



Bonnes Pratiques pour le traitement
de masse par Zithromax®

ICTC International Coalition
for Trachoma Control

Glossaire

CCDI	Interventions axées sur les populations locales
CHANCE	CHANCE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage, changement de l'environnement)
DC	Distributeurs communautaires
GET 2020	Alliance mondiale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'an 2020
GHLT	Equipe nationale de lutte contre le trachome
ICTC	Coalition internationale pour la lutte contre le trachome
ITI	Initiative internationale contre le trachome
KCCO	Centre d'ophtalmologie communautaire du Kilimandjaro
MS	Ministère de la Santé
MTN	Maladies tropicales négligées
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAT	Plan d'action contre le trachome
TF	Trachome folliculaire
TI	Trachome intense
TMM	Traitement médicamenteux de masse
TT	Trichiasis trachomateux

Septembre 2013

©2013 by
Coalition internationale pour
la lutte contre le trachome

Avant-propos

Les pays, les partenaires et les donateurs se sont tous engagés à éliminer le trachome dans le monde à l'horizon 2020. Pour atteindre cet objectif il faut plus que de l'argent : il faut des personnels de santé ayant toutes les compétences voulues et des systèmes de santé bien gérés et jouissant d'un soutien solide. La distribution de masse de médicaments (DMM) à base de Zithromax®, l'antibiotique donné par Pfizer, est une composante-clé de la stratégie CHANCE préconisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il devient de plus en plus évident qu'il faudrait améliorer tous les aspects des DMM, de la planification à la formation, de l'enregistrement à la diffusion des rapports, de la réception des médicaments à leur distribution (la chaîne d'approvisionnement), si nous voulons que ces DMM réduisent le taux d'infection à *C. trachomatis* dans les communautés endémiques afin d'éliminer le trachome cécitant à l'horizon 2020.

Le but de cette « boîte à outils » est de partager les expériences acquises et de proposer les bonnes pratiques en matière de DMM aux directeurs nationaux, aux coordonnateurs régionaux et à tous ceux qui participent à la lutte contre le trachome. Les questions soulevées dans ce document couvrent un vaste éventail de sujets allant de la coordination nationale à la mise en œuvre locale. Le contenu devrait donc être très utile pour un grand nombre de lecteurs. Bien que ce document s'adresse en premier lieu aux programmes de lutte contre le trachome d'Afrique, nous pensons que ces bonnes pratiques pourraient servir non seulement aux programmes de lutte contre le trachome au niveau mondial, mais aussi pour d'autres Maladies Tropicales Négligées (MTN) pour lesquelles une DMM est nécessaire.

Ce document n'est PAS normatif. En effet, le contexte n'est pas le même partout. En outre, dans les grands pays, les différences entre les régions modifieront la planification, la mise en œuvre et la transmission des rapports. La différence entre les systèmes de santé est aussi un paramètre très important : dans certains endroits le système de santé est centralisé (les principales décisions sont prises de façon centralisée et sont mises en œuvre au niveau national), alors que dans d'autres il est décentralisé (la plupart des décisions sont prises au niveau régional ou du district). Nous espérons donc que vous adapterez ces outils à votre environnement propre.

Une somme considérable d'informations est d'ores et déjà à votre disposition pour vous aider à la planification, la formation et la mise en œuvre de la DMM. Tout au long de ce document nous ferons référence à ces matériels et où les trouver.

Enfin il est important de noter que la gestion efficace et efficiente de la DMM contre le trachome n'est PAS fixe ; nous pensons que des innovations vont voir le jour dans les mois et les années qui viennent. Cette « boîte à outils » sera donc sujette à des révisions régulières. Nous vous demandons de nous aider à rendre ce processus le plus aisé possible en nous tenant au courant de vos idées et vos expériences. Veuillez contacter le Dr. Paul Courtright à pcourtright@kcco.net



