en médicaments pour la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées ;
- 2) les expériences des différents pays.

Le D<sup>r</sup> Korkor a assuré la modération du reste des présentations et des discussions pour aborder les deux points mentionnés ci-dessus :

A) les outils d'achat de fournitures pour la lutte contre la lèpre

Le responsable des achats du Siège a présenté l'outil de demande annuelle de

médicaments, qui est une version intermédiaire, à soumettre dans DHIS2.

Ce formulaire est similaire à la version Excel actuellement utilisée par tous les pays.

Il y a une page qui explique les différentes étapes (structure du formulaire, informations à fournir, instructions de remplissage, lien vers les nouvelles lignes directrices de traitement).

Une signature électronique sera utilisée.

Actuellement, il n'est pas encore possible de transmettre directement la demande via DHIS2, mais dans les mois à venir, la soumission de demandes ne sera possible que par ce canal.

B) Leishmaniose viscérale

Le système d'approvisionnement intégré dénommé WIMEDS a été présenté.

Ce système intègre tous les acteurs impliqués, notamment les donateurs, les Ministères de la santé des pays bénéficiaires, la chaîne d'expédition.

Contrairement à ce qui se faisait manuellement, ce système est repose sur l'internet et présente plusieurs avantages qui sont, notamment, comme suit :

- tous les acteurs font partie du système ;
- il y a une coordination automatique ;
- les données sont stockées dans le système ; et
- il y a une transparence et un contrôle adéquat.

Il existe une démonstration simplifiée de la manière dont fonctionne ce système ; pour en savoir plus, veuillez consulter la page WIKI.

### C) Ulcère de Buruli et pians

L'outil de demande présenté est un formulaire Excel qui comporte une page introductive fournissant des instructions.

La page de données relative aux informations épidémiologiques est celle qu'il faut remplir et le reste se calcule automatiquement.

Veuillez noter que la catégorisation par âge et d'autres informations supplémentaires sur le stock de médicaments doivent être saisies manuellement.

Pour le pian, il importe de noter qu'il existe deux types de demandes : l'une pour le traitement de cas isolés, l'autre pour le traitement de masse. Il existe une fiche de surveillance du pian sur laquelle les quantités de médicaments nécessaires sont calculées en indiquant les populations des districts.

Il s'est ensuivi une séance de discussion, au cours de laquelle certaines questions ont été posées :

- Quel est le stock annuel de sécurité prévu par l'OMS ?
- Quand certains pays pourront-ils recevoir des antibiotiques pour le traitement de l'ulcère de Buruli ?
- Rupture de stock de RT39 au Soudan du Sud.

Vous trouverez ci-dessous quelques réponses :

- pour la leishmaniose, le stock d'urgence au Siège est destiné au traitement de 1000 patients ;
- suite à l'apparition de la pandémie de COVID-19, il y a eu une interruption de la production et même du trafic de transport, ce qui a entraîné des ruptures de stock dans certains pays, notamment ceux à forte prévalence ;
- il arrivait à Genève à ce moment-là des cargaisons qui pouvaient être acheminées aux pays dans un délai de trois semaines (début 2021, la situation pourrait revenir à la normale si la COVID-19 ne s'aggrave pas) ;
- les pays sont encouragés à envoyer leurs commandes et certains doivent donner le feu vert qui leur a été demandé pour l'expédition de médicaments ; et
- Novartis s'efforce d'analyser les lots en stock dans ses installations avant de tester la qualité des lots de produits qui ont déjà été expédiés aux pays.

### PARTAGE DES EXPÉRIENCES DES PAYS

Deux sous-points ont été traités, à savoir : la prise en charge intégrée de la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées et l'administration massive de médicaments (AMM) et prophylaxie post-exposition (PEP).

#### 1) Intégration

Quatre pays (le Burkina Faso, le Cameroun, la République démocratique du Congo et la

Côte d'Ivoire) ont partagé leurs expériences de projets de recherche intégrée pour la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées, qui sont co-endémiques dans ces pays (lèpre, ulcère de Buruli et pian). Ils ont surmonté les défis rencontrés et tiré des leçons qui diffèrent d'un pays à l'autre (voir liste en annexe).

2) Administration massive de médicaments et PEP

Sur six pays, quatre (la République démocratique du Congo, Madagascar, les Comores et la Tanzanie) ont pu présenter leurs expériences en la matière.

Pour certains, les études sont encore en cours et les résultats préliminaires sont encourageants. Pour ceux qui ont bouclé leurs études, les conclusions incluent le fait que la PEP est bien acceptée par les populations et contribue à une détection accrue des cas parmi les contacts. Les pays n'ont pas encore intégré la PEP dans leurs politiques thérapeutiques.

Les discussions sur ces deux sujets ont permis de mieux comprendre les types d'outils de sensibilisation utilisés et les progrès réalisés dans la mise en œuvre des distributions massives d'azithromycine.

Le Directeur de la Division UCN a clôturé la session en remerciant tous les participants

et en les encourageant à continuer à participer aux journées restantes de la réunion.

## SESSION 5B : COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE (CdP) DES ADMINISTRATEURS DE PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES MTN

Cette session s'est tenue le 8 décembre 2020 et a été co-présidée par le D<sup>r</sup> Karsor K. Kollie, Directeur du programme de lutte contre les MTN au Ministère de la santé du Liberia et le D<sup>r</sup> Agazi Fitsum.

La session a porté principalement sur la présentation du travail de la communauté de pratique sur les MTN, sa vision et son importance pour les administrateurs de programmes (AP) de lutte contre les MTN en Afrique. Elle a également permis de faire la lumière sur l'équipe de la communauté de pratique de lutte contre les MTN, composée d'un conseil de direction et de l'équipe de développement de la communauté de pratique. Ce fut également un moment privilégié pour présenter le processus de développement de la communauté de pratique, suivi d'une discussion avec les administrateurs de programmes de lutte contre les MTN. La session s'est achevée par une séance de questions-réponses.

La communauté de pratique a été définie comme un groupe de personnes qui partagent une préoccupation ou une passion pour une activité qu'elles mènent,

qui apprennent à mieux faire leur travail en échangeant régulièrement, qui se réunissent dans l'intention d'apprendre les uns des autres et qui partagent leurs pratiques et leurs idées. Il a été relevé qu'il existe des communautés de pratique pour plusieurs domaines, notamment le paludisme, la tuberculose, la prestation de soins de santé etc.

La communauté de pratique des administrateurs de programmes de lutte contre les MTN a vu le jour en novembre 2019 dans le Maryland, où un groupe de 12 de ces administrateurs s'est réuni pour réfléchir à des solutions aux défis communs auxquels sont confrontés les AP. Au cours de cette réunion, ils se sont mis d'accord et ont formulé l'énoncé de problème suivant : « les administrateurs de programmes de lutte contre les MTN ont des déficits en termes de connaissances et de ressources, de méthodologies pour fixer des priorités, prendre des décisions, gérer les parties prenantes essentielles, collaborer avec des secteurs extérieurs aux MTN et exécuter efficacement les programmes ». À l'issue des discussions, les participants ont convenu d'une solution commune, à savoir : renforcer la communauté des AP, notamment par l'apprentissage entre pairs, des programmes de mentorat, des cours et des possibilités de formation sur les MTN, des forums exclusifs pour administrateurs de programmes.

Il a été relevé au cours de la session que la CdP a pour objectif de développer une communauté d'administrateurs de

programmes africains de lutte contre les MTN forte ayant recours à la technologie numérique, mettant à disposition une plateforme au travers de laquelle les participants peuvent apprendre les uns auprès des autres et collaborer dans la quête de l'atteinte des repères nationaux et mondiaux relatifs aux MTN. Son succès serait mesuré à des indicateurs de performance clés, y compris l'amélioration des capacités techniques, la rétention des AP, la satisfaction professionnelle, la qualité du travail et la normalisation des meilleures pratiques et normes dans les rangs des AP de lutte contre les MTN en Afrique.

Concernant la composition de la communauté de pratique, il était pertinent d'inclure dans sa structure un conseil de direction présidé par le D<sup>r</sup> Sultani du Kenya, une équipe de développement et un comité consultatif. Il a également été mentionné que le conseil de direction de la CdP est ouvert aux personnes intéressées et ne se limite pas qu'à quelques membres.

Le présentateur de la session a rappelé que le Conseil de direction est un groupe restreint d'administrateurs de programmes qui fournissent un retour d'information et des conseils à l'équipe de développement, représentent la communauté de pratique et prennent les décisions clés concernant la conception et la mise en œuvre de la communauté. Ils assument d'autres responsabilités telles que la participation à des ateliers de co-développement pour fournir un retour d'information à l'équipe de



développement sur la manière dont se présente la communauté de pratique, sa convivialité, ses caractéristiques etc. Le conseil fournit également un retour d'information sur l'outil internet final de la CdP et se réunit six fois par an pour discuter des résultats obtenus par la CdP, ainsi que de ses possibilités d'amélioration.

En ce qui concerne l'équipe de développement de la CdP, elle est composée de Manta Ray Media, de l'Université de Washington et de l'Université de Global Health Equity basée au Rwanda. Ces trois institutions travaillent à un processus de conception conjointe qui est une pratique collaborative, communautaire et consensuelle de conception avec des individus et des groupes pour apporter une contribution créative à la formulation et à la solution d'un problème donné

Leurs activités, développées en trois phases, comprennent la conduite d'enquêtes de base et d'évaluations des besoins, l'organisation d'ateliers de conception conjointe lors de la phase 1, l'élaboration et l'expérimentation de prototypes lors de la phase 2, ainsi que le lancement de la CdP avec une imprégnation individuelle et l'organisation de révisions itératives lors de la phase 3.

Un autre point important présenté au cours de cette session a porté sur les principales fonctionnalités numériques de la communauté de pratique de lutte contre les MTN et les principales caractéristiques des réunions en présentiel.

En ce qui concerne ses caractéristiques numériques, outre la facilité d'accès à la CdP via les téléphones portables, la CdP sera disponible en plusieurs langues et l'inclusion linguistique constitue une de ses valeurs essentielles, conjointement avec les autres fonctionnalités numériques ci-dessous :

- messagerie directe entre AP ;
- forums pour faire des brainstormings sur les solutions aux défis auxquels se heurtent les AP et sur leurs idées ;
- bulletin d'information mensuelle destinée exclusivement aux AP ;
- accès aux ressources (par exemple, les lignes directrices, les outils de planification) et de brefs résumés de ce que l'on peut trouver dans chaque ressource ;
- liens vers les sites internet des partenaires et les documents clés ;
- accès à des formations ou à des webinaires en ligne, souvent animés par des AP du groupe ; et
- accès à des cours en ligne par le biais de l'Université de Washington (par exemple, suivi et évaluation, introduction à la science de la mise en œuvre,

introduction à la gestion de projets etc.)

En ce qui concerne les principales caractéristiques des réunions en présentiel, il a été indiqué qu'il s'agissait principalement de réunions en présentiel organisées conjointement avec les réunions existantes de l'ESPEN, la facilitation d'une réunion annuelle des AP d'une durée de deux jours en présentiel et des visites de sites structurées entre pairs au cours de la deuxième année, la facilitation de visites de sites structurées d'une durée d'une semaine répondant aux besoins des AP, y compris la création de laboratoires de terrain, la réalisation d'enquêtes d'évaluation de la transmission et la lutte antivectorielle.

Certains des avantages de la CdP de lutte contre les MTN ont été présentés, notamment l'accès rapide aux événements et aux ressources relatifs aux MTN, ainsi qu'aux points d'information destinés aux AP clés, les forums de discussion pour la résolution de problèmes en groupe, le répertoire des AP et les informations sur les programmes.

Les critères de réussite de la CdP sont les suivants : accroître les compétences, les connaissances et la confiance des administrateurs de programmes de lutte contre les MTN en Afrique, afin qu'ils puissent prendre des décisions et exercer un leadership fondés sur des données probantes, et renforcer les capacités à long terme pour répondre aux besoins des administrateurs de programmes de lutte

contre les MTN grâce à un soutien technique, scientifique et administratif.

La session s'est achevée par une séance de questions-réponses portant sur la prise en compte des différentes langues et une suggestion d'intégrer la gestion des données dans le cadre de la CdP.

Pour finir, le présentateur a invité tous les participants qui souhaiteraient faire partie de la communauté de pratiques des administrateurs de programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées ou participer au développement de ladite communauté, à la contacter via

[MTN-cop@uw.edu](mailto:MTN-cop@uw.edu).