L'équipe des rédacteurs de la Boîte à Outils pour la DMM contre le trachome

Paul Courtright, lead

Danny Haddad

Aryc Mosher

Colin Beckwith

Teshome Gebre

Paul Emerson

Anne Heggen

Lisa Dickman

Chad MacArthur

Esmael Habtamu

Geoffrey Knox

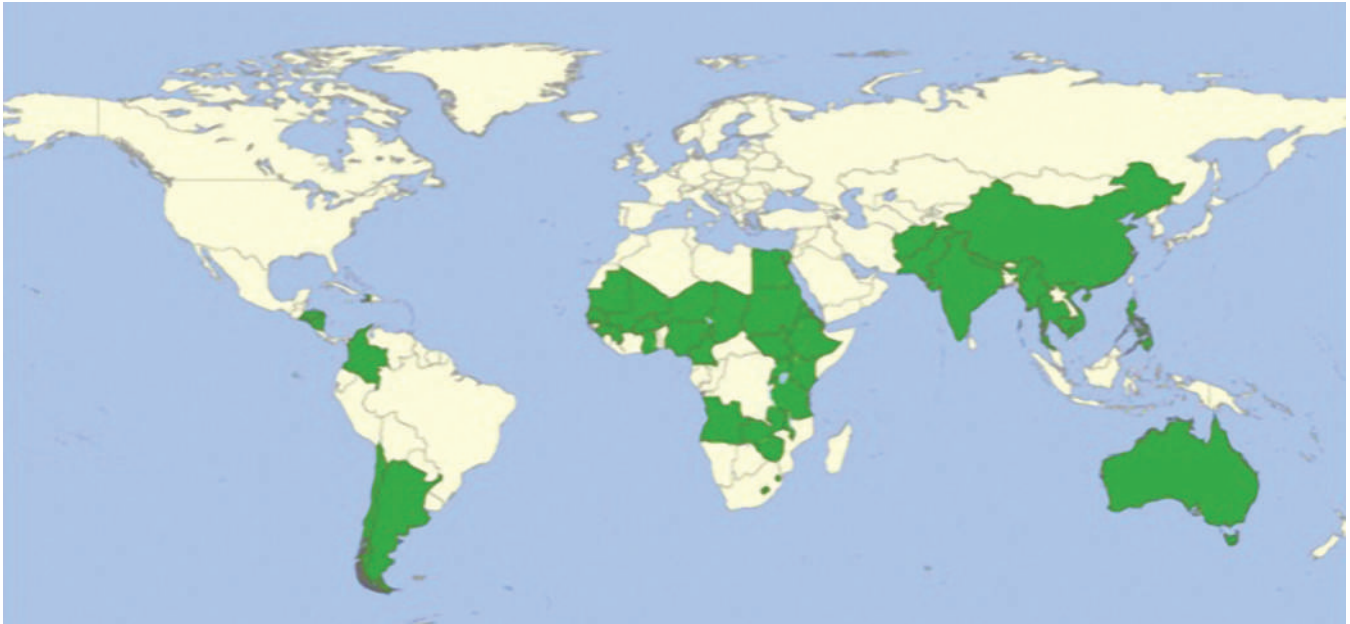
Elizabeth Kurylo

Table of contents

Avant-propos	1
1. Historique	4
1.1. <i>Le trachome et son traitement</i>	4
1.2. <i>Distribution de masse de médicaments</i>	6
2. Directives pour une bonne pratique.....	8
2.1. <i>DMM pour le projet trachome</i>	8
2.2. <i>Directives pour des bonnes pratiques de la DMM contre le trachome</i>	9
3. Coordination Nationale	10
3.1. <i>Plan National d'Action contre le Trachome</i>	10
3.2. <i>Coordination au niveau national</i>	11
3.3. <i>Campagnes</i>	11
3.4. <i>Renouvellement fréquent du personnel</i>	12
3.5. <i>Leadership de soutien proactif</i>	12
3.6. <i>Renforcement au niveau des districts</i>	13
4. Intégrer le traitement médicamenteux de masse du trachome aux autres traitements médicamenteux préventifs des maladies tropicales négligées	14
4.1. <i>Distribution de médicaments par des DC dans le cadre d'un TMP des MTN</i>	14
4.2. <i>Coordination du TMM pour le TMP des MTN</i>	15
4.3. <i>Caractéristiques particulières du TMM du trachome dans le cadre du TMP des MTN</i>	17
4.4. <i>Livraison des médicaments</i>	17
5. Communiquer et inspirer confiance.....	18
5.1. <i>Plans de communication</i>	18
5.2. <i>Impliquer les médias</i>	18
5.3. <i>Compétences requises pour travailler avec les médias</i>	19
5.4. <i>Réalités au niveau local</i>	19
5.5. <i>Éléments probants devant guider la stratégie de communication</i>	20
5.6. <i>Investir dans la communication</i>	21
5.7. <i>Approche par campagne</i>	21
6. Micro-planification	22
6.1. <i>Micro-planification pour l'efficience et l'efficacité</i>	22
6.2. <i>Fréquence de la micro-planification</i>	22
6.3. <i>Outils standardisés pour la micro-planification</i>	23
6.4. <i>Participation des intervenants dans la planification</i>	24

6.5. <i>Transparence de la planification</i>	24
6.6. <i>Elaboration d'un calendrier</i>	25
6.7. <i>Transport des médicaments</i>	25
6.8. <i>Planification de la formation</i>	26
6.9. <i>Gestion de l'argent</i>	26
6.10. <i>Planification de l'organisation de la stratégie de distribution</i>	27
6.11. <i>Planification pour la détermination de la couverture</i>	27
6.12. <i>Liaison entre la micro-planification et l'examen du programme post DMM</i>	28
7. Formation	29
7.1. <i>Planification de la formation</i>	29
7.2. <i>Standardisation de la formation</i>	29
7.3. <i>Formation en cascade</i>	29
7.4. <i>Compétences des formateurs</i>	30
7.5. <i>Formation des superviseurs</i>	30
7.6. <i>Roulement du personnel et défections</i>	31
7.7. <i>Formation intégrée contre les MTN</i>	31
8. Personnel	32
8.1. <i>Rôles et responsabilités</i>	32
8.2. <i>Supervision de la DMM</i>	32
8.3. <i>Programmes d'Intervention Demandée par la Communauté (IDC)</i>	33
8.4. <i>Mesures incitatives</i>	33
9. Interventions (activités de terrain)	34
9.1. <i>Mobilisation immédiate de la communauté</i>	34
9.2. <i>Mobilisation de la communauté avant la DMM</i>	34
9.3. <i>Utilisation des éléments probants (qui ont contribué au succès de la mobilisation)</i>	35
9.4. <i>Registres de recensement</i>	35
9.5. <i>Utilisation des registres de recensement</i>	36
9.6. <i>Gestion des médicaments</i>	36
9.7. <i>Observation du traitement</i>	37
9.8. <i>Gestion du point de distribution</i>	38
9.9. <i>Populations mobiles et vulnérables</i>	38
9.10. <i>Consignation des événements indésirables</i>	39
9.11. <i>Traitement des cas de trichiasis et de cataracte</i>	39
9.12. <i>Rapport et débriefing</i>	39

Photos gracieusement offertes par les organisations membres de la Coalition internationale de lutte contre le trachome. Couverture : Aryc W. Mosher/Le Centre Carter.



1. Historique

1.1 Le trachome et son traitement

Le trachome est la première cause infectieuse de perte de la vision et la huitième cause de cécité dans le monde. Il touche principalement les populations qui vivent dans les zones les plus pauvres et les plus marginalisées de la planète. On estime à 110 millions au moins le nombre de personnes vivant dans des régions où le trachome est endémique et à environ 4,6 millions le nombre de personnes souffrant de trichiasis, complication chronique potentiellement cécitante de l'infection trachomateuse. En outre, 210 autres millions de personnes vivent dans des zones où l'on suspecte la présence de trachome. Dans ces régions 3,6 millions de personnes sont susceptibles d'être atteintes de trichiasis. La cartographie du trachome, en cours de réalisation dans de nombreuses parties du monde, indiquera les besoins en distribution de masse pour les années à venir.

Le trachome cécitant commence par une kérato-conjonctivite à *C. trachomatis*. Les formes actives sont codées de deux façon : (1) L'inflammation trachomateuse-folliculaire (appelée TF) qui est définie comme « la présence de cinq follicules, ou plus, d'au moins 0,5 mm de diamètre dans la partie centrale de la

Le trachome inflammatoire folliculaire (ou TF) est caractérisé par « la présence de cinq follicules ou plus sur la partie centrale de la conjonctive tarsale supérieure d'au moins 0,5 mm », ce qui indique que la pathologie est déclarée. Le trachome inflammatoire intense (ou TI) est caractérisé par « un épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale supérieure masquant plus de la moitié du réseau vasculaire normal du tarse. Photos extraites du système de codage simplifié du trachome de l'Organisation mondiale de la Santé.



Inflammation trachomateuse – folliculaire (TF).



Inflammation trachomateuse – folliculaire et intense (TF + TI).

conjonctive tarsienne supérieure » et (2) l'inflammation trachomateuse-intense (TI) qui est définie comme « un épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse ». Lorsque le trachome est endémique, les enfants, à partir d'un très jeune âge, sont infectés de façon répétitive. Des infections répétées peuvent mener à des cicatrices sur la paupière qui provoquent un entropion (le



La CHirurgie

des paupières
tournées vers
l'intérieur



Antibiotiques

Pfizer a fait
don-Zithromax®,
pour traiter et
prévenir l'infection



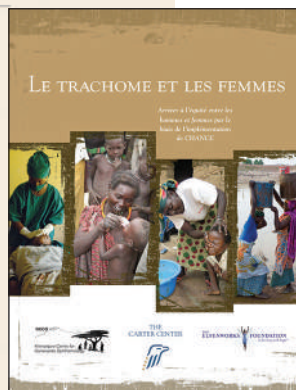
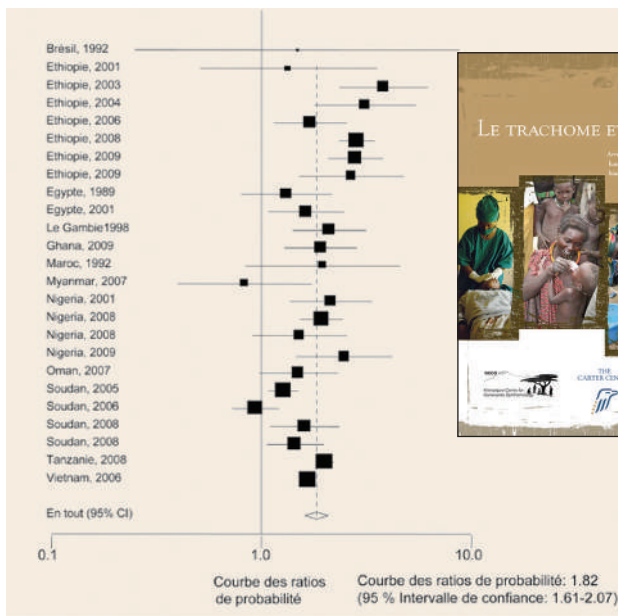
Nettoyage

du visage pour
prévenir la
transmission des
maladies



Changements de l'Environnement

au moyen d'une
amélioration de
l'accès à l'eau
salubre et à l'hygiène



retournement de la paupière vers l'oeil) et un trichiasis trachomateux (TT) (contact entre le cil et le globe oculaire) très douloureux. Le traumatisme répété de la cornée dû à un entropion-trichiasis trachomateux cause une douleur intense et provoque une opacification cornéenne (CO) et abouti à la cécité.

Bien que l'infection touche les enfants à un très jeune âge, la perte de la vue due au trachome n'apparaît généralement qu'à l'âge adulte. Les femmes ont deux fois plus de risques que les hommes de contracter un TT. Bien qu'il y ait des différences dans les estimations, il est vraisemblable que 2,2 millions de personnes dans le monde ont une mauvaise vue à cause du trachome, parmi lesquelles 1,2 millions sont irréversiblement aveugles.

Courbe des ratios de probabilité. Une métaanalyse des données disponibles des enquêtes sur la prévalence a été réalisée pour déterminer la probabilité du trichiasis chez les femmes comparée aux hommes. Crédit photo : The Carter Center

En 1998 l'Alliance mondiale pour l'élimination du trachome Cécitant d'ici l'an 2020 (GET 2020) a été formée pour guider et soutenir la mise en œuvre de la stratégie CHANCE qui a montré son efficacité dans l'élimination du trachome cécitant. Il existe de plus en plus d'informations sur les bonnes pratiques pour la mise en œuvre des différentes composantes de la stratégie CHANCE, à savoir : CHirurgie,

Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement.

Le trachome est l'une des priorités de l'Initiative VISION 2020 « Le Droit à la Vue » adoptée par l'OMS et l'Agence Internationale pour la Prévention de la Cécité. Un certain nombre de résolutions de l'Assemblée mondiale pour la Santé ont fait de l'élimination de la cécité due au trachome une priorité. Plus récemment l'OMS et plusieurs gouvernements nationaux ont inclus certaines phases de la lutte contre le trachome dans la liste des Maladies Tropicales Négligées parce que la stratégie de DMM contre le trachome est similaire à celle des autres MTN.

1.2 Distribution de masse de médicaments

Actuellement l'OMS recommande deux antibiotiques pour lutter contre le trachome : la tétracycline en pommade à 1% et l'azithromycine. La tétracycline en pommade ophtalmique peut traiter l'infection de

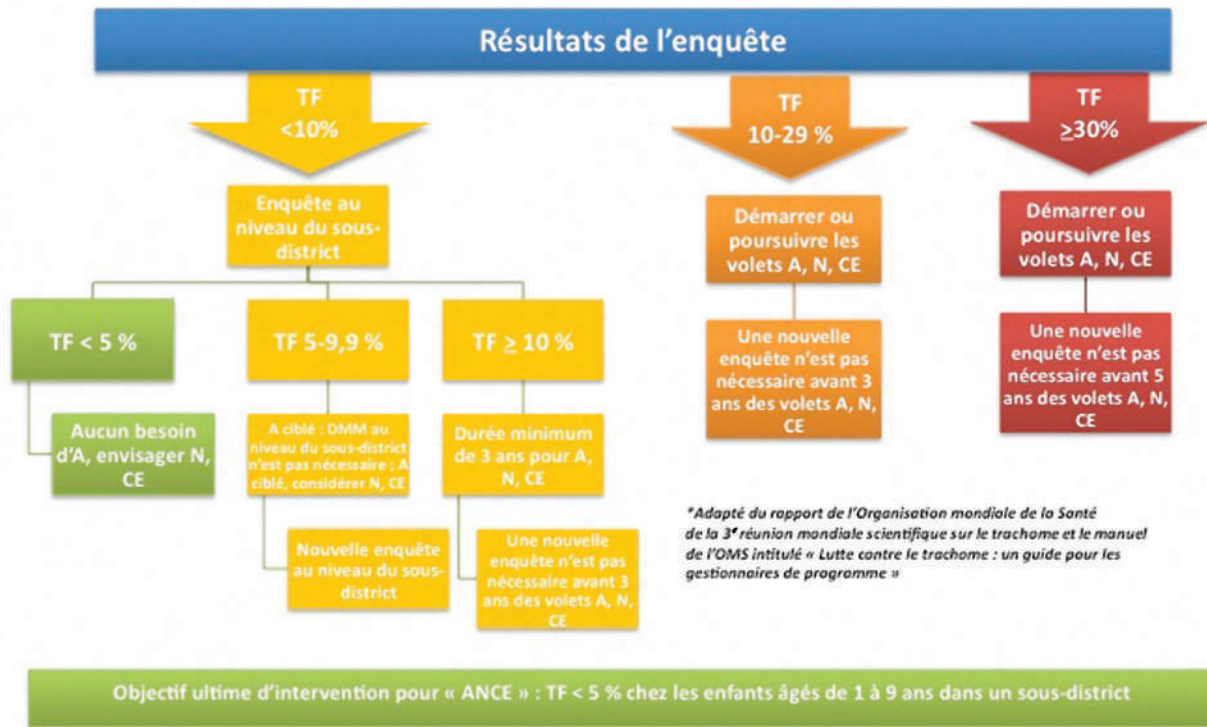


C. trachomatis oculaire si elle est appliquée dans les deux yeux deux fois par jour pendant six semaines et elle est disponible presque partout. Cependant son application est difficile et désagréable, c'est la raisons pour laquelle l'observance et la compliance de ce traitement sont faibles. L'azithromycine traite l'infection à *C. trachomatis* oculaire par une dose unique (20mg par 20 kg de poids corporel) et elle est bien tolérée par les enfants et les adultes. Le Zithromax® (l'azithromycine donnée par Pfizer) traite l'infection et réduit la transmission dans la communauté en traitant le foyer de l'infection.