## SESSION 5B : PORTAIL ESPEN ET SOLUTIONS DE DONNÉES DISPONIBLES

### a) Portail ESPEN

Le D<sup>r</sup> Jorge Cano a fait une présentation sur le portail ESPEN, la plateforme de données sur les MTN et l'intégration des données rapportées sur les MTN, de la JAP et du formulaire de suivi de l'élimination du trachome (TEMF). Sa présentation nous a permis d'en savoir plus sur le cycle de collecte des données, du pays à la base de données ESPEN en passant par la JAP, et sur la manière dont elles sont traitées, puis mises à disposition sur le portail ESPEN. Le D<sup>r</sup> Jorge Cano a ensuite présenté les nouvelles ressources disponibles sur le portail ESPEN. Puis, il a présenté les outils de prévision des administrations massives de médicaments et d'enquêtes. Il s'agit d'un nouvel outil grâce auquel les unités



d'exécution (UE) présentent l'enquête prévue sur l'administration massive de médicaments ou l'évaluation. La D<sup>re</sup> Rachel Pullan a fait une présentation sur la manière dont les données WASH interagissent avec le portail ESPEN.

b) Services d'assistance d'ESPEN Collect

Elia Muhima a fait la présentation sur les services d'assistance d'ESPEN Collect. Sa présentation a porté sur tous les services de l'ESPEN disponibles pour aider les pays dans le cadre de l'enquête d'évaluation spécifique aux maladies. Au cours de la présentation, il a expliqué le processus de bout en bout de l'assistance fournie par l'ESPEN aux pays, allant de la demande jusqu'au terme de l'enquête.

c) Outil de soumission des données du portail ESPEN

M. Honorat Zouré a présenté l'outil de soumission de données du portail ESPEN. Il s'agit d'un outil du portail ESPEN qui permet aux administrateurs de programmes de soumettre la JAP directement à partir du portail ESPEN. L'utilisation de cet outil présente les avantages ci-après :

- les fichiers ne se perdent dans la boîte aux lettres du destinataire ;
- la visibilité à la soumission des formulaires et l'état d'examen ;
- la possibilité pour les parties prenantes de contribuer à lever les goulets d'étranglement ; et

- la disponibilité de toutes les versions des formulaires.

Après la présentation faite par M. Zouré, M. Jonathan Nesbitt a fait une présentation en direct de l'outil de soumission des données.

d) Plateforme d'information sanitaire nationale (CHIP)

M. Alex Pavluck a fait une présentation sur la plateforme dénommée CHIP. Il s'agit d'un projet qui résoudra le problème des pays ne disposant pas de leur propre base de données nationale sur les MTN. Le CHIP permettra à ces pays d'avoir un accès sécurisé à toutes les données qu'ils partagent avec ESPEN. Ils auront accès aux données disponibles publiquement sur le portail ESPEN et les données auxquelles le public ne peut avoir accès (données en cours de révision). Le système ajoutera également une visualisation pour faciliter la prise de décision.

e) Fragmentation des données électroniques sur les MTN

M. Alex Pavluck a également assuré la modération de cette session, qui a débuté par la présentation des résultats des sondages réalisés, suivie de discussions. Les sondages indiquent que la plupart des pays procèdent à la saisie électronique des données et que l'existence de plusieurs outils ne pose pas nécessairement problème. Si l'intégration doit se faire sur les outils existants, elle doit se faire sur la même application smartphone. Vous trouverez ci-dessous les résultats des sondages utilisés aux fins de cette session.

## SESSION 6 : ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES MTN ET IMPACT DE LA COVID-19 : EXPÉRIENCES DES PAYS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES CAS, D'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS ET D'ENQUÊTES

### Introduction et présentation de l'aperçu de l'ordre du jour par Patricia Amira

La modératrice a souhaité la bienvenue aux participants à la troisième journée de réunion et a donné un rapide aperçu de l'ordre du jour de la journée. Elle a ensuite présenté brièvement Thoko Elphick-Pooley, de Uniting to Combat NTDs, qui présidera la session 6A sur le tableau de bord ALMA sur les MTN.

### Session 6A : Tableau de bord ALMA sur les MTN

Prenant la parole après l'introduction faite par Patricia, Thoko a donné un rapide aperçu de la session qui comportait trois parties principales : 1) une présentation riche en informations sur le tableau de bord ALMA ; 2) le tableau de bord 2019 sur les MTN et les expériences du Congo, du Soudan, du Rwanda et du Kenya en matière d'utilisation du tableau de bord ALMA sur les MTN.

Dans sa présentation riche en informations, Thoko a parlé de l'origine d'ALMA, le tableau de bord sur le paludisme et de la façon dont il a été utilisé

comme moyen d'introduire les MTN, étant déjà connu et accepté par les chefs d'État. Elle a également souligné l'ajout en 2017 de l'indice de couverture des MTN développé par l'Organisation mondiale de la Santé sur la base de la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées en Afrique et comment il se calcule à l'aide d'une moyenne géométrique.

La deuxième partie de la session a porté sur la présentation de l'état d'avancement de la carte d'indice de couverture des MTN par Irene. Elle a souligné les actions et les recommandations fournies aux pays suite au calcul du tableau de bord et les canaux utilisés pour communiquer les recommandations et les actions proposées aux pays. La troisième et dernière partie de la session a été consacrée aux expériences des pays. Quatre pays ont été désignés pour partager leur expérience. Ce sont : le Congo, le Soudan, le Rwanda et le Kenya.

En ce qui concerne les expériences des pays, le représentant du Congo n'a pas pu faire le déplacement en raison d'une situation d'urgence. Le D<sup>r</sup> Mousab du Soudan du Sud a partagé l'expérience de son pays en matière d'utilisation de l'indice de couverture à des fins de plaidoyer. Le tableau de bord sur les MTN est arrivé au moment opportun alors que le pays réfléchissait à l'outil à utiliser pour faire un plaidoyer en faveur des MTN et l'OMS a organisé un atelier des parties prenantes au cours duquel un indicateur unique et la couverture pour chaque MTN parmi les onze MTN endémiques au Soudan du Sud ont été calculés. L'outil élaboré pendant

l'atelier a ensuite été utilisé pour plaider la cause des MTN lors des réunions ministérielles. M. Jean Bosco a partagé l'expérience de son pays, le Rwanda, en matière d'utilisation du tableau de bord ALMA pour la mobilisation des ressources et le plaidoyer. Avant 2016, les administrations massives de médicaments n'étaient pas assurées, faute de financement, et le pays était en situation d'alerte rouge. Faisant fond sur le tableau de bord ALMA, le programme a pu mobiliser des ressources qui lui ont permis de lancer des campagnes de déparasitage. Pour soutenir les activités de lutte contre les MTN, les campagnes communautaires de déparasitage ont été décentralisées et, grâce au tableau de bord, les données d'administration massive de médicaments ont été intégrées au DHIMS. Le représentant s'est réjoui de l'outil qui lui a permis de lancer son programme. En ce qui concerne le Kenya, le tableau de bord a été exploité dans deux domaines : d'abord, comme outil de plaidoyer pour solliciter davantage de ressources et, ensuite, pour sensibiliser les partenaires de mise en œuvre. En conséquence, des ressources accrues ont été allouées et mises à disposition pour la mobilisation sociale et l'organisation de campagnes d'administrations massives de médicaments. Il en a résulté un accroissement de la couverture du traitement. Un autre domaine d'impact tient au changement de politique qui s'est traduit par l'élaboration du document du Kenya sur l'interruption de la transmission de la schistosomiase et l'augmentation de sa couverture.

## Session 6B : Activités de lutte contre les MTN et impact de la COVID-19

Le modérateur a présenté l'objectif de la session et les deux principaux intervenants, Maria Rebollo et Andrew Korkor.

Prenant la parole en premier, la Dre Maria Rebollo, chef de l'équipe ESPEN, a présenté l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les MTN. Dans sa présentation, elle a partagé les résultats de deux enquêtes en ligne menées aux mois de mai et de novembre 2020 sur l'impact de la pandémie sur les activités de lutte contre les MTN et les stratégies pour y faire face. En résumé, la pandémie a entraîné des impacts aussi bien positifs que négatifs. En termes d'impacts négatifs, elle a principalement mentionné la péremption des médicaments contre les MTN (36 % des pays avaient des médicaments contre les MTN périmés en mai et 33 % en novembre) et les retards dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN. Malgré ces impacts négatifs, la pandémie a également eu des impacts positifs tels que l'implication du personnel commis à la lutte contre les MTN dans la riposte (80 % des distributeurs de médicaments et des agents de santé communautaires, 63,3 % du personnel de santé commis à la lutte contre les MTN), la sensibilisation des populations aux aspects de la prévention, l'augmentation des effets du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène sur les MTN, l'élaboration de lignes directrices pour la mise en œuvre des activités, la visibilité accrue des

populations courant le risque de contracter des MTN, le financement supplémentaire des activités de lutte contre les MTN dans le cadre de la pandémie de COVID-19, pour n'en citer que quelques-uns. Au nombre des stratégies d'adaptation élaborées par les programmes, figuraient la distribution porte-à-porte de médicaments par les distributeurs communautaires de médicaments (DCM) et les agents de santé communautaires (ASC), la distribution de médicaments intégrée aux campagnes de vaccination, la distribution dans une unité fixe au sein des établissements de santé. Ces stratégies comprenaient également l'élaboration de modes opératoires normalisés (MON) et de manuels de terrain pour l'exécution sans risque de l'administration massive de médicaments dans le contexte du plan trimestriel d'urgence de lutte contre la pandémie de COVID-19, l'appui sur les structures existantes pour fournir des services de lutte contre les MTN et la coordination avec la riposte à la COVID-19. Malgré les retards, 34 pays de la Région ont redémarré ou prévu de redémarrer les administrations massives de médicaments en 2020, à compter du mois de novembre et 11 pays ont prévu de reprendre les activités d'enquêtes d'évaluation préliminaire de la transmission et d'enquêtes d'évaluation de la transmission avant décembre 2020.

Intervenant après Maria, Andrew a fait une présentation sur les activités de prise en charge des cas de MTN dans la Région et l'impact de la pandémie de COVID-19. Dans sa présentation, il a souligné les activités

planifiées pour 2019-2020, les actions proposées pour 2020 suite à la réunion des administrateurs de programmes à Addis-Abeba en 2019 et quelques activités que les collègues impliqués dans la prise en charge des cas de MTN ont pu mener à l'aune de leur plan annuel dans quelques pays malgré la pandémie. Il a ensuite souligné l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la prise en charge des cas de MTN. S'attardant sur l'impact global de la COVID-19, le présentateur a mentionné la réaffectation du personnel commis à lutte contre les MTN, la suspension et la réduction du format virtuel des missions d'assistance technique dans les pays, les retards accusés dans la mobilisation et la fourniture de médicaments, de réactifs de test et de diagnostics en raison de problèmes de production et la fermeture des aéroports. Andrew a également relevé les retards accusés dans l'obtention des permis dans les pays et les problèmes de transport, la suspension de la mise en œuvre ou le retard accusé dans celle-ci dans les pays et la restriction des activités de suivi et d'évaluation au format virtuel. Pour conclure, le présentateur a indiqué deux activités clés en termes de voie à suivre malgré la pandémie, à savoir la mobilisation des ressources et la fourniture d'une assistance technique aux pays utilisant l'environnement virtuel. Cette assistance technique comprend la formulation d'un guide pour l'élaboration du plan directeur national de lutte contre les MTN pour les cinq prochaines années, le soutien à la recherche intégrée de cas pour la prise en charge des cas de MTN et les administrations massives de



médicaments, le renforcement de la surveillance communautaire pour l'éradication du ver de Guinée en Angola. Elle comprend également le soutien à la finalisation du dossier sur l'élimination du ver de Guinée (GWE) et les technologies de l'information et de la communication (TIC) en République démocratique du Congo, la publication du bulletin épidémiologique hebdomadaire pour la lèpre et la leishmaniose, la finalisation des profils nationaux pour la leishmaniose viscérale pour les pays à lourde charge de morbidité, la formation d'agents d'information sanitaire à l'utilisation du DIHS2 au Kenya et la participation à la réunion du groupe d'élaboration des lignes directrices pour le traitement de la co-infection leishmaniose viscérale-VIH.

### **Session 6C : Impact de COVID-19 : Expériences des pays en matière de prise en charge, d'administration massive de médicaments et d'enquêtes**

La session a débuté par une brève présentation de son objet, à savoir le partage d'expériences par les représentants de quatre pays invités en matière d'activités spécifiques de prise en charge et de chimioprévention contre les maladies tropicales négligées dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Au nombre des sujets abordés figuraient la gestion de la chaîne d'approvisionnement au Rwanda, l'administration massive de médicaments contre la schistosomiase au Soudan du Sud, l'enquête d'évaluation

préliminaire de la transmission de la filariose lymphatique au Sénégal, la prise en charge des cas de trachome et la recherche active de cas de maladie du ver de Guinée en Éthiopie. Trois questions ont été posées à chaque représentant de pays.

### **Présentation sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la COVID-19 au Rwanda par Jean Bosco MBONIGABA**

1. Quels ont été les points principaux pris en compte dans le plan d'urgence du pays ?

Le présentateur a mis en évidence les points suivants comme étant des domaines clés pris en considération : la demande précoce des médicaments par le biais de la JAP, l'utilisation maximale de la chaîne d'approvisionnement, la coordination des activités de distribution de masse sur le terrain et avec les collecteurs de données quotidiennes, le stockage des médicaments et les bonnes conditions d'entreposage au niveau des districts, l'inventaire et la vérification de la fiabilité des soldes de médicaments, la logistique inverse des médicaments inutilisés et le respect des mesures de prévention de la COVID-19 tout au long du processus.

2. Quels ont été les principaux défis (chaîne d'approvisionnement et autres) et les mesures d'atténuation ou les solutions

adoptées pour les surmonter ?  
Qu'est-ce que le pays a fait de façon différente ?