L'objectif de la DMM contre le trachome – qui est quelque peu différente des autres programmes de DMM pour les MTN – est d'avoir la plus grande couverture possible de la population : elle ne doit pas être inférieure à 90%. La couverture épidémiologique se définit par le nombre de personnes traitées (soit par Zithromax® soit par tétracycline en pommade ophtalmique) divisé par le nombre total de résidents. On ne peut pas administrer de Zithromax® aux enfants de moins de 6 mois. Il revient au programme national de décider si les femmes enceintes peuvent être traitées. Pour plus d'informations sur les précautions d'emploi, veuillez vous reporter au guide du gestionnaire des programmes d'ITI. L'Initiative Internationale contre le Trachome (ITI) fournira des antibiotiques au programme d'un pays en quantité suffisante pour couvrir 100% de la population devant être traitée, mais un taux de couverture acceptable se situerait entre 90 et 95 % de la population.

Il existe des directives de l'OMS qui indiquent à quel moment il faut démarrer et arrêter la distribution des antibiotiques. D'après ce que nous apprend la cartographie du trachome, les programmes qu'ils soient centralisés au niveau national ou décentralisés au niveau du district, doivent s'engager à appliquer la DMM pendant 3 à 5 ans. L'arrêt à mi-chemin ou bien une couverture trop faible pendant chaque cycle de DMM met en danger la réussite du programme dans son ensemble, ce qui conduit à retarder l'atteinte de l'objectif d'élimination.

Directives pour le traitement antibiotique du trachome



Il existe différentes approches de traitement pour la DMM contre trachome et des recherches sont en cours sur l'administration conjointe de Zithromax® avec d'autres médicaments pour les MTN. À l'origine, la DMM contre le trachome était un programme vertical. Les similitudes de stratégies de traitement et les chevauchements habituels avec les programmes MTN ont conduit à « intégrer » des composantes du programme afin d'économiser de l'argent, d'accélérer la montée en puissance des programmes et d'améliorer les taux de couverture. La combinaison d'activités pour le paludisme et le trachome en Ethiopie est un exemple d'« intégration » de programmes : pendant la MalTra le Zithromax® est distribué en même temps que le dépistage de la fièvre. Il est suivi par des tests de dépistage pour le paludisme et du traitement éventuellement nécessaire. De plus, l'éducation sanitaire et d'autres activités de prévention sont mises en œuvre au cours

d'une campagne d'une semaine. Pour le trachome, bien qu'il y ait des avantages importants à l'intégrer dans d'autres programmes de santé et MTN, il est important que tous les éléments de la stratégie CHANCE (autres que la composante A) soient mises en œuvre dans chaque zone endémique. Et ceci est une exigence du programme de donation de Pfizer.

La montée en puissance des activités CHANCE demande une approche systématique qui enchaîne une cartographie de la maladie, un planning national d'élimination du trachome (appelé Plan d'Action pour le Trachome ou PAT), une phase d'intervention, une phase de surveillance et une évaluation de l'élimination. Il est crucial d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la DMM contre le trachome si l'on veut réussir l'élimination du trachome cécitant au niveau mondial, national et des districts.

2. Directives pour une bonne pratique

La Boîte à Outils de la DMM contre le trachome suit l'approche « directives pour une bonne pratique » pour fournir aux programmes des informations utiles sur la DMM contre le trachome. Les nombreuses informations contenues dans le Guide du Gestionnaire de Programme d'ITI ont servi de base pour la rédaction de cette publication. Nous avons aussi demandé aux programmes existants quelle était leur approche concernant les questions spécifiques identifiées sur le terrain.

Une bonne pratique se définit généralement comme « une technique ou une méthodologie dont la recherche et l'expérience ont montré qu'elle était fiable pour atteindre un résultat escompté. » Dans le cadre de la lutte contre le trachome, on pourrait la définir aussi comme « la connaissance de ce qui fonctionne dans des contextes et situations spécifiques pour parvenir à une couverture importante de DMM. » Nous avons inclus dans la Boîte à Outils ce que le terrain nous a enseigné. Le travail sur le terrain est décrit dans la section suivante.

L'OMS/AFRO (Bureau régional pour l'Afrique) a préparé des procédures permettant d'identifier et de documenter les bonnes pratiques. 7 Ceci demande un examen de la connaissance scientifique actuelle sur la DMM contre le trachome et de la recherche sur le terrain. L'avis des experts est aussi important. Parmi les critères utilisés pour définir les bonnes pratiques, deux sont particulièrement importants : l'efficacité (la pratique fonctionne et obtient des résultats

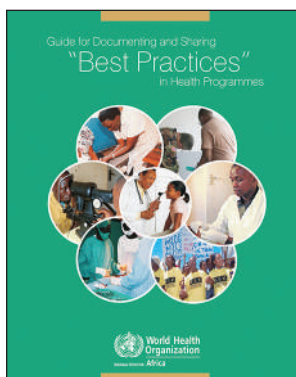
mesurables) et l'efficience (la pratique obtient des résultats avec un niveau raisonnable de ressources et de temps).

2.1 DMM pour le projet trachome

Soutenu par l'Initiative Internationale contre le Trachome (ITI), le Centre d'Ophtalmologie Communautaire du Kilimandjaro (KCCO) a été un partenaire-clé pour la réalisation du projet ayant permis le développement de la Boîte à Outils. Un groupe de travail d'experts en DMM a guidé le travail pendant toute la durée du projet.

La première étape a consisté à lire tout ce qui a été publié sur la distribution massive de médicaments, sans se focaliser sur une MTN particulière. L'examen des publications a révélé une quantité impressionnante de leçons apprises à partir du modèle de distribution à base communautaire utilisé dans la lutte contre l'onchocercose. Par contre nous n'avons obtenu que peu d'informations sur les programmes de DMM qui se basaient sur les travailleurs de la santé ou d'autres intervenants pour les activités de DMM. Les informations disponibles ont été utilisées au cours de la phase de travail suivante.

On a demandé aux coordonnateurs nationaux (coordonnateurs des MTN ou coordonnateurs de la prévention de la cécité) de remplir un formulaire standardisé pour en savoir un peu plus sur les stratégies spécifiques présentement utilisées pour la DMM contre le trachome. Au moment du recueil des données (2011) le plus gros du travail sur le trachome était fait par des unités de prévention de la cécité et était de nature verticale. De nombreux pays démarraient à peine leurs programmes de DMM et étaient incapables de parler des spécificités du programme. L'enquête a révélé que la gestion, le soutien et les partenariats étaient extrêmement hétérogènes entre les pays et même à l'intérieur des pays eux-mêmes. Pour autant, les pays ont montré une véritable volonté d'obtenir davantage d'informations leur permettant de s'assurer que leurs programmes de DMM étaient efficaces et efficaces.



Critères des « bonnes pratiques » de l'OMS:

- Efficacité
- Efficience
- Pertinence
- Intégrité éthique
- Durabilité
- Reproductibilité
- Implication des partenaires
- Implication de la Communauté
- Engagement politique

Une série d'études de cas sur le terrain ont été menées dans un certain nombre de pays pour relever « ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ? » Les études de cas ont suivi un format issu des deux premières étapes et de discussions avec le groupe de travail. Bien que ces études de cas aient donné des détails sur de nombreuses pratiques spécifiques au contexte, le but général était d'identifier les pratiques pouvant s'appliquer à tous les programmes. Nous les appelons « pratiques de plus haut niveau ». Il ne s'agit pas de mettre en doute la valeur des pratiques spécifiques appliquées pays par pays et même district par district, les années de travail sur les programmes nous ont appris cela, mais plutôt de proposer à ceux qui planifient et mettent en œuvre les DMM des approches possibles permettant d'améliorer les DMM. Les études de cas ont permis de dresser une liste de bonnes pratiques examinée par un groupe d'experts qui s'est réuni au KCCO International au Cap en Afrique du Sud en octobre 2012. Cette consultation (et les réunions de suivi avec un plus petit groupe de rédacteurs) a permis d'affiner les bonnes pratiques que nous présentons dans cette Boîte à Outils de la DMM contre le trachome.

Le processus de réflexion et d'affinage se poursuivra au fur et à mesure que de nouvelles technologies verront le jour, qu'une nouvelle gestion de programme sera entreprise et que de nouveaux enseignements seront publiés. Par conséquent ce document doit être vu comme un « document vivant ».

2.2 Directives pour des bonnes pratiques de la DMM contre le trachome

Les directives pour des bonnes pratiques de la DMM contre le trachome sont le reflet de la situation actuelle de la DMM. Les programmes arrivent à leur fin, les situations changent et des enseignements en sont tirés. En ce sens, les bonnes pratiques décrites dans les sections suivantes de ce document ne doivent pas être considérées comme rigides. Il est clair que les bonnes pratiques seront revues à mesure que les programmes arriveront à échéance.



Ces bonnes pratiques concernent des questions dont les programmes de lutte contre le trachome doivent tenir compte. Les questions et les problèmes auxquels les programmes nationaux doivent faire face, que ce soit au niveau national, du district ou du terrain, servent de fondement à chacune des bonnes pratiques que nous décrivons. Cette Boîte à Outils réunit les bonnes pratiques communes à toutes les situations. Bien qu'elles aient été élaborées pour le trachome, il est possible que de nombreux outils contenus dans ce document puissent s'appliquer à d'autres programmes de DMM pour les MTN.

Le plan de présentation des bonnes pratiques est structuré dans cette Boîte à Outils de la façon suivante :

- Le tableau des bonnes pratiques (présenté à la page suivante) a été fait par groupes de sujets. Sous chaque groupe de sujets se trouvent des titres courts qui résument les questions traitées. Ceci est fait pour aider le lecteur à localiser rapidement les questions spécifiques
- Pour chacun de ces titres, l'équipe de rédacteurs a noté les pratiques qui ont bien marché dans les programmes de DMM.
- Les zones de texte et les encadrés répondent aux objectifs suivants :
 - Diriger le lecteur vers d'autres références sur le sujet
 - Proposer une étude de cas
 - Dresser la liste des points importants.
- Si des informations utiles se trouvent dans un autre document, elles ne seront pas reproduites ici ; nous vous dirigerons alors vers ce document et les pages afférentes.

3. Coordination Nationale

3.1 Plan National d'Action contre le Trachome

Sujet : « Un homme qui ne prévoit pas trouvera des problèmes à sa porte » (Confucius) ou « Le manque de préparation vous prépare à l'échec » (Benjamin Franklin). En d'autres termes, tout pays où le trachome est endémique a besoin d'un plan pratique bien pensé dans le but d'éliminer le trachome cécitant.

L'élaboration du Plan National d'Action contre le Trachome (PAT) est essentielle pour établir un programme bien coordonné et efficace. Un PAT constitue une excellente plateforme pour décider des stratégies et des buts communs. Au cours des sessions de planification les participants partagent la même vision et se mobilisent pour la même mission et les mêmes objectifs. Le PAT est une feuille de route qui indique les chemins à suivre et les différentes étapes permettant d'atteindre l'objectif d'élimination du trachome à l'horizon de 2020.

Une planification reposant sur des faits avérés doit être appliquée lors de l'élaboration d'un PAT. En s'appuyant sur des données historiques et des

connaissances au niveau local, le PAT peut indiquer qu'il est nécessaire de faire une cartographie dans certaines parties du pays. La cartographie est un guide fondamental pour planifier et fixer les priorités d'un programme national de lutte contre le trachome. 10

Le PAT fait partie intégrante du plan directeur des MTN. Lors de l'élaboration du PAT, l'ensemble des données n'est pas forcément disponible. Les programmes peuvent commencer à travailler sur le PAT avec les informations dont ils disposent puis de le développer au fur et à mesure que les données arriveront.

Le PAT est également un instrument pratique pour recenser les ressources. Il indique clairement ce que font les partenaires pour la lutte contre le trachome et où ils le font. Le PAT comprend également un budget nécessaire pour mettre en œuvre efficacement la stratégie CHANCE. Enfin, le PAT peut défendre efficacement la cause de la lutte contre le trachome. Le résumé de synthèse permet aux non-professionnels de la santé (les dirigeants politiques et les décideurs) de comprendre la situation.

Le PAT est un plan écrit destiné à éliminer le trachome. Le PAT indique les différentes étapes menant à l'élimination, permet la promotion et facilite la coordination entre les parties prenantes. GET 2020 fournit les outils d'aide à la rédaction du PAT comprenant une présentation PowerPoint du manuel de rédaction du PAT, un document Word de modèle du PAT et un tableur Excel Outil des Données du PAT. Les sections du PAT comprennent :

1. Un résumé
2. Une introduction : description de la charge de la maladie, pathologie et histoire naturelle du trachome, activités de lutte, progrès vers l'élimination et utilisation du PAT
3. L'état actuel du trachome dans le pays : nombre de districts dont l'endémicité est confirmée, sommaire des interventions, soutien apporté par les différentes parties prenantes, acquis des interventions CHANCE et défis.
4. La voie vers l'élimination : quantification de la montée en puissance, facteurs-clé de réussite, stratégie de participation des parties prenantes, premières étapes et intégration d'un plan directeur pour la lutte contre les NTD
5. Les raisons d'agir
6. Annexes

L'Outil de Données du PAT fournit une aide à la rédaction du PAT. L'Outil de Données est un tableur comprenant des onglets couvrant tous les sujets ci-dessus et des tableaux comprenant des formules pré-remplies pour aider aux calculs.

La session de planification TAP pour le Kenya, que nous avons organisée en 2011, a été indispensable pour permettre au Kenya de disposer d'un plan de mise en œuvre bien conçu. Depuis, grâce à l'accord et au soutien plein et entier de l'État, au renforcement de la collaboration avec les ONG et à l'appui des donateurs en faveur du plan national d'éradication, le Kenya est en passe d'atteindre ses objectifs d'éradication du trachome.