La principale difficulté qui s'est posée tient aux ruptures de stock ou aux excédents inattendus au niveau des villages ou des districts, car la quantification ne tenait pas compte des élèves qui auraient été à l'école située dans un autre lieu ou un autre district. Comme mesure d'atténuation, en plus de l'approvisionnement normal, le programme a mis en place cinq équipes dotées de médicaments (une par province) pour intervenir en cas de besoin, en leur fournissant des quantités supplémentaires. Ce que le pays a fait différemment a été de retourner et d'utiliser les médicaments approchant de leur date de péremption. Ce faisant, le programme n'a pas eu de médicaments périmés suite à l'application du système de suivi étroit et au retour des médicaments après les campagnes de déparasitage.

3. Quelles leçons avez-vous tirées et quelles meilleures pratiques pourriez-vous recommander à d'autres pays pour atteindre efficacement l'objectif programmatique consistant à assurer une utilisation efficace des médicaments qui ont fait l'objet de dons grâce à une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement ?

Les leçons tirées sont comme suit : 1) l'utilisation d'un logiciel de gestion des médicaments est extrêmement

importante car elle permet d'éviter la mauvaise gestion et la péremption des médicaments ; 2) l'intégration et la décentralisation de la chaîne d'approvisionnement sont d'autant plus importantes qu'elles permettent d'éviter le risque de « manque de cycle de traitement ». Lorsque les médicaments se trouvent dans la communauté ou dans le village, il est aisé de les distribuer même si cela n'entraîne pas de coûts opérationnels et permet d'éviter ainsi la péremption des médicaments ; 3) une meilleure planification permet d'éviter le gaspillage et les coûts supplémentaires ; et 4) une meilleure planification et coordination avec toutes les parties prenantes sont essentielles au succès.

### **Présentation sur la prise en charge des cas de trachome et la COVID-19 par le D<sup>r</sup> Fikreab Kebede**

1. Comment la pandémie de COVID-19 a-t-elle affecté la recherche de cas de trichiasis trachomateux (TT) et l'offre de services de chirurgie de TT en Éthiopie ?

La panique causée par la pandémie et la peur de l'inconnu ont conduit à la suspension de la prestation de services et à une réorientation vers les seules activités sanitaires liées à la pandémie de COVID-19. La réponse immédiate à ce changement a été le report des enquêtes sur le trachome, l'interruption de toutes les recherches actives de cas de TT et des activités de sensibilisation, ainsi que la limitation des services de chirurgie de TT au niveau des établissements de santé.



2. Quels sont les défis auxquels vous avez été confrontés lors de la reprise des services de chirurgie de TT et comment les avez-vous relevés en Éthiopie ?

Le coût supplémentaire de l'atténuation en raison de la conduite de l'évaluation et de l'application des mesures d'atténuation des risques (RAMA) a doublé le temps du personnel alloué à la coordination des activités de formation, le coût des éléments clés de la formation et le déficit budgétaire dans le plan de travail des partenaires approuvé pour l'atténuation. Pour relever ce défi, le programme a mobilisé et est en train de mobiliser des partenaires gouvernementaux et des agences de financement, afin de couvrir les coûts supplémentaires.

Le deuxième défi auquel le programme a été confronté tenait à la qualité des opérations de TT effectuées par le personnel de santé oculaire intégré (IECW) ou les chirurgiens spécialistes du TT. Pour y remédier, un inventaire interne a été réalisé, des activités de formations de mise à niveau, de mentorat et de supervision de soutien ciblée ont été entreprises, ainsi que de mobilisation de fonds auprès des partenaires et du gouvernement.

Le troisième défi était la restriction de la recherche de cas de TT à des recherches de cas de porte-à-porte, ce qui prenait du temps et était coûteux quand l'on y ajoute les méthodes nécessaires de prévention de la COVID-19 en place — port de masque, désinfectants pour les mains etc. En guise

d'atténuation, cette activité a été menée comme une activité de routine par les agents de vulgarisation sanitaire (AVS) sans qu'AUCUN crieur public ne soit impliqué. Le quatrième défi a été l'organisation de formations et la conduite d'enquêtes multiples et concurrentes avant l'expiration du budget en décembre 2020. En guise de mesure d'atténuation, ces activités ont été coordonnées de manière centralisée par le Ministère de la santé.

### **Présentation sur l'administration massive de médicaments contre la schistosomiase au Soudan du Sud par Makoy**

Prenant la parole, le présentateur a d'abord souligné l'impact de la COVID-19 sur les activités de lutte contre les MTN au Soudan du Sud avant de répondre aux trois questions principales. Au nombre des impacts de la pandémie sur les activités de lutte contre les MTN, on peut citer la suspension des activités de lutte contre les MTN, l'expiration des médicaments contre les MTN (Praziquantel, Ivermectine et Zithromax), la réaffectation des ressources à la lutte contre la COVID-19, la réaffectation de ressources humaines essentielles du programme de lutte contre les MTN à la lutte contre la COVID-19 et les restrictions de voyage.

1. Quelles considérations ont prévalu pour poursuivre l'administration massive de médicaments pendant la pandémie de COVID-19 ?

Les considérations ci-après se sont imposées : 1) l'élaboration de modes opératoires normalisés nationaux pour une mise en œuvre

sans risque des interventions dans le contexte de la COVID-19, conformément aux Lignes directrices de l'OMS ; 2) l'élaboration de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) intégrés pour les programmes de lutte contre les MTN sélectionnés, comportant des messages de prévention de la COVID-19 ; 3) l'affinement et la mise à jour du plan d'administration massive de médicaments pour la schistosomiase et le trachome ; 4) l'obtention de l'approbation du groupe de travail national sur la COVID-19 pour la mise en œuvre de l'administration massive de médicaments contre la schistosomiase et le trachome.

2. Quels ajustements avez-vous dû faire pour vous assurer que les médicaments essentiels atteignent la population cible ?

Les ajustements ci-après ont été opérés : 1) révision du budget alloué à l'administration massive de médicaments pour permettre l'achat d'équipements de protection individuelle contre la COVID-19 ; et 2) modification de l'approche d'administration massive de médicaments contre la schistosomiase, passant d'une administration en milieu scolaire à l'administration en porte-à-porte pour éviter l'engorgement, ce qui a permis de couvrir neuf comtés dans

deux États, atteignant ainsi une couverture de 68 %.

3. Voulez-vous bien nous dire quels sont les enseignements tirés et indiquer si les ajustements effectués en 2020 devront être maintenus à l'avenir ?

En réponse à cette question, le présentateur a mis en évidence deux principaux enseignements : 1) l'exploitation de l'infrastructure existante pour la GWE au niveau de la communauté, du payam et du comté, qui a débouché sur la mise en œuvre réussie de l'administration massive de médicaments tout en intégrant des messages de sensibilisation sur la COVID-19 ; et 2) l'habilitation des départements de santé du comté à planifier et à exécuter la mise en œuvre des administrations massives de médicaments puisque les mouvements des superviseurs au niveau national et de l'État pourraient être limités pour cause de COVID-19.

### **Présentation sur les enquêtes préliminaires d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique au Sénégal par le D<sup>r</sup> Ngayo Sy**

1. Pourriez-vous nous faire part de vos activités de préparation et de la mise en œuvre des enquêtes d'évaluation préliminaire de la transmission pendant la pandémie ?

Sur cette question, le présentateur a souligné : 1) les mesures de sensibilisation et de conscientisation mises en place à différents niveaux qui ont permis d'obtenir toutes les autorisations nécessaires telles que les autorisations de voyage délivrées par les autorités nationales, provinciales et locales, ainsi que par les chefs religieux ; 2) l'élaboration et l'utilisation de manuels et de guides techniques tels que pour l'élaboration du plan d'urgence adapté au contexte sénégalais avec le soutien de l'USAID, l'élaboration et la diffusion de MON et l'utilisation des Lignes directrices techniques de l'OMS sur la reprise des activités de lutte contre les MTN pendant la pandémie de COVID-19 ; et 3) la disponibilité de moyens de transport et d'équipements de protection individuelle.

2. Quels ont été les défis rencontrés et comment les avez-vous surmontés ?

Parmi les défis rencontrés, le présentateur a souligné la confusion pour certains bénévoles entre les bandelettes de test pour le dépistage de la filariose (FTS) et les tests de dépistage de la COVID-19. Pour surmonter ce défi, l'équipe a dû fournir des explications supplémentaires sur la différence entre les tests par FTS et les tests de dépistage de la COVID-19. Le

deuxième défi rencontré a été l'augmentation du nombre de jours (deux à trois jours supplémentaires) sur les sites sentinelles et de contrôles ponctuels. Cela découle de l'observance des protocoles de prévention de la COVID-19 pendant la réalisation des enquêtes.

3. Quels sont les deux enseignements principaux tirés de l'exécution de l'enquête d'évaluation préliminaire de la transmission dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ?

Les enseignements ci-après ont été tirés : 1) il est possible de procéder à la conduite d'activités liées à l'enquête d'évaluation de la transmission pendant la pandémie ; 2) l'appropriation des activités d'enquête par les communautés est possible ; 3) la collecte et le nettoyage des données en temps réel à l'aide de la plateforme ESPEN Collect ; et 4) la conduite d'enquêtes d'évaluation préliminaire de la transmission pendant la pandémie est possible en sept jours dans une unité d'exécution.

### **Présentation sur la recherche active de cas de maladie du ver de Guinée et la COVID-19 par Mesfin Wossen**

L'Éthiopie est l'un des cinq pays de la Région qui signale encore une transmission indigène de la maladie du ver de Guinée. Après avoir déclaré zéro cas humain pendant plus de 24 mois (le dernier cas humain datant de décembre 2017),

l'Éthiopie a déclaré une flambée (de cas humains) en avril 2020 :

1. Pouvez-vous partager avec les participants comment cela a pu se produire (ce qui a pu entraîner cette situation) ?

Les explications possibles de cette situation sont comme suit :

- ✓ les sept premiers cas humains signalés proviennent du village de Duli, dans le district de Gog : toutes les personnes infectées avaient utilisé des étangs en bordure de ferme, des sources d'eau qui pourraient avoir été associées à un babouin infecté en juin 2019 dans le même village ;
- ✓ les quatre autres cas humains signalés au PRC d'Agnua à Pugnudo : toutes les personnes infectées avaient utilisé l'étang d'Ogul lors de leurs déplacements et lorsqu'elles ont campé dans la jungle pour leur activité de chasse ; cette source d'eau n'a pas été traitée pendant deux mois, en juin et août 2019, en raison de l'insécurité (elle pourrait être associée à une infection non détectée chez un babouin) ; et

✓ certaines des sources de transmission d'infections par des animaux sont restées méconnues (par exemple, huit chats dans le PRC d'Agnua dans le district de Gog et un chien à Mender, huit dans le district d'Abobo). Ainsi, les infections pourraient être associées à des infections non détectées chez des chats sauvages ou chez des babouins.

2. L'Éthiopie a pris des mesures immédiates pour faire face à l'épidémie : comment cela s'est-il fait dans le contexte de la pandémie de COVID-19 en Éthiopie ? Quels ont été les effets ou les résultats et quel impact peut-on escompter sur l'incidence des nouveaux cas de maladie du ver de Guinée chez l'homme en 2021 ?

Les interventions suivantes ont été déployées pendant l'épidémie :

- enquête conjointe (EPHI, HB régionaux et woreda, TCCE et OMS) sur les cas/infections ;
- identification des expositions et suivi quotidien ;
- recherche de cas actifs et d'infections de porte à porte ;
- surveillance et réduction des nouvelles sources d'eau ;
- activités de communication pour le changement de comportement (CCC) dans différents contextes ;



- visites fréquentes de supervision conjointe ;
  - évaluation de la distribution et de l'utilisation des filtres ; et
  - hospitalisation et prise en charge des cas/suspects.
3. À la lumière de votre propre expérience, quels conseils donneriez-vous aux autres pays qui signalent encore une transmission indigène ou qui risquent d'être réinfectés par des pays d'endémie voisins ?

Le présentateur a conseillé les points suivants aux autres pays : 1) mettre en place une surveillance de l'éradication de la maladie du ver de Guinée (GWE) pour les populations animales ; 2) mettre en œuvre ou continuer à étendre les mesures multiples (assainissement, utilisation de filtres et activités de sensibilisation reposant sur des récompenses en espèces) ; et, 3) institutionnaliser les activités de lutte contre la maladie du ver de Guinée (GWD) en fournissant un soutien technique et des supports pendant la pandémie de COVID-19.

Après ces présentations par les panélistes, il y a eu une séance de questions-réponses.

Les questions suivantes ont été posées

1. Les tests de COVID-19 étaient-ils disponibles pendant les activités au Sénégal ? (Question adressée au D<sup>r</sup> Ngayo)

Réponse de Ngayo : oui, les tests de COVID-19 étaient déjà disponibles dans le pays.

2. Des masques ont-ils été distribués aux communautés lors de l'enquête d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique ? (Question adressée au D<sup>r</sup> Ngayo)

Réponse de Ngayo : oui, le Ministère de la santé a fourni des masques aux enquêteurs et il a également été distribué des masques produits localement aux communautés, lesquels ont été portés par les bénévoles et les distributeurs communautaires de médicaments qui ont soutenu l'enquête.

3. Comment les mesures de prévention de la COVID-19 ont-elles été contrôlées et y a-t-il eu des risques potentiels pour les agents de santé communautaires ? (Question adressée à Jean Bosco).