- Dr. Michael Gichangi, Coordonnateur national des programmes portant sur les maladies oculaires, Kenya

3.2 Coordination au niveau national

Sujet : Le trachome n'est pas uniquement un problème sanitaire ; c'est un problème de développement. Sans une bonne coordination une grande partie du travail peut être perdue.

La stratégie CHANCE doit avoir une approche multisectorielle. Pour que le programme national de lutte contre le trachome fonctionne efficacement, la présence d'un Groupe de Travail National contre le Trachome (GTNCT) fonctionnant bien est nécessaire. Ce groupe doit inclure des membres gouvernementaux et non-gouvernementaux de secteurs tels que l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'éducation, l'agriculture, l'information (mass média), la santé et l'administration. En fonction de la situation locale et du poids des MTN, le GTNCT devra collaborer étroitement avec le programme contre les MTN. Le GTNCT doit avoir des termes de référence (TDR) clairement rédigés définissant les rôles et les responsabilités de chacun. Le GTNCT doit être mandaté pour déterminer la politique et procurer aux partenaires de mise en œuvre les directives de programme. Le GTNCT ne participe pas à la mise en œuvre.

Le Groupe de Travail national de lutte contre le Trachome est chargé de coordonner et d'intégrer les activités du PAT ainsi que la recherche opérationnelle, le partage des informations entre les parties prenantes et d'obtenir le soutien politique au plus haut niveau. Les membres du groupe de travail national comprennent des représentants :

- du Gouvernement
- des Organisations non-Gouvernementales
- des Donateurs
- des Institutions universitaires

Pour réussir, les Groupes de Travail doivent investir dans le renforcement du leadership, des partenariats, de la gestion et de l'engagement politique.

http://www.cehjournal.org/0953-6833/23/jceh_23_73_038.1.htm

3.3 Campagnes

Sujet : Il est pratiquement impossible de demander aux dirigeants politiques et administratifs de s'impliquer tout au long de l'année : l'approche par campagne est peut-être la meilleure solution.

La mise en œuvre efficace de la stratégie CHANCE demande une planification précise et des actions mettant en scène tous les secteurs de développement dans le périmètre du programme. S'il est vrai que des stratégies à long terme sont nécessaires pour les composantes Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement de la stratégie CHANCE, la gestion par campagne est plus pratique pour mettre en œuvre des plans sur plusieurs années. Vous pouvez convier les personnalités officielles locales à venir assister au lancement de la campagne annuelle DMM. Pensez aussi à inviter des dignitaires nationaux et internationaux importants aux cérémonies de lancement de DMM. De façon générale il est bon de convier les personnalités représentant les plus hauts niveaux de soutien politique aux campagnes de DMM. L'éducation et la mobilisation des communautés demandent une planification méticuleuse. Ce travail doit monter en puissance au cours des semaines



précédant la campagne et mobiliser les structures politiques et administratives à tous les niveaux.

3.4 Renouvellement fréquent du personnel

Sujet : le personnel des structures de soins de santé se renouvelle fréquemment à tous les niveaux ainsi que les dirigeants politiques, ce qui rend malaisé le suivi de la compréhension et de l'engagement pour ce qui concerne la lutte contre le trachome.

Obtenir le support politique demande des efforts sans fin et un investissement continu en temps et en argent. Un travail de promotion et de renforcement des capacités doit être effectué tous les ans en raison du renouvellement des personnes qui occupent les postes liés aux MTN et aux soins oculaires. Pour que la promotion et la sensibilisation soient plus efficaces et plus efficientes, créez une ligne budgétaire spécifique faisant partie des coûts récurrents de la DMM. Il est essentiel d'associer les médias à ce travail de promotion et de sensibilisation avant, pendant et après les campagnes de masse car c'est le moyen de toucher les nouveaux dirigeants politiques et administratifs.

3.5 Leadership de soutien proactif

Sujet : Le leadership de soutien proactif est un élément critique du succès de la DMM.

La nomination de leaders et de coordonnateurs compétents et hautement motivés aux niveaux national et régional est la première étape cruciale de l'élaboration d'un programme national de lutte contre le trachome. Les coordonnateurs doivent avoir toutes les qualités d'un bon leader : ils doivent être proactifs, coopératifs et innovants.

Les coordonnateurs contre le trachome (personne responsable de la coordination de la lutte contre le trachome au sein des Ministères de la Santé, soit pour les MTN ou les unités de prévention de la cécité) doivent être passionnés et être de bons communicateurs. Ils doivent pouvoir présenter leur point de vue de façon intelligible et s'efforcer de le faire partager par leurs collègues. Par-dessus tout, leur autorité doit reposer sur l'exemplarité, l'intégrité, la discipline et le sens de l'éthique. L'assurance, la magnanimité, l'humilité et la transparence sont parmi les qualités les plus importantes d'un coordonnateur de programme qualifié. L'échec n'est pas envisageable pour ces directeurs de programme.

Commencer petitement, agir rapidement et penser grand sont de bonnes façons de démarrer un programme de grande envergure. Les leaders passionnés ne sont satisfaits que lorsque l'objectif a été atteint (pour ce qui nous concerne, l'élimination du trachome cécitant). La montée en puissance et l'expansion du programme exige des leaders qu'ils délèguent la coordination et le leadership au personnel régional ou du district. Un bon leadership

Liste des qualités d'un bon leader

- Motivé
- Capable de prendre des initiatives
- Aidant ses collaborateurs
- Energique
- Communiquant efficace
- Passionné
- Confiant en soi
- Magnanime
- Humble
- Honnête

exige de conserver un bon niveau de promotion au niveau des gouvernements locaux pour s'assurer que les gestionnaires de la santé du district, les cercles administratifs et politiques respectifs, les gestionnaires de la stratégie CHANCE en général et des activités de DMM en particulier se sont réappropriés les buts du programme. Cela signifie que les administrateurs, au niveau du district, et leurs homologues sont responsables de la planification, du suivi et de l'évaluation du programme et qu'ils doivent être en contact avec les équipes sur le terrain dans chaque village pendant les campagnes de DMM.

3.6 Renforcement au niveau des districts

Sujet : L'inefficacité de la mise ne œuvre de la DMM au niveau du district met en danger la réussite du programme.

Les programmes nationaux doivent identifier, au niveau du district, une personne centrale capable d'acquérir, d'intégrer et de se servir des informations dont une planification a besoin, à long terme, au niveau du district. Ces personnes doivent ensuite prendre l'engagement et la ferme résolution d'identifier et de mettre en œuvre les objectifs et les activités du programme. De plus, ils doivent superviser et suivre les progrès au niveau local.