Réponse de Jean Bosco : plusieurs mesures ont été mises en place pour atténuer le risque de transmission de la COVID-19 pendant les campagnes d'administrations massives de médicaments. Premièrement, les districts où la transmission communautaire de la COVID-19 est active n'ont pas été autorisés par le groupe de travail sur la COVID-19 à effectuer des administrations massives de médicaments et n'ont pas été traités. Deuxièmement, les



agents de santé communautaires, les participants aux campagnes d'administrations massives de médicaments portaient des masques et les personnes impliquées dans la supervision des activités d'administration massive de médicaments ont été examinées pour s'assurer qu'elles n'étaient pas infectées. Des mesures de lavage des mains ont également été mises en place pour atténuer tout risque de transmission de l'infection.

4. Pensez-vous qu'il est nécessaire que les pays qui ont été certifiés et qui ne signalent pas encore de cas effectuent des recherches actives sur les humains et les animaux, afin de détecter une éventuelle réinfection ?

Réponse de Mesfin : la dynamique de transmission en Éthiopie est très complexe. Les infections chez les chats et les chiens ont été aisément ciblées et enrayerées. Le principal défi consiste à savoir comment enrayer les infections chez les animaux sauvages, notamment chez les babouins et les léopards dans les zones de jungle. Le programme a recours à des mesures innovantes comme les drones et les bassins d'assainissement pour n'en citer que quelques-unes et procède également à l'amélioration du système de surveillance.

5. Des mesures ont-elles été prises pour accroître la couverture par rapport aux 68 % que vous avez mentionnés ?

Réponse de Makoy : l'une des difficultés qui se sont posées pendant les campagnes d'administration massive de médicaments a été l'inondation, avec des populations déplacées dans quelques payams, ce qui a eu une incidence sur la couverture. En guise de solution, le programme a élaboré un plan de ratissage pour améliorer la couverture des campagnes d'administration massive de médicaments.

### Session 6D : Recommandations découlant du tableau de bord ALMA sur les MTN

Les participants, ainsi que Thoko de « Uniting to Combat NTDs », ont convenu des recommandations ci-après : nous recommandons aux chefs d'État d'accorder la priorité à la fourniture de services de santé essentiels parallèlement à la riposte à la COVID-19 en :

- mettant en place des systèmes qui garantiront la reprise et la prestation de services essentiels pour les maladies tropicales négligées qui ont subi l'impact de la COVID-19, conformément aux Lignes directrices OMS pour la mise en œuvre ;

- concevant des initiatives et des investissements destinés à la préparation aux pandémies dans le cadre du renforcement des systèmes de santé et en investissant dans les services de santé primaire au niveau communautaire, afin de s'assurer qu'ils bénéficient de la fourniture de services essentiels, notamment pour les MTN ;
  - utilisant les stratégies et les plateformes de lutte contre les MTN qui atteignent déjà les populations difficiles à atteindre, comme l'administration massive de médicaments pour diffuser les stratégies de communication pour le changement de comportement et de vaccination contre la COVID-19, afin de s'assurer que personne ne soit laissé pour compte ;
  - mettant en place des systèmes et des investissements concrets et durables pour le lavage des mains et l'hygiène, afin de garantir le maintien de ces pratiques qui ont été encouragées pendant la crise de la COVID-19 ;
  - veillant à ce que les ressources destinées aux maladies tropicales négligées ne soient pas détournées pour financer la lutte contre la COVID-19, laissant ainsi des populations déjà défavorisées exposées et plus vulnérables aux chocs sanitaires futurs ; et en
- s'assurant que les populations touchées par les MTN ne soient pas exclues de la vaccination contre la COVID-19.

## **SESSION 7 : SESSION CONJOINTE DES ADMINISTRATEURS DE PROGRAMMES DE LA COALITION POUR LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE SUR LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET DE L'ESPEN (COR-NTD/ESPEN) APERÇU**

Le 10 décembre 2020, la deuxième réunion annuelle combinée des administrateurs de programmes de la COR-NTD et de l'ESPEN s'est tenue de façon virtuelle via Zoom. La réunion a fait fond sur les résultats de la première réunion annuelle qui s'est tenue à Addis-Abeba en 2019. La session a été planifiée en collaboration avec le groupe « Improving Community Health Outcomes through Research, Dialogue, and Systems Strengthening (iCHORDS) », une communauté de pratique en sciences sociales et comportementales récemment créée. Deux séances en petits groupes ont été organisées à l'aune des priorités identifiées par les administrateurs de programmes de lutte contre les MTN. Elles ont porté sur le renforcement des systèmes de santé (RSS), d'une part, et sur la collaboration avec les communautés pendant la pandémie de COVID-19, d'autre part. Cette session a permis aux administrateurs de programmes, aux partenaires d'exécution, aux donateurs, au

personnel de l'OMS et autres employés des Ministères de la santé de partager leurs expériences en matière d'adaptation des programmes en raison de la pandémie.

Un total de 564 participants s'est inscrit à la session conjointe et une participation effective d'environ 140 personnes a été enregistrée ce jour-là. Les participants ont pu s'inscrire à la séance en petits groupes de leur choix avant la réunion. Bien que la réunion ait été confrontée à des problèmes logistiques, les participants ont été très engagés et très participatifs.

## PLENIÈRE D'OUVERTURE

### VUE D'ENSEMBLE DU COR-NTD —Pat Lammie, Directeur du Centre de soutien aux MTN (NTD-Support Center)

- *Qu'est-ce que la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les MTN ?*
  - C'est un consortium de recherche financé par plusieurs donateurs, conçu pour soutenir la recherche opérationnelle, afin d'améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre les MTN.
  - La recherche est alignée sur les besoins et les priorités identifiés par les pays et l'OMS.
  - Plus de 220 projets de recherche ont été financés dans plus de 50 pays.

- Relever les défis de la recherche à chaque étape du programme : 1) évaluer la charge ; 2) fournir des services de lutte contre les MTN ; 3) mesurer l'impact ; 4) atteindre les objectifs du programme.
- *Agendas et priorités des donateurs*
  - Les principaux donateurs sont la Fondation Bill et Melinda Gates, l'USAID et UK Aid.
  - L'accent est mis sur la chimioprévention contre les maladies tropicales négligées.
  - Les priorités se déclinent comme suit : les défis du programme, l'innovation en matière de diagnostic et de traitement et l'équité.
- *Défis examinés lors de la réunion de la COR-NTD/ESPEN de l'année dernière*
  - Comment la lutte contre les MTN peut-elle être pérennisée dans un système de santé ?
  - Quels sont les facteurs qui contribuent à l'intégration des programmes de lutte contre les MTN dans le secteur de la santé ? Comment intégrer efficacement les programmes de lutte contre

- les MTN aux systèmes de prestation de soins de santé ?
  - Comment harmoniser (et intégrer) les systèmes de collecte de données sur les MTN ?
  - Quelles sont les approches optimales pour relever les difficultés que posent les collaborations transfrontalières ?
  - Quelles sont les approches optimales pour résoudre le problème de non-conformité ?
  - Quelle est la perception des populations difficiles à atteindre en ce qui concerne l'administration massive de médicaments ?
- *Demandes de propositions*
    - Plus de 40 projets financés par le biais des appels ci-dessous (et d'autres) :
      - efficacité de l'intervention ;
      - renforcement des systèmes de santé ;
      - schistosomiase génitale féminine ;
      - recherche visant à identifier les solutions permettant de surmonter les obstacles auxquels sont confrontées les populations particulières ;
      - recherche en vue de mieux comprendre l'impact psychosocial des MTN ; et
    - recherche opérationnelle sur les défis « finaux »
    - Appel actuel
    - **Optimiser le diagnostic des MTN et les stratégies d'échantillonnage pour les contextes de faible prévalence.**
    - Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site : <https://www.ntdsupport.org/funding-opportunities>.

---

### PREMIÈRE SÉANCE EN PETIT GROUPE

**Titre :** Systèmes de santé : *comment la lutte contre les MTN peut-elle être pérennisée dans un système de santé mis à mal par la pandémie de COVID-19 ?*

**Présidents de séance :** Rachael Thompson et Wangeci Thuo

**Rapporteur de la séance :** Lee Hundley

### POINTS DE DISCUSSION CLÉS

*Quels sont les principaux résultats et données que le groupe a identifiés à travers les présentations ? Quelles questions ont-elles été soulevées lors des discussions ?*

« Quelles sont les principales questions relatives aux MTN et aux systèmes de santé dont vous aimeriez discuter ? »

- Frank Richards — quels sont les points forts de la COR-NTD dans ce domaine ? La plupart d'entre nous n'ont pas d'expérience en matière de recherche sur les systèmes de santé.
- Martin Kollmann — toutes les questions relevant des systèmes de santé doivent être intégrées aux



processus réguliers « ascendants » (y compris la budgétisation).

- MK — comment garantir un travail INCLUSIF incluant la ventilation des données relatives à l'invalidité ?
- Angelia Sanders (TCC) — comment maintenir les compétences des agents de santé oculaire pour effectuer des opérations de TT lorsque le nombre de personnes atteintes du TT diminue ?
- Solomon Gadisa — comment s'assurer que les programmes de lutte contre les MTN ne laissent personne pour compte (LNOB) ?

**Lors de la réunion de l'année dernière, la question centrale a été la suivante : Comment la lutte contre les MTN peut-elle être pérennisée dans un système de santé ?**

- La question a été révisée pour être plus spécifique : comment la lutte contre les MTN peut-elle être pérennisée dans un système de santé mis à mal par la pandémie de COVID-19 ?

**Questions et réponses — Gideon Uduak (Nigéria)**

*Comment intégrer efficacement les programmes de lutte contre les MTN aux systèmes de prestation de soins de santé ?*

- Les dirigeants ne comprennent pas grand-chose aux MTN. Nous devons donc mener un plaidoyer spécial pour nous assurer de la résolution des défis particuliers.

○ Cela inclut les dirigeants, les décideurs, les sénateurs etc.

- L'action contre la COVID-19 avance au détriment de la lutte contre les MTN. Les fonds sont détournés de la lutte contre les MTN au profit de celle contre la COVID-19.

○ Si les dirigeants avaient une meilleure connaissance des MTN, il n'en aurait pas été ainsi.

- Nous devons également nous associer à d'autres structures impliquées dans les soins de santé et à des prestataires de soins de santé primaires pour réduire au minimum les difficultés.

○ Ces groupes devraient également disposer de meilleures connaissances sur les MTN et de ressources pour s'y attaquer.

*Quels sont les défis auxquels les distributeurs communautaires de médicaments ont été confrontés pendant la pandémie ?*

- Le premier défi est d'ordre logistique. La formation, par exemple, a dû être repensée pour que les CDM puissent être formés de manière sûre tout en étant efficace.
- Certains CDM ont peur de contracter la COVID-19. Il faut les rassurer en leur fournissant des EPI adéquats et en les sensibilisant aux stratégies d'atténuation



appropriées et à la manière d'effectuer correctement leur travail.

### Discussion de groupe

- Thoko Elphick-Pooley : nous avons également constaté que des personnes occupant des postes de direction n'avaient pas une connaissance approfondie des MTN. Avez-vous des exemples de cas où les choses se passent bien ?
  - Gideon : à plus petite échelle, certains plaidoyers ont été faits au niveau étatique/local, ce qui a permis de débloquer des fonds pour les MTN. Pour cela, il faut être prêt à fournir les données nécessaires ou même faire appel à des personnes touchées par les MTN pour aider au plaidoyer. Lorsque les dirigeants voient les personnes touchées, ils comprennent mieux et sont plus enclins à soutenir le financement de la lutte contre les MTN.
- Sultani Matendehero (Kenya) : en ce qui concerne le plaidoyer, les programmes ont tendance à accorder une attention plus accrue à l'approche descendante dans laquelle on accorde une attention considérable aux décideurs directs au niveau supérieur. Mais, il importe également d'impliquer les communautés et de mener le plaidoyer à ce niveau, ce qui incite les communautés à plaider en leur nom propre. Lorsque la communauté s'approprie ce plaidoyer, elle dirige l'élaboration des politiques.
  - Gideon : cette approche exige véritablement l'appropriation du programme de lutte contre les MTN par la communauté. La communauté peut s'y employer, mais il est toujours essentiel que le financement soit accru pour garantir le succès du programme.
- Marilia Massangaie (Mozambique) : nécessité de recourir à différents acteurs communautaires dans le cadre du plaidoyer pour garantir le succès des interventions.
- Martin Kollmann : des données de qualité sont essentielles et il existe plusieurs bons exemples d'intégration des données sur les MTN aux systèmes d'information sanitaires (HIS) ; cependant, comment soutenir efficacement un effort général bien coordonné pour le renforcement des capacités locales en matière de gestion et d'intégration des données (sans perdre de vue le besoin de données détaillées spécifiques à une maladie ou à une zone) ?
  - Angelia Sanders : je souscris au commentaire de Martin ci-dessus concernant l'aspect relatif aux données. Je pense qu'en plus d'inclure les

données sur les MTN dans le HIS, nous devons nous assurer que les administrateurs de programmes de lutte contre les MTN y ont rapidement accès pour la prise de décisions. Dans certains pays, il a été difficile pour les administrateurs de programmes de lutte contre le trachome du Ministère de la santé d'obtenir des informations sur les opérations de TT effectuées au niveau des districts lorsqu'elles font partie des soins de santé usuels (par exemple).

### Séance de questions-réponses — Karsor Kollie (Liberia)

*Comment intégrer efficacement les programmes de lutte contre les MTN aux systèmes de prestation de soins de santé ?*

- L'intégration aux systèmes de prestation de soins de santé nécessite en tout premier lieu un plaidoyer, tant du haut vers le bas que du niveau communautaire vers le haut. Les partenaires internationaux peuvent également accomplir beaucoup de choses en termes de plaidoyer dans les pays. Le plaidoyer est nécessaire à tous les niveaux (financement, ressources humaines etc.).
  - Expérience au Liberia : les administrateurs de

programmes, les membres de la communauté et autres peuvent s'adresser aux dirigeants et ceux-ci les écoutent.

- Il faut que les administrateurs de programmes et les agents de santé soient disposés à s'intégrer là où cela est possible. Cette approche implique des sacrifices. Dans les pays où les programmes de lutte contre les MTN sont verticaux (chaque maladie est traitée isolément), les intégrer tous dans le système de santé pose un énorme défi.
  - Au Liberia, il existe un programme intégré de lutte contre les MTN, ce qui a permis au pays de relever certains des défis relevés. Il y a un directeur de programme, ainsi que des coordinateurs, pour chaque maladie.
- L'intégration est souvent perçue comme une menace à l'autonomie, ce qui constitue un autre grand défi.
- Le renforcement des capacités est également essentiel à l'intégration et à la durabilité — tous les membres de l'équipe doivent être formés à toutes les MTN, afin que l'expertise ne soit pas concentrée aux mains d'une seule personne.
- Il importe de se rappeler qu'il n'est pas possible d'intégrer toutes les

activités du système de santé et qu'il conviendrait de les identifier.

- Il importe également de résoudre la question de l'implication des agents de santé communautaires dans le système, afin de maintenir l'appropriation par la communauté et sa participation.

### Expériences par pays

- **Kenya (Sultani)** : la pandémie a entraîné la perte des acquis obtenus au fil des ans. Nous avons dû trouver des moyens de poursuivre les programmes malgré la COVID-19. Nous avons travaillé avec des partenaires, tels qu'Ascend, pour obtenir des équipements de protection individuelle (EPI) appropriés et nous avons expliqué aux distributeurs communautaires de médicaments et aux parties prenantes qu'il était possible de poursuivre le travail en utilisant ces protections. Cette démarche leur a permis de mener des enquêtes de cartographie de la schistosomiase avec grand succès, ainsi qu'une campagne d'administration massive de médicaments qui a enregistré un taux de participation record. Cela montre qu'il est encore possible de gagner la confiance des communautés. Une fois que les communautés se sentent impliquées, elles peuvent mener des actions de plaidoyer auprès des décideurs politiques.
- **Nigéria (Obiageli Nebe)** : l'organisation de campagnes d'administration massive de médicaments a été sérieusement mise à mal. Il a été demandé aux projets de procéder à des évaluations des risques et de fournir des masques, ainsi que des désinfectants avant d'entreprendre les campagnes d'administration massive de médicaments. Nous n'avons testé aucun nouvel outil. La chaîne d'approvisionnement en médicaments contre les MTN a été perturbée ; un retard a été accusé dans l'autorisation des médicaments et les médicaments arrivaient quasiment à péremption. Les déplacements ont été limités et il n'y avait pas de financement disponible. Nous avons eu recours à des réunions virtuelles pour examiner les données sur le traitement des MTN.
- **Côte d'Ivoire** : le programme est en train de reprendre ses activités dans le contexte de la COVID-19 avec le soutien d'ACT West. Il a pu surmonter de nombreux écueils grâce à la mobilisation communautaire. Il a bénéficié du soutien de bénévoles et a pu mobiliser non seulement des ressources financières, mais aussi des ressources humaines. Les communautés ont aidé à enregistrer les patients et à canaliser la foule pendant l'enquête d'évaluation préliminaire de la transmission. L'engagement

du pays est également essentiel et ces efforts ne sont possibles qu'avec le soutien des autorités locales et du Ministère de la santé.

- **Mozambique :** Le programme entreprend actuellement des campagnes d'administration massive de médicaments et des enquêtes d'évaluation de la transmission. La stratégie adoptée à cet effet a consisté à recourir aux distributeurs communautaires de médicaments plutôt qu'aux agents de santé, ce qui a permis au programme d'être plus efficace et plus inclusif. Le travail se fait en porte-à-porte et les CDM sont dotés de masques et de gels pour les mains. Il existe également des lieux fixes où se fait la distribution. Ces endroits disposent de stations de lavage pour une bonne hygiène des mains. L'importance de la mobilisation sociale a été d'autant plus relevée qu'il existe un risque élevé de désinformation. Les familles cachent, par exemple, leurs enfants parce qu'elles craignent qu'ils contractent la COVID-19 du fait des CDM. L'approche ascendante consistant à impliquer les communautés et à apaiser leurs craintes à l'avance est essentielle au succès.

### DÉFICITS DE CONNAISSANCES IDENTIFIÉS

#### Besoins/déficits futurs :

- développer des approches ascendantes efficaces, y compris

pour l'allocation des financements nationaux ;

- veiller à ce que les MTN soient incluses dans les programmes nationaux visant à parvenir à la couverture sanitaire universelle ;
- tisser des partenariats avec des instituts de recherche locaux, afin de renforcer les capacités de gestion, d'analyse et d'exploitation des données fournies par les équipes chargées de la lutte contre les MTN ;
- renforcer la participation des personnes touchées à tous les niveaux car elles sont expertes en ce qui concerne les besoins et favorisent également (avec un soutien initial) l'intégration (sur la base d'approches fondées sur les droits humains) ;
- parlant d'intégration, qui est la stratégie idéale surtout dans un pays disposant de ressources limitées, nous continuons de nous heurter à des obstacles de la part des bailleurs de fonds ;
- comment utiliser la technologie pour former et soutenir de manière rentable et sûre les agents de santé communautaires, recueillir les données sur les traitements, etc. sans exacerber les inégalités numériques ? et
- acheter les médicaments et en assurer l'accès dans les services de soins de santé primaires.



### Outils existants identifiés :

- WASH comme plateforme commune pour la mise en relation des services de lutte contre les MTN ;
- approches pratiques adoptées par ACT East/West pour la mise en œuvre des orientations ;
- lien avec la sensibilisation et l'éducation sanitaire de la communauté ;
- le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique procède à des évaluations des capacités dans les pays et met en œuvre un certain nombre de cadres, y compris pour le financement de la santé ;
- le Cadre de financement de l'UA pour la santé dirigé par le président Kagame ;
- inclusion des données de routine dans le Système d'information pour la gestion sanitaire HMIS, y compris les traitements ventilés par âge/sexes ;
- collaboration avec les équipes sanitaires de district (et leur formation, si nécessaire) pour comprendre, inclure et prioriser les MTN ; et
- algorithmes intégrés de gestion des maladies, par exemple des kits d'outils pour les MTN de la peau, destinés à assurer la formation et à être utilisés dans

le cadre des soins de santé primaires.

### ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

*Quelles sont les recherches opérationnelles et autres actions à mener pour combler les déficits de connaissances identifiés par le groupe ?*

Questions de recherche futures :

- Examiner le rapport coût-efficacité et l'efficacité de la collaboration intersectorielle au-delà des acteurs traditionnels de la lutte contre les maladies négligées.
- Quels sont les rôles des réseaux de MTN et leur pertinence pour le renforcement des systèmes de santé (par exemple, la maladie à virus Ebola, la COVID-19 et l'action en dehors des situations d'urgence) ?
- Quelles sont les nouvelles méthodes de prestation de services de lutte contre les MTN adoptées pendant la pandémie de COVID-19 que nous pouvons pérenniser pour atteindre les cibles de la feuille de route sur les MTN 2030 ?
- Quelles sont les activités de rattrapage supplémentaires qui pourraient être nécessaires, après la reprise des activités (par exemple, des programmes de traitement supplémentaires) pour rattraper les gains perdus ?



- Comment la lutte contre les MTN peut-elle tirer parti des mesures de prévention de la COVID-19 mises en place par les pays ?
- Comment intégrer efficacement les agents de santé communautaires (ASC) au système de ressources humaines ?
- Quel serait l'impact sur les programmes de lutte contre les MTN s'ils s'appuyaient sur les unités administratives (codage des districts) et la population dans le HMIS (Système d'information de gestion sanitaire) par opposition aux données verticales sur les maladies ?

## DEUXIÈME SÉANCE EN PETIT GROUPE

**Titre :** Questions se posant au niveau communautaire : *comment adapter les stratégies de mobilisation sociale pour les programmes de lutte contre les MTN suite à la pandémie ?*

**Présidents de séance :** Achille Kabore (FHI 360) et Geordie Woods (Sightsavers)

**Rapporteur de la séance :** Leslie Sorensen

### NOTES :

- Question pour la discussion de groupe : exemples de stratégies de mobilisation communautaire (avant la pandémie)
- Côte d'Ivoire--Méité Abdoulaye
  - Pas de différence significative entre l'avant et l'après-COVID-19. Activités

organisées au niveau central, à la radio et à la télévision. Les préfets ont organisé des activités avec les directeurs du Ministère de la santé, les chefs communautaires, les chefs religieux, les femmes et les jeunes.

- Messages radiodiffusés en français et dans les langues locales. Avec l'apparition de la COVID-19, des mesures ont été mises en place pour limiter sa propagation, notamment la distanciation sociale (1 mètre à 2 mètres).

- Kenya — Wyckliff Omondi

- Le Kenya a modifié son engagement communautaire dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Pour la première fois, des publicités télévisées ont été diffusées sur deux des chaînes ayant les plus grands audimats dans le pays, l'une d'entre elles est une émission-débat d'une heure et demie. Les publicités et les émissions de radios communautaires occupent également une place de choix. L'équipe a aussi produit un documentaire, ainsi que de courts clips vidéo diffusés sur les

plateformes de médias sociaux.

- En outre, des véhicules munis de systèmes de sonorisation ont été utilisés dans les zones accessibles de tous les districts d'endémie actuellement traités pour la filariose lymphatique ; nous avons également eu recours à des crieurs publics pour diffuser le message là où les routes n'étaient pas praticables.
- Bénin — Pélagie Boko-Collins
  - Les rumeurs variaient d'une communauté à l'autre. Les agents de santé ont pris langue avec les chefs de communautés, ont utilisé des documents imprimés fournis par le gouvernement, des spots radio et télévisés, le tout dans différentes langues.
  - Nous avons deux partenaires principaux : Act West et Sightsavers. La COVID-19 a eu un impact considérable. En effet, les activités ont été mises en veilleuse et les stratégies ont dû être adaptées. Il y a eu une négociation communautaire avec FHI 360. Nous avons eu recours à des groupes d'influence comme les chauffeurs de moto-taxis et les associations de femmes. Des campagnes de sensibilisation ont été organisées sur les marchés locaux et nous avons adopté une stratégie de mobilisation de porte-à-porte, tout en veillant à ce que les travailleurs communautaires ne soient pas exposés à la COVID-19.
- *Existe-t-il une expérience de l'utilisation des méthodes traditionnelles de mobilisation sociale, notamment l'utilisation d'affiches, de dépliants, de banderoles et de réunions communautaires, que certains pays ont jugées inefficaces ?*
  - Le Bénin a utilisé certaines de ces méthodes traditionnelles. Nous avons été obligés de modifier le contenu des affiches, afin de respecter les mesures barrières de la COVID-19 (distanciation sociale, etc.).
- *Existe-t-il des communautés où le message concernant la COVID-19 n'a pas été bien perçu, où les gens ont cru que la COVID-19 était une vue de l'esprit et où cette croyance a mis un cran d'arrêt aux efforts de mobilisation communautaire ? En fait, les gens croient-ils que la COVID-19 est réelle ?*
  - Pélagie (Bénin) Les femmes des marchés locaux étaient,

au départ, sceptiques et réticentes à adopter des mesures de prévention. Nous avons organisé des discussions de groupe avec elles pour les sensibiliser davantage à la réalité et aux faits concernant le virus.

- Abdul Conteh —La COVID-19 est connue au niveau international et les gens étaient connectés aux informations et aux médias sociaux. Elles ont donc compris et pris au sérieux ce qui se passait. Les gens ont vu d'autres personnes prendre des mesures de prévention, ce qui a renforcé la réalité de la pandémie.
- *Quelle est la différence de perception de la pandémie entre les milieux ruraux et les milieux urbains ?*
  - Pélagie (Bénin) —La perception est quasiment la même, mais l'attitude diffère.
  - Méité Abdoulaye (Côte d'Ivoire) —La perception de la pandémie diffère considérablement entre les zones rurales et les zones urbaines. À Abidjan, les gens sont conscients de la réalité du virus et prennent des mesures de prévention... Quand on quitte la capitale pour se rendre vers les zones rurales, les gens se méfient ou ont peur des personnes qui portent des masques et ont besoin d'une sensibilisation supplémentaire en matière de santé communautaire.
- Daniel Boakye (Ghana) : même au sein d'un même pays, il existe des différences de perceptions. Au Ghana, selon la région, les zones urbaines se comportent de la même manière que les zones rurales ou il y a des différences entre les zones urbaines et les zones rurales. Par exemple, dans le nord, mais autour d'Accra, il y avait des différences entre les zones urbaines et les zones rurales. Autour de Tamale, les perceptions étaient similaires à celles des zones rurales.
- *Y a-t-il des zones où les gens avaient peur de participer aux activités de lutte contre les MTN et où l'on a eu recours aux CDM pour atténuer cette peur et rassurer la population sur les mesures de prévention de la COVID-19 ?*
  - Abdul Conteh —Des procédures opératoires normalisées ont été

élaborées pour la prévention de la COVID-19 : distanciation sociale, lavage des mains, port de masques. Pour la sensibilisation communautaire, des spots radio, des affiches et d'autres efforts ont été déployés pour promouvoir le port des masques par tous.