La première des priorités est de mettre en place et d'assurer la continuité des systèmes de communication et de retour d'information. Il arrive souvent que des approches innovantes prennent naissance sur le terrain. Il est important de pouvoir identifier ces innovations et de les tester ailleurs. 15 Ces « novateurs » méritent toute notre reconnaissance et tout doit être entrepris pour que ces innovations soient appliquées ou reproduites. Il faut donner à ces innovateurs de base la possibilité de faire part de leur expérience au cours de sessions de débriefing ou de réunions de concertation avec les personnes de plus haut niveau administratif, responsables de la formation et des plans d'action pour les années à venir. La consignation et la diffusion de ces pratiques est une bonne façon d'enrichir les programmes.



“Il n'est pas rare de voir des approches innovantes en provenance du terrain.”

Il est utile d'identifier au niveau national une personne-ressource chargée de communiquer les nouvelles orientations aux personnes importantes pour le district et les autres acteurs, ce qui est nécessaire compte tenu du renouvellement fréquent du personnel dans de nombreux endroits. Le renforcement continu des capacités doit être planifié, mis en œuvre et évalué.

Les programmes nationaux doivent identifier le niveau auquel les activités de micro-planning doivent faire l'objet d'une coordination. Cela dépend souvent de la structure du gouvernement et de la présence de personnes-ressource disposées à faciliter le processus de micro-planning. La mise en œuvre d'une DMM exige souvent la présence de milliers de participants et de millions de bénéficiaires. L'utilisation de tableaux MS Excel standardisés (voir matériel supplémentaire) aide à l'efficacité du micro-planning (logistique et budget). Les renforcements de capacité pour les micro-plannings doivent intégrer les standards internationaux / nationaux à la culture locale et à l'expérience acquise sur le terrain.

4. Intégrer le traitement médicamenteux de masse du trachome aux autres traitements médicamenteux préventifs des maladies tropicales négligées

L'intégration du traitement médicamenteux de masse (TMM) du trachome aux autres traitements médicamenteux préventifs (TMP) des maladies tropicales négligées (MTN) est une démarche relativement nouvelle dans bon nombre de pays : de nombreux programmes sont donc encore en phase initiale d'apprentissage. Au fil du temps, de nouvelles pratiques seront certainement privilégiées dans certains pays d'Afrique.

4.1 Distribution de médicaments par des DC dans le cadre d'un TMP des MTN

Sujet : Les différents TMP des MTN et les procédures complexes de distribution sont source de confusion pour les distributeurs communautaires (DC).

Dans de très nombreux cas, les DC sont la pierre angulaire de la prise en charge de l'onchocercose par TMM, et le fait de leur confier de nouvelles actions de TMP des MTN a entraîné des difficultés. Les DC ne bénéficient que d'une formation et d'une expérience limitées en matière de délivrance de prestations de santé, et ils n'ont que peu de temps à consacrer aux TMM. Un DC peut vraisemblablement assurer la prise en charge efficace de 100 à 200 personnes.

La plupart des autres dispositifs de TMP des MTN prévoient la délivrance d'un traitement à certains sous-groupes de la population uniquement (par exemple, les écoliers) et il est donc possible que, dans un district doté de plusieurs programmes de distribution, la prise en charge de certains sous-groupes soit assurée par des dispensateurs autres que les DC, tels que les enseignants. En ayant recours à des procédures complexes de distributeurs pour le TMM du trachome, par exemple par les enseignants pour les enfants scolarisés, par les DC pour les autres membres de la communauté et par les agents de santé dans les centres de santé pour les personnes séropositives, on prend le risque de ne disposer que d'informations et d'une couverture partielles. Le maintien de procédures de distribution simples peut avoir une certaine incidence en matière d'intégration, mais s'avérer toutefois nécessaire pour conserver une couverture suffisante.

Le délai d'une semaine à respecter entre la distribution d'un TMP du trachome et d'un TMP des autres MTN peut provoquer une confusion importante, ainsi que l'épuisement des DC. Le fait de proposer une formation spécifique au TMM du trachome, dès les premières phases de la mise en œuvre du programme et avant la distribution prévue, permet de limiter le risque de confusion et l'éventualité d'une mauvaise délivrance

du TMM, tout en améliorant le niveau de couverture. Avec le temps et l'expérience, il sera possible d'intégrer un volet « formation ». Que celle-ci soit intégrée ou proposée séparément, il est indispensable que la distribution commence juste après, ce qui suppose que tous les médicaments soient disponibles avant même le début de la formation. Le fait que l'ensemble des médicaments du TMP soient disponibles au même moment ne signifie pas qu'ils doivent être distribués aux DC en même temps. Il est important que le Zithromax® et la tétracycline soient fournis aux DC séparément.

Le point commun à tous les aspects d'un TMP des MTN est le degré important de supervision nécessaire afin de s'assurer que les DC remplissent correctement l'ensemble de leurs fonctions.

Le taux d'abandon des DC est relativement important dans tous les programmes qui ont recours à ce type d'agents, y compris les TMM intégrés. Il existe pour le moment peu de publications sur l'ampleur de ces départs ou sur les moyens permettant d'y remédier. Par ailleurs, certaines approches permettent d'améliorer la qualité du travail des DC (et de réduire ainsi le nombre de départs). La communication et le plaidoyer auprès des chefs de village est essentielle pour gagner leur confiance ainsi que le soutien des membres de la communauté et identifier les DC les plus connus et les plus dignes de confiance. Un tel engagement de la part des chefs de village représente un véritable investissement. Dans de nombreux cas, ils peuvent être responsables du stockage des médicaments, de la mobilisation communautaire et de l'amélioration de la redevabilité des DC vis-à-vis du programme.

4.2 Coordination du TMM pour le TMP des MTN

Sujet : La coordination de différents TMP des MTN peut être complexe.

La coordination de différents TMP des MTN peut être complexe. Il existe en effet une très grande diversité de groupes cibles, de stratégies globales (visant par exemple la prévention ou la réduction de la morbidité), de méthodes d'établissement de rapports et souvent, d'historiques de programmes. Le cas échéant, les différents coordonnateurs de pathologie apportent leurs propres expériences et attentes. Un dispositif de coordination solide doit être en place depuis l'échelon national jusqu'à la région/l'État fédéré et le district afin de résoudre les problèmes qui se posent. Si l'un de ces niveaux n'est pas pris en compte, la coordination en est affaiblie et la supervision inadaptée. À l'exception des petits pays et/ou programmes de petite échelle, l'expérience démontre que le fait de passer directement de l'échelon national à celui du district peut conduire à des insuffisances importantes en matière de supervision et de prise en charge. Les missions et responsabilités de chacun des niveaux et leurs interactions doivent faire l'objet de descriptions précises et d'un suivi rigoureux. À l'échelle régionale ou des États fédérés, il est utile d'identifier un coordonnateur général. L'équipe est constituée de l'ensemble des coordonnateurs MTN par pathologie, et la planification et la préparation du budget sont effectuées collectivement.