- Wyckliff Omondi (Kenya) — Bien sûr, une forme d'assurance que les CDM donnent aux membres de la communauté est que la COVID-19 en cours n'a pas arrêté la transmission des MTN. En tant que tel, la poursuite des interventions est essentielle pour les membres de la communauté.
- *Les différences de perception de la COVID-19 indiquent que différentes stratégies sont nécessaires dans différents lieux — ce qui souligne la nécessité d'un engagement total des communautés dans leur conception. Comment pouvons-nous adapter en conséquence nos processus de planification et de mise en œuvre des programmes ?*
  - Mettre à disposition davantage de supports de travail dans un nombre plus accru de langues.

## RAPPORT DES GROUPES DE TRAVAIL EN PETITS GROUPES À LA PLÉNIÈRE

- Adapter les efforts pour atteindre différents groupes, s'attaquer aux mythes et aux rumeurs et modifier les messages.
- Accroître les ressources (financières et humaines) nationales.
- Exemples émanant de pays spécifiques partagés au sein des groupes :
  - Kenya — médias sociaux (Facebook, WhatsApp, etc.), supermarchés et centres commerciaux pour faire passer le message (atténuation de la COVID-19 et mobilisation sociale en faveur de la lutte contre les MTN).
  - Côte d'Ivoire — fausses nouvelles et rumeurs ; former les journalistes et autres personnalités des médias pour parler du virus de manière factuelle. Conducteurs de moto-taxis et crieurs publics.
  - Les médias sociaux ont joué un rôle différent selon les endroits (vérité/assurance ou fausses rumeurs).
- Exemples de plaidoyer
  - Liberia — intégration entre les MTN et au niveau communautaire, entre les



interventions du système de santé.

- Nigeria — inquiétude concernant le détournement des fonds destinés aux MTN au profit de la riposte à la pandémie de COVID-19.
- Dans quel sens allons-nous désormais ? Prochaines étapes, priorités à l'avenir
  - Georgie : 1) adaptation rapide ; et, 2) élargissement de l'éventail des canaux et des moyens de collaboration avec les communautés.
  - Achille : existence de différences culturelles et d'une diversité de perceptions, d'où la nécessité de bien cerner le contexte et d'être précis. Nécessité d'être innovant. Les gens sont exposés à des informations émanant de nombreuses sources — il faut donc avoir la bonne perception et être capable d'atteindre des objectifs à différents niveaux.
  - Rachael : comment pouvez-vous mesurer et renforcer la collaboration intersectorielle ? Y a-t-il des outils sur lesquels nous pouvons nous étendre ? Existe-t-il des outils qui peuvent permettre aux

personnels des programmes de lutte contre les MTN d'assurer un plaidoyer plus complet à différents niveaux ? La ventilation de même que l'interprétation des données requièrent des compétences.

---

## POSSIBILITÉS D'ENGAGEMENT

*Séance de questions-réponses avec Dave Ross, Directeur général de la Task Force for Global Health.*

- Les administrateurs de programmes ont fait part d'un besoin d'outils. Pouvez-vous nous parler du nouvel outil de plaidoyer sur lequel travaille votre équipe ?
- Plaidoyer économique en faveur de la prévention des maladies.
- Enquête auprès des administrateurs de programmes — article publié dans PloS-MTN il y a quelques mois.
- Avantages économiques adaptés à la situation des différents pays.
- Estimations quantitatives de l'impact économique — visant à accroître les ressources et à garantir que les efforts d'élimination des maladies parviennent au point ultime (Oncho et LF).
  - L'enquête a été la première étape de cette évaluation.



- Quel est le but ultime visé ?  
-- Réduire la prévalence ? L'éliminer totalement ? Les deux ? OU ces deux objectifs, PLUS la garantie que ces maladies seront éradiquées à jamais ?
- Prochaines étapes :
  - élaborer un outil économétrique ;
  - valider et appliquer l'outil ;
  - effectuer un test pilote dans plusieurs pays ;
  - procéder à une évaluation ; et
  - si possible, procéder à une large application de l'outil.
- *Que faut-il en pratique pour produire des informations utiles ?*
  - Données + communications (conditionnement du message/de l'information)
- Si vous souhaitez collaborer à l'élaboration de l'outil économétrique et à son expérimentation à titre pilote, n'hésitez pas à nous contacter via [ctangum-consultant@taskforce.org](mailto:ctangum-consultant@taskforce.org).
- recherche, le dialogue et le renforcement des systèmes.
- Traiter de thèmes tels que la mobilisation communautaire, le renforcement des systèmes de santé, l'évaluation économique, la santé mentale et la stigmatisation.
- Soutenir la feuille de route sur les MTN (pérenniser les réalisations actuelles et se tourner vers les objectifs fixés pour 2030).
- Compiler et diffuser l'information auprès des partenaires de recherche et de programme.
- Assurer une collaboration et une coordination entre les personnes participant à la mise en œuvre des programmes et à la recherche.
- Soutenir le mentorat des jeunes chercheurs.
- Communauté ouverte à tous. Des équipes de travail sont disponibles pour s'impliquer dans des domaines spécifiques.
- Formulaire Google pour les personnes intéressées : <https://forms.gle/xzVcdBZke63QCfR19>.

**Communauté de pratique iCHORDS —  
Alison Krentel, Université d'Ottawa,  
Institut de recherche Bruyère**

- Améliorer les résultats en matière de santé communautaire par la

**SESSION 8 : LA GALE ET LA FEUILLE DE ROUTE 2021-2030 : DONNÉES FACTUELLES ET STRATÉGIES POUR LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE**

L'on dispose de données de piètre qualité sur la gale, l'une des maladies récemment ajoutées à la liste des MTN de l'OMS, en particulier dans la Région africaine, bien qu'elle entraîne des conséquences sanitaires primaires et secondaires importantes, notamment la stigmatisation, l'isolement social, les troubles du sommeil, l'absentéisme scolaire, le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite. La gale peut survenir dans divers milieux. C'est le cas des zones urbaines de Monrovia, au Liberia, et les milieux scolaires des zones rurales du Ghana. Lors d'une épidémie de gale à grande échelle en Éthiopie en 2015, plus de neuf millions de personnes ont été dépistées et 9 % des cas dans toutes les tranches d'âge ont été détectés comme atteintes, avec un ratio contact/cas de 1,3.



*Photo : Gale présentant une infection bactérienne secondaire*

Progrès réalisés dans la lutte contre la gale ces dernières années :

- les études disponibles dans les milieux insulaires ont montré que l'administration massive d'ivermectine est très efficace ; un seul cycle d'administration massive a permis de réduire de 90 % la gale et de 65 % l'impétigo ;
- il existe des critères de diagnostic simplifiés de la gale (Alliance internationale pour le contrôle de la gale (IACS) 2020) ;

- inclusion de la gale dans la feuille de route 2021-2030 de l'OMS assorties de cibles claires ;
  - inclusion de l'ivermectine dans la Liste OMS des médicaments essentiels pour le traitement de la gale ; et
  - consultation informelle organisée par l'OMS sur le Cadre de lutte contre la gale à Manille, au mois de février 2019. Les principales recommandations de la réunion ont porté sur la cartographie et la surveillance, l'administration massive de médicaments (prévalence  $\geq 10\%$ ) et la prise en charge intensifiée de la maladie (prévalence  $< 2\%$ ) pour la lutte contre la gale, ainsi que sur la recherche et développement portant sur les questions programmatiques clés.
- données sur l'innocuité de l'ivermectine (pharmacocinétique) à finaliser ;
  - maximiser la valeur de la plateforme intégrée des MTN pour la lutte contre de la gale ; et
  - un plaidoyer de haut niveau pour le don d'ivermectine ?

L'utilisation de la moxidectine (une lactone macrocyclique à longue demi-vie) dans le traitement de la gale est toujours à l'étude et sera prometteuse s'il est établi qu'elle permet d'obtenir des résultats positifs.

Il est possible d'intégrer la lutte contre la gale à d'autres MTN dans les domaines de la formation, des enquêtes et dans les outils d'évaluation sur le terrain et d'établissement de rapports.

Il n'y a pas de données fiables pour démontrer que les interventions d'administration massive de médicaments contre la filariose lymphatique et l'onchocercose au moyen de l'ivermectine suffiraient à enrayer la gale, car il n'existe pas de données de base concernant cette maladie.

Le programme mondial de lutte contre la gale (WSP) est un programme quinquennal qui a débuté en octobre 2019 et vise à traduire la recherche sur la lutte contre la gale en une action de santé publique mondiale destinée à soulager les souffrances qu'induit la gale et à réduire les invalidités qu'elle cause.

Au cours de la discussion, les points ci-après ont été relevés :

- une discussion fondée sur des données probantes est nécessaire pour réduire la tranche d'âge inférieure dans l'étiquetage de l'IVM ;

## SESSION 9 : PERSISTANCE DE LA TRANSMISSION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE ET DU TRACHOME

Les deux premières présentations ont été faites par Katie Zoerhoff et Molly Brady de RTI au service du programme Act to End MTNs | East financé par l'USAID. Elles ont porté principalement sur la persistance des infections que sont la filariose lymphatique et le trachome et sur la manière de réagir

lorsque les enquêtes d'impact montrent une prévalence supérieure aux seuils d'élimination. Ces présentations ont été suivies de celles des administrateurs de programmes des Ministères de la santé de l'Ouganda et de l'Éthiopie, qui ont partagé leurs expériences et les leçons apprises.

Katie Zoerhoff a expliqué que le terme « échec » était utilisé comme un raccourci pour désigner toute enquête d'impact ou de surveillance qui montre que les seuils d'élimination n'ont pas été atteints. Lorsque les enquêtes d'impact et de surveillance ne sont pas probantes, la progression vers l'élimination peut s'en trouver retardée. En pareille situation, il importe de mener une enquête pour comprendre les causes probables et veiller ensuite à mener des actions sur la base de ces résultats en améliorant et en adaptant les interventions. Plusieurs raisons expliquent l'échec des enquêtes. Il s'agit, notamment, des facteurs épidémiologiques qui contribuent à la poursuite de la transmission, de la qualité de la prestation de services ou de l'oubli systématique de certains groupes de population lors des administrations massives de médicaments.

Ce fut ensuite le tour de Molly Brady qui a parlé des outils disponibles pour aider les programmes nationaux et les partenaires de mise en œuvre à exploiter les données existantes en vue d'enquêter sur les raisons des échecs. Elle a fourni des liens. Molly a insisté sur le fait qu'il importe de ne pas continuer à faire comme si de rien n'était lorsque nous enregistrons des

échecs dans nos enquêtes, mais de nous atteler à comprendre pourquoi ces échecs se sont produits. Il est important d'examiner les données au niveau des sous-districts ou les données par groupe de population et de collecter des données supplémentaires pour rechercher les causes de l'échec à l'aide de méthodes qualitatives. Il est essentiel de veiller à l'intégration des enseignements tirés des interventions de suivi telles que la campagne répétée d'administration massive de médicaments ou l'adaptation de la mise en œuvre du programme.

Le D<sup>r</sup> Francis Mugume, du Ministère de la santé de l'Ouganda, s'est penché sur les échecs des enquêtes d'impact sur le trachome (EIT) et des enquêtes de surveillance du trachome (EST) dans trois districts ougandais. Moroto, un district frontalier du Kenya, avait une prévalence de base très élevée du trachome et après plusieurs cycles d'administrations massives de médicaments, la prévalence de l'inflammation trachomateuse-folliculaire (TF) au regard des enquêtes d'impact répétées demeurait toujours élevée, se situant à 16,2 % en 2019. Les districts de l'Ouest du pays que sont Nebbi et Buliisa étaient parvenus à une prévalence de TF inférieure à 5 % après l'EIT, mais ont connu une amélioration après l'ECT menée en 2019 avec une prévalence de TF de 7,2 % et 5,8 %, respectivement. Pour comprendre les raisons pour lesquelles la prévalence du trachome reste élevée dans ces districts, le Ministère de la santé a procédé à une étude documentaire des trois dernières années de couverture au moyen d'une



administration massive de médicaments au niveau sous-districtal. Il a également mené des études qualitatives au moyen d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions de groupe (FGD) dans l'optique de cerner les facteurs contribuant à l'augmentation de la transmission.

Les principales conclusions ont été que le trachome demeure un problème de santé publique dans ces trois districts eu égard à une combinaison de facteurs, notamment sociaux (absentéisme pendant les campagnes d'administration massive de médicaments, mauvaise hygiène du visage, migration nomade transfrontalière, faible niveau de sensibilisation au trachome), environnementaux (mauvaises conditions de vie avec surpeuplement et partage de l'espace vital avec le bétail, faible accès aux installations sanitaires) et programmatiques (capacité insuffisante pour surveiller l'infection par le trachome dans les districts, interventions de WASH limitées et interventions inadéquates ciblant les populations nomades). Au nombre des recommandations, on peut citer la synchronisation des campagnes d'administrations massives de médicaments de part et d'autre de la frontière avec le Kenya et la tenue de réunions conjointes de planification et d'examen en 2021 dans le cas de Moroto, le renforcement de la collaboration multisectorielle entre le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation et de l'emploi et l'allocation de ressources aux activités de collaboration entre le secteur de lutte contre les MTN et celui de WASH visant à éliminer le trachome. On peut citer

également la sensibilisation continue de la communauté au trachome et à ses facteurs de risque en utilisant des stratégies de communication appropriées pour le changement de comportement, ainsi que le renforcement de la supervision des administrations massives de médicaments pour garantir une forte couverture.

Le dernier intervenant a été Mossie Wondemeneh du Ministère de la santé d'Éthiopie qui a mis l'accent sur les approches utilisées pour enquêter sur l'échec de l'enquête d'évaluation préliminaire de la transmission de la filariose lymphatique dans la région de Benshangul Gumuz, en Éthiopie et y faire face. Une administration massive de médicaments contre la filariose lymphatique a été entreprise de 2013 à 2018. En janvier 2019, une enquête d'évaluation préliminaire de la transmission a été réalisée, mais trois des sept unités d'exécution (UE) ont échoué dans leur mission. Des enquêtes ont été menées sur les causes de leur échec en août 2019. Les approches utilisées comprenaient une étude documentaire de l'enquête et de la mise en œuvre des campagnes d'administrations massives de médicaments, des rapports de visites de suivi, des rapports de supervision de soutien, ainsi que l'organisation d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions de groupe.

Au nombre des conclusions principales des enquêtes, figurent le fait qu'on enregistrait une couverture inférieure à 65 % de couverture pour l'administration massive



de médicaments dans certains sous-districts (Kebeles) et une supervision inadéquate dans tous les Kebeles d'endémie, ainsi que dans les zones difficiles à atteindre. Ces lacunes ont été comblées par l'utilisation de l'outil de couverture du superviseur (SCT), la liste de contrôle de supervision normalisée et les contrôles quotidiens avec les superviseurs par le groupe de travail au niveau districte lors de la première répétition de la campagne d'administration massive de médicaments en décembre 2019. Sur la base des constatations sur le terrain, des campagnes de ratissage en matière d'administration massive de médicaments ont été menées dans les villages identifiés comme ayant une faible couverture, et les superviseurs ont fourni un retour d'information et assuré une formation sur place aux agents de vulgarisation sanitaire et aux distributeurs communautaires de médicaments. Ces interventions ont permis d'améliorer la couverture des campagnes d'administrations massives de médicaments, tous les districts réalisant une couverture supérieure à 65 %.

## SESSION 10 : MODÉLISATION DE L'IMPACT POTENTIEL DES RETARDS ACCUSÉS DANS L'ADMINISTRATION MASSIVE DE MÉDICAMENTS LIÉS AU COVID-19 SUR LA MORBIDITÉ DE LA SCHISTOSOMIASE ET ESTIMATION DES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE

**Importance :** cette session, qui a bénéficié du soutien de l'Alliance mondiale contre la

schistosomiase, décrira la charge actuelle de la schistosomiase en Afrique subsaharienne. Elle soulignera le niveau d'impact que les retards accusés dans l'administration massive de médicaments auront sur la schistosomiase et la morbidité associée. Elle identifiera également les zones de plus grande vulnérabilité dans la Région. L'ESPEN présentera ses aspirations quant à la manière de s'attaquer au risque croissant d'infection et à la façon dont les pays d'endémie et la communauté internationale peuvent soutenir l'exécution des interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité.

Cette session a pour objectif général de partager les expériences de conduite de recherches et de prises en charge des cas de MTN, en exploitant toutes les possibilités qui s'offrent, telles que les administrations massives de médicaments, par le biais d'une collaboration efficace, d'une planification et d'une mise en œuvre intégrée. Plus précisément, l'expérience d'un pays donné dans le pilotage d'une campagne conjointe d'administration massive de médicaments et de recherche active de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de Guinée sera présentée, suivie d'une séance de questions-réponses.

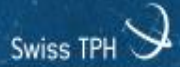
### Compte-rendu :

- Introduction et aperçu de la session - Maria Rebollo Polo, ESPEN/OMS.

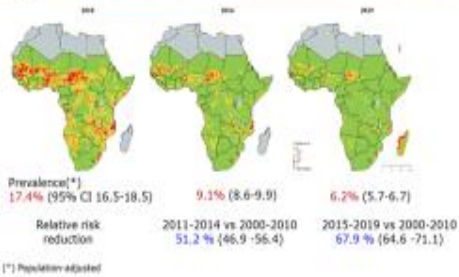
Penelope Vounatsou : Responsable de la biostatistique, Institut tropical et de santé publique suisse.

conceptions des interventions et de l'échantillonnage.

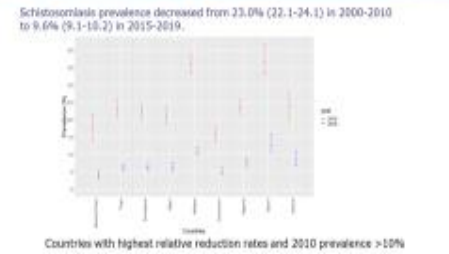
Effect of preventive chemotherapy on schistosomiasis among school-aged children in sub-Saharan Africa: a temporally explicit geostatistical analysis



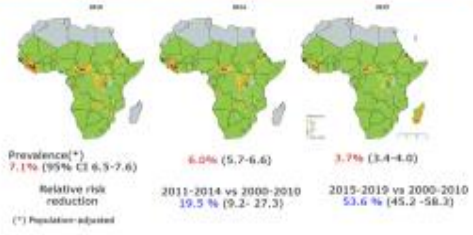
Geographical distribution of *S. haematobium* risk



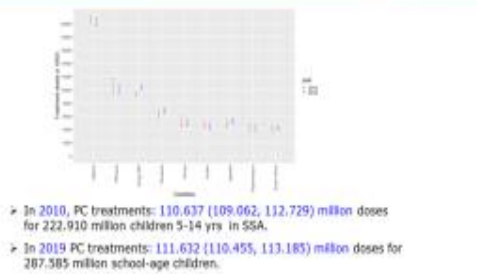
Relative risk reduction rates of schistosomiasis



Geographical distribution of *S. mansoni* risk



PC treatment needs in SSA



Penelope a fait une présentation sur le thème suivant : Effet de la chimiothérapie préventive sur la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire en Afrique subsaharienne : une analyse géostatistique temporellement explicite.

Penelope a une formation en mathématiques et en statistiques et effectue des recherches sur la méthodologie de modélisation et de calcul de grandes données spatio-temporelles, dont les applications sont la cartographie géostatistique des MTN, la surveillance des maladies, l'évaluation des effets des

Points saillants :

L'OMS a démarré ce travail il y a environ quatre ans en vue d'examiner l'impact de la chimiothérapie préventive. L'analyse a montré que la couverture des populations traitées de la schistosomiase au moyen de la chimiothérapie préventive s'est accrue depuis 2006 dans la plupart des pays, suite à l'intensification des interventions. L'équipe a utilisé des données recueillies auprès de sources multiples entre 2010 et 2019 et élaboré un modèle bayésien prédictif en intégrant des données

climatiques, environnementales, ainsi que des données sur l'eau et l'assainissement. La réduction de la prévalence de *schistosoma haematobium* (SH) et de *schistosoma mansoni* (SM) (risque réduit) était liée à la couverture au moyen de la chimiothérapie préventive, à l'amélioration de l'assainissement dans les ménages. Mais, les prédicteurs climatiques étaient différents pour les deux espèces, le risque de SH étant plus faible dans les zones agricoles humides, à plus hautes altitudes et dans les zones à températures élevées tandis que pour la SM, le risque est plus élevé dans les zones agricoles humides et lorsque les températures mensuelles sont similaires tout au long de l'année. La prévalence de la schistosomiase est passée de 23,0 % (22,1 à 24,1) en 2000-2010 à 9,6 % (9,1 à 10,2) en 2015-2019. Sur la base de cette analyse, les traitements au moyen de la chimiothérapie préventive sont passés en Afrique subsaharienne de 110, 637 (109 062, 112 729) millions de doses pour 222, 910 millions d'enfants âgés de cinq à quatorze ans en 2010, à 111,632 (110,455, 113,185) millions de doses pour 287,585 millions d'enfants en âge scolaire en 2019.

Fiona Fleming, Fondation SCI et Ascend Afrique occidentale et centrale :

La morbidité liée à la schistosomiase et la charge actuelle de l'infection en Afrique sub-saharienne

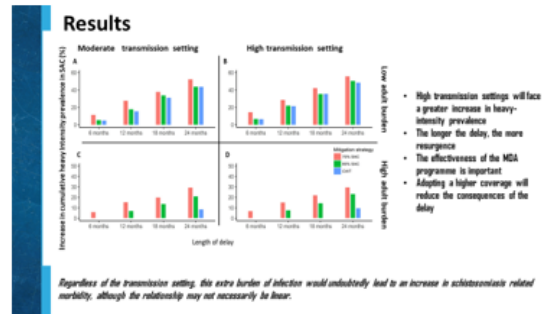
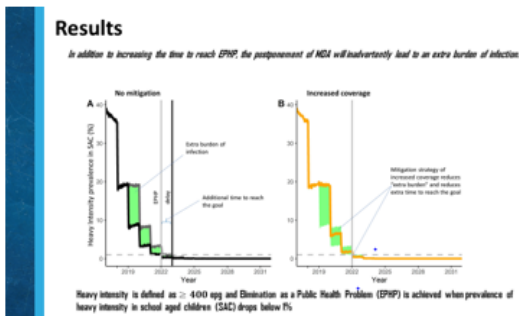
À mesure que la COVID-19 a commencé à se propager en Afrique subsaharienne, des mesures visant à limiter la transmission du virus en restreignant les contacts sociaux

et les mouvements de population ont été largement mises en œuvre dans la Région, et ce, dès le mois de mars 2020. En avril 2020, l'OMS a recommandé que soient reportées jusqu'à nouvel ordre les campagnes de traitement de masse, les activités de recherche active de cas, ainsi que les enquêtes en population portant sur les MTN. En août 2020, l'OMS a publié des orientations provisoires comprenant un cadre décisionnel qui permet aux programmes de lutte contre les MTN de déterminer, au cas par cas et après une évaluation des risques et des avantages, quand et comment des activités telles que l'administration massive de médicaments pourraient reprendre. Même des retards minimes dans l'administration massive de médicaments contre la schistosomiase auront d'importantes répercussions sur la morbidité dans les communautés touchées : il surviendra chez les individus des infections accumulées et prolongées résultant d'une morbidité allant d'un niveau aigu à un niveau chronique irréversible. Les séquelles à long terme et particulièrement préoccupantes de l'infection sont l'hépatosplénomégalie, la fibrose hépatique et l'hypertension portale pour la schistosomiase intestinale et l'hydronéphrose et la schistosomiase génitale féminine pour la schistosomiase urogénitale. Outre les conséquences graves de ces affections, elles sont également associées à un risque accru et à l'exacerbation d'autres maladies importantes pour la santé publique dans la Région africaine. Pour contrer ces menaces, des stratégies d'atténuation devraient être conçues pour faire face aux

augmentations prévues de la morbidité liée à la schistosomiase et accorder la priorité à l'allocation des ressources et à la reprise des activités au profit des populations les plus exposées.

Perturbations des programmes de lutte contre la schistosomiase liées à la COVID-19 et effets de différentes stratégies

d'interruption du traitement, la prévalence augmenterait, ce qui pourrait accentuer la morbidité. On craint également que les enfants ne soient confrontés à une morbidité aiguë élevée et à une mortalité potentielle pendant le retard et que l'on ne puisse prévenir la morbidité chronique. Les simulations du modèle portent sur l'espèce *S. mansoni* et sont exécutées pour un



d'atténuation sur la morbidité.

**Diepreye Ayabina**, Consortium de modélisation des MTN, Université d'Oxford. Diepreye est une modélisatrice de maladies infectieuses travaillant sur la schistosomiase. Elle modélise la dynamique de transmission de la schistosomiase et l'impact de l'administration massive de médicaments, afin de déterminer les stratégies de traitement nécessaires pour lutter contre la maladie et l'éliminer. Les résultats de ses travaux permettent de mieux comprendre la conception des programmes de traitement. La COVID-19 étant susceptible d'entraîner des retards dans l'administration massive de médicaments et l'interruption d'autres activités, cette évaluation a estimé qu'en cas

scénario sans retard : une administration massive de médicaments annuelle traitant 75 % des enfants d'âge scolaire et pour des durées variables de retards des campagnes d'administration massive de médicaments (entre 6 et 24 mois), après quoi l'administration massive de médicaments est reprise en utilisant soit la même couverture qu'avant le décalage, soit une couverture plus élevée. Les modèles sont basés sur un contexte de transmission modérée (10 à 50 % de prévalence chez les enfants d'âge scolaire avant traitement) et élevée ( $\geq 50\%$  de prévalence chez les enfants d'âge scolaire avant traitement), chacun avec une charge d'infection faible et élevée chez les adultes.



Les modèles montrent que, bien que nous puissions modéliser la charge de l'infection pendant la période de retard, l'on ne peut dire clairement la manière dont la morbidité s'accroîtra. Il peut y avoir de diverses manières une résurgence de différentes formes de morbidité, mais de manière générale, plusieurs études ont montré que l'exposition continue, la durée de l'infection avant le traitement, l'espèce de *schistosome* et le développement de l'immunité au fil du temps sont des déterminants clés de l'évolution de la morbidité liée à la schistosomiase après le traitement. Dès lors, il importe d'identifier les populations les plus exposées au risque de développer une morbidité en vue d'une allocation optimale des ressources une fois que les programmes d'administrations massives de médicaments auront repris.

Alliance mondiale contre la schistosomiase (GSA)

La **D<sup>re</sup> Anouk Gouvras** a fait une présentation sur l'Alliance mondiale contre la schistosomiase (GSA). La D<sup>re</sup> Gouvras est chargée de communication et administratrice de programmes de ladite Alliance. Elle a travaillé dans le milieu universitaire, menant des recherches sur la schistosomiase en Afrique subsaharienne et collaborant avec des chercheurs des instituts nationaux de recherche médicale et des universités, ainsi qu'avec des administrateurs de programmes de lutte contre les MTN. Au sein de l'Alliance mondiale contre la schistosomiase, elle dirige les activités de l'Alliance en s'appuyant sur une plateforme collaborative multipartite visant à

renforcer la lutte contre la schistosomiase et son élimination et à les faire progresser.

Anouk a présenté les objectifs de l'Alliance mondiale contre la schistosomiase et invité les participants à rejoindre l'un des nombreux groupes de travail de ladite Alliance via le site web de l'Alliance : <https://www.elimineschisto.org> et sa liste de diffusion : <http://eepurl.com/dyjac9>.

Hope Simpson a fait une présentation sur les populations les plus vulnérables en cas de retards dans l'organisation de campagnes d'administration massive de médicaments dus à la COVID-19. Le travail de modélisation a porté sur la prévalence de la schistosomiase, la couverture du traitement, l'accès à l'eau et à l'assainissement, la prévalence des comorbidités et la vulnérabilité. En combinant ces indicateurs, le modèle a permis d'identifier les districts les plus vulnérables. Dans l'ensemble de la Région, ce sont, selon les estimations, 26,4 millions de personnes qui vivent dans des unités d'exécution (UE) considérées comme très sensibles à un risque accru de schistosomiase. Ces unités d'exécution sont caractérisées par une prévalence d'un niveau modéré à élevé de la schistosomiase. Il a été estimé que les populations les plus importantes vivant dans ces unités d'exécution se trouvent en République démocratique du Congo, au Nigeria et à Madagascar. Des recommandations ont été formulées pour des programmes basés sur les résultats.



## **CÉRÉMONIE DE CLÔTURE**

La D<sup>re</sup> Maria Rebollo Polo (chef de l'équipe ESPEN, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) a prononcé le discours de clôture. Elle a adressé ses remerciements à l'hôte, en l'occurrence Patricia Amira, aux participants et à l'équipe du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle a souligné les défis que pose la COVID-19 et indiqué que les MTN perpétuent le cycle de la maladie et de la pauvreté en Afrique. Elles sont un fardeau massif qui menace la survie des jeunes générations.

Elle a également souligné que, malgré les défis, des réalisations importantes ont été enregistrées et a exhorté tous les gouvernements africains, les parties prenantes, les administrateurs de programmes nationaux, les partenaires et les donateurs à faire tout ce qui est nécessaire pour que la feuille de route 2021-2030 devienne une réalité en atteignant les objectifs d'élimination et de contrôle des MTN sur le continent. Elle a clos la réunion en insistant sur le fait que, maintenant plus que jamais, nous DEVONS éliminer les MTN en Afrique.

**ANNEXES :**

**PROGRAMME DE LA RÉUNION**

« Élimination des MTN,

7-11 décembre 2020 *aspiration plus que jamais d'actualité* »

Première journée		Lundi 7 décembre 2020
Temps universel+1	Thème et session	Présentateurs et panélistes
13 h 00 - 13 h 15	Ouverture de la réunion	Patricia Amira Vidéo à la mémoire de nos collègues disparus
13 h 15 - 14 h 15	<b>Session 1 :</b> Cibles de la feuille de route sur les MTN fixées pour 2020, célébration des jalons.	Messages vidéo de : D <sup>e</sup> Matshidiso Moeti, Directrice régionale du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique 4'. Ministre de la santé du Togo Ministre de la santé du Ghana Ministre de la santé du Malawi Table-ronde : Représentant des donateurs : Emily Wainwright USAID Représentant des donateurs de l'industrie pharmaceutique : Bradley (GSK) Clôture : Vidéo du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur la feuille de route pour les MTN 2012-2020
14 h 15 - 15 h 00	<b>Session 2 :</b> Cadre de l'ESPEN dans le contexte de la feuille de route pour	<b>Table-ronde :</b> D <sup>e</sup> Maria Rebollo

	les MTN 2021-2030 et du cadre continental pour les MTN 2030	D <sup>re</sup> Mwele Malecela M <sup>me</sup> Emily Wainwright (USAID) D <sup>r</sup> Benjamin Djoudalbaye (Union africaine) D <sup>r</sup> Méité (Côte d'Ivoire) Administrateur de programme de lutte contre les MTN (Ouganda)
<b>15 h 00 - 15 h 30</b>	<b>Session 3 :</b> Plans directeurs de lutte contre les MTN 2021-2025 : Aperçu du cadre d'élaboration et présentation	<b>Présentateurs :</b> D <sup>re</sup> Maria Rebollo, ESPEN Programme de lutte contre les MTN D <sup>r</sup> Gautam Biswas <b>Panélistes :</b> Administrateurs de programmes de lutte contre les MTN pour la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie
<b>15 h 30 - 16 h 00</b>	<b>Session 4 :</b> Pilotage de l'administration massive de médicaments (AMM) et de la recherche active conjointes de cas de lèpre, d'ulcère de Buruli et d'autres MTN de la peau dans la région forestière de Guinée	D <sup>re</sup> Fatoumata Sakho, coordinatrice MTN, Guinée
<b>16 h 00 - 16 h 10</b>	Récapitulation et clôture de la première journée	Patricia Amira

Deuxième journée			Mardi 8 décembre 2020	
	Session 5A : Prise en charge des cas de MTN Président : D <sup>r</sup> Alexandre Tiendrébéogo		SESSION 5b : Chimioprévention contre les maladies tropicales négligées Président : Patricia Amira	
Temps universel l+1	Thème	Présentateurs/ Panélistes	Thème	Présentateurs/ Panélistes
13 h 00-13 h 10	Remarques introductives et aperçu du programme de la deuxième journée	D <sup>r</sup> Andrew Korkor	Présentation et aperçu du programme	Patricia Amira
13 h 10-14 h 10	<p><b>Outils de demande d'approvisionnement en produits pour la prise en charge de cas de MTN :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lèpre : Procalcitonine et clofazimine en vrac</li> <li>• Leishmaniose viscérale : Demande d'approvisionnement en ligne de produits contre la leishmaniose</li> <li>• Ulcère de Buruli : Rifampicine &amp; Clarithromycine.</li> <li>• Pian : Azithromycine</li> </ul>	D <sup>r</sup> Esin Dmitry D <sup>r</sup> Saurabh D <sup>r</sup> Kingsley Asiedu	Communauté de pratique sur les MTN (CdP)	D <sup>r</sup> Sultani Matendeche ro, Arianna, Phaedra



<p><b>14 h 10 - 15 h 57</b></p>	<p><b>Expériences des pays :</b></p> <p>1. Price en charge intégrée des cas de MTN.</p> <p>2. Administration massive de médicaments et prophylaxie post-exposition (PEP) :</p> <p>a. Administration massive de médicaments pour l'éradication du pian (Projet OCEAC)</p> <p>b. Chimiothérapie pour la prophylaxie post-exposition à la lèpre (LPEP) (Projet Moba : suivi à la quatrième année)</p> <p>c. Chimiothérapie pour le LPEP (Dose unique de rifampicine pour la LPEP)</p>	<p>Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo</p> <p>Cameroun, République centrafricaine, Congo</p> <p>République démocratique du Congo</p> <p>Les Comores, Madagascar, Tanzanie</p>	<p>JAP en ligne, ESPEN Collect et portail pour l'administration massive de médicaments</p>	<p>Jorge Cano, ESPEN Honorat Zouré, ESPEN Adrien Elia Muhima, consultant ESPEN Rachel Pullan, LSHTM Alex Pavluck, Code standard présenté par Jonathan Nesbitt de Sightsavers</p>
<p><b>15 h 57 - 16 h 00</b></p>	<p>Gros plan</p>	<p>D' Andrew Korkor</p>	<p>Gros plan</p>	<p>Patricia Amira</p>

Troisième journée		Mercredi 9 décembre 2020
<b>Session 6 : Activités de lutte contre les MTN et impact de la COVID-19</b>		
Temps universel+1	Thème	Présentateurs et panélistes
13 h 00 - 13 h 10	Présentation et aperçu du programme	Patricia Amira
13 h 10 - 13 h 30	<b>Session 6a</b> : Tableau de bord ALMA sur les MTN	Thoko Elphick-Pooley (Uniting to Combat NTDs)
13 h 30 - 14 h 05	<b>Session 6b</b> : Activités de lutte contre les MTN et impact de la COVID-19	D <sup>re</sup> Maria Rebollo D <sup>r</sup> Andrew Korkor
14 h 05 - 15 h 50	<b>Session 6c</b> : Impact de COVID-19 : Expériences des pays en matière de prise en charge, d'administration massive de médicaments et d'enquêtes	Panélistes : chimioprévention contre les maladies tropicales négligées - Éthiopie (Trachome) - Sénégal (Enquête d'évaluation préliminaire de la transmission) - Soudan du Sud (Administration massive de médicaments contre la schistosomiase et les géohelminthiases) - Rwanda (Gestion de la chaîne d'approvisionnement) Les pays assurant la prise en charge : - Éthiopie –ver de Guinée
15 h 50-16 h 00	<b>Session 6d</b> : Recommandations découlant du tableau de bord ALMA sur les MTN	Thoko Elphick-Pooley (Uniting to Combat NTDs)
16 h 00 - 16 h 01	Remerciements et clôture	Patricia Amira

Quatrième journée		Jeudi 10 décembre 2020 :
Session 7 : COR-NTD		
13 h 00-13 h 30	PLÉNIÈRE D'OUVERTURE	[tous les participants]
	Mot de bienvenue et aperçu de la réunion <ul style="list-style-type: none"> <li>- Couvrir une vue d'ensemble de la COR-NTD et des sujets auxquels se sont attaqués la COR-NTD OU abordés au cours des deux dernières années.</li> <li>- Aperçu du programme</li> </ul>	Patrick Lammie, Centre de soutien aux MTN
	Introduction aux séances en petits groupes	Alison Krentel, Université d'Ottawa
13 h 30 - 15 h 00	DEUX SÉANCES EN PETITS GROUPES	[Les participants seront répartis de façon aléatoire dans une salle de réunion.]
	Première séance en petit groupe : Systèmes de santé <i>comment la lutte contre les MTN peut-elle être pérennisée dans un système de santé mis à mal par la pandémie de COVID-19 ?</i>	Rachael Thomson, École de médecine tropicale de Liverpool et Wangechi Thuo, RTI
	Deuxième séance en petit groupe : problème se posant au niveau communautaire <i>comment adapter les stratégies de mobilisation sociale pour les programmes de lutte contre les MTN suite à la pandémie ?</i>	Achille Kabore, FHI 360 et Geordie Woods, Sightsavers
15 h 00 - 15 h 30	PLÉNIÈRE DE CLÔTURE	[tous les participants]
	Comptes-rendus des séances en petits groupes	Margaret Baker, RTI avec les présidents des petits groupes
	Présentation de iCHORD	Alison Krentel, Université d'Ottawa
	Récapitulation et clôture	Patrick Lammie, Centre de soutien aux MTN
<b>Cinquième journée</b>		11 décembre 2020 :

Quatrième journée		Jeudi 10 décembre 2020 :
Session 7 : COR-NTD		
13 h 00-13 h 30	PLENIÈRE D'OUVERTURE	[tous les participants]
Partenaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour la lutte contre les MTN		
Temps universel+1	Thème	Présentateurs et panélistes
13 h 00 - 13 h 10	Présentation et aperçu du programme ; présentation des intervenants	Patricia Amira
13 h 10 - 14 h 00	<b>Session 8</b> : Gale et feuille de route 2021-2030 : données probantes et stratégies pour la mise en place de programmes nationaux de lutte	D <sup>r</sup> Michael Marks
14 h 00 - 14 h 50	<b>Session 9</b> : Persistance de la transmission de la filariose lymphatique et du trachome	Katie Zoerhoff & Molly Bradi (RTI) Francis Mugume (AP Ouganda) Mossie Wondimeneh (Éthiopie)
14 h 50 - 15 h 45	<b>Session 10</b> : Consortium de modélisation, Institut tropical Suisse	Hope Simpson Fiona Fleming Diepreye Ayabina Penelope Vounatsou
15 h 45 - 16 h 00	Clôture de la Troisième réunion des administrateurs de programmes de lutte contre les MTN du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique	D <sup>re</sup> Maria Rebollo Polo