Les mécanismes de coordination doivent évoluer au fil du temps. Dans les premières phases de la

mise en place de programmes intégrés de TMM, la supervision et les structures de coordination doivent être renforcées : cette démarche, certes plus coûteuse, permet toutefois au programme de partir sur de bonnes bases de travail. Au fil du temps et de l'acquisition des compétences et des expériences, la coordination peut être assouplie. Les responsables du programme doivent impérativement être conscients des éventuelles lacunes en matière de coordination et capables de reconnaître le moment où le programme est suffisamment solide pour passer d'une approche centralisée à une approche plus décentralisée. Tous les districts et régions ne seront pas forcément prêts au même moment, et la supervision devra alors être plus ciblée.

La coordination du TMM pour le TMP des MTN a évolué différemment selon les pays et il n'existe pas de « modèle optimal ». Dans certains cas, le degré de coordination auquel on parvient à l'échelle nationale dépend des personnes. Le renforcement des compétences de gestion et de leadership à l'échelle nationale permet d'améliorer la coordination. Dans la plupart des pays, le TMM du trachome a été intégré récemment au dispositif de TMP des MTN, et cela présente à la fois des avantages et un défi pour la prise en charge de cette pathologie. Le fait de s'appuyer progressivement sur les programmes existants de TMM pour les autres MTN permet de renforcer le dispositif et de progresser. Cela dit, si l'on essaie de calquer le TMM du trachome sur les autres modèles de TMP des MTN, on risque de perdre de vue le caractère unique de la lutte contre le trachome, ce qui peut conduire à des défaillances du système : renforcer la coordination à tous les niveaux est donc un élément clé de réussite

Les primes sont indispensables pour que les DC responsables de plusieurs actions de TMM assurent un travail de qualité. Lorsque les primes sont versées par le programme, elles présentent généralement les caractéristiques suivantes :

- Leur versement n'a lieu qu'après la distribution du TMM ;
- Il est assujéti à la transmission de rapports ; et
- Il dépend du taux de couverture atteint (80 % ou plus). Rappelons qu'une supervision ou un suivi sont nécessaires pour s'assurer que les données de couverture n'ont pas été falsifiées.

Lorsque les primes ne sont pas versées par le programme, elles présentent généralement les caractéristiques suivantes :

- Les responsables communautaires animent le débat autour du montant des primes que la communauté juge acceptable de verser ;
- Ils assurent une certaine supervision des DC ; et
- Ils mènent des actions de promotion du dispositif au sein de la communauté.

4.3 Caractéristiques particulières du TMM du trachome dans le cadre du TMP des MTN

Sujet : Certains médicaments destinés au TMP des MTN peuvent être administrés simultanément, mais un délai d'une semaine entre la distribution de ces traitements et la délivrance du Zithromax® est nécessaire.

Il est plus simple d'intégrer les activités lorsqu'elles sont similaires en matière de dispositifs de dispensation, de systèmes d'enregistrement et de communication des informations et de programmes de formation. Malgré de nombreuses similitudes entre les dispositifs nécessaires au TMM de l'ensemble des TMP des MTN, il existe des différences qui, si elles ne sont pas prises en compte, risquent de se traduire par des résultats médiocres pour le programme. L'une des caractéristiques spécifiques du TMM du trachome est le délai obligatoire d'une semaine entre celui-ci et le TMM des autres MTN. Dans la plupart des cas, il semble que le TMM dans le cadre des autres TMP des MTN soit délivré en premier, suivi une semaine plus tard par la délivrance du TMM du trachome. Parvenir à une couverture correcte n'est pas chose aisée : les DC souffrent « d'épuisement » et la supervision peut également se relâcher. Tout laxisme dans le dispositif peut se traduire par une couverture trop faible pour être acceptable. Il peut donc être nécessaire de revoir la formation des DC afin d'éviter cela. Ces agents ont en effet généralement besoin d'une formation ou d'un suivi complémentaires après la première administration d'un TMM contre d'autres MTN et avant la dispensation d'un traitement similaire contre le trachome. En outre, une supervision plus rapprochée risque d'être nécessaire pendant le TMM du trachome, afin d'éviter que des antibiotiques soient administrés « pour rien ».

Dans certains programmes intégrés de TMM, des registres sont ouverts par pathologie, alors que dans d'autres programmes, les registres sont communs à l'ensemble des pathologies. Dans ce cas, ils peuvent faire ressortir les autres MTN (concernant les enfants scolarisés, etc.) et ne pas être adaptés au TMM du trachome. Afin de trouver le bon équilibre en matière d'enregistrement, de transmission des données de couverture et de retour des médicaments, les responsables du programme doivent évaluer de façon critique les dispositifs de communication des informations de façon à éviter d'éventuelles défaillances dans la dispensation.

4.4 Livraison des médicaments

Sujet : Faire parvenir les médicaments jusqu'aux districts et jusqu'aux distributeurs sur une même période peut s'avérer difficile.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement n'est abordée que brièvement dans le présent manuel. Pourtant, il est essentiel de disposer d'une chaîne d'approvisionnement bien organisée si l'on souhaite mener à bien des actions de TMM. Dans de nombreux cas, des retards de livraison de médicaments ont mis en péril la réussite de ce type d'actions. Cela peut s'expliquer par un délai trop long entre la formation et la distribution effective et se traduire par une couverture faible. Les programmes de TMP des MTN doivent être dotés, à tous les niveaux, de plans de secours destinés à garantir la disponibilité des médicaments en temps utile pour procéder au TMM, en particulier les premières années (durant la phase d'apprentissage). Dans certains cas, ces plans de secours peuvent être nécessaires si le lieu de stockage des médicaments est trop éloigné du domicile du DC pour que celui-ci puisse aller les chercher dans un délai raisonnable. À mesure que les programmes mûrissent, l'importance des plans de secours diminue.

5. Communiquer et inspirer confiance

5.1 Plans de communication

Sujet : Le meilleur moyen d'éviter un problème de communication est de se préparer à en avoir un.

Un programme de communication doit être mis en place afin que le Ministre de la Santé et les autres ONG partenaires sachent clairement, après en être convenus, de quelle façon ils travailleront ensemble afin que leurs messages clairs, simples et cohérents sur le trachome touchent les populations-cibles. Ils doivent également convenir de stratégies spécifiques pour que les auditeurs entendent ces messages. Il doit aussi y avoir dans le plan une façon de faire taire la rumeur qui empêche les membres des communautés de participer aux DMM. Si des rumeurs ou des informations négatives surviennent il est important de prendre rapidement contact avec les médias sans pour autant être sur la défensive. Les bonnes relations que vous aurez établies avec les journalistes feront en sorte qu'ils vous appelleront avant de s'exprimer sur une « crise » ou bien ils vous écouteront plus attentivement si vous réagissez sur ce qu'ils auront écrit sur une crise. (Voir les études de cas D'Ouganda et du Malawi dans le matériel supplémentaire). Les trois éléments importants pour éviter une crise au sein du plan de communications sont des messages clairs, des porte-parole entraînés et les relations avec les médias.

5.2 Impliquer les médias

Issue: If you do not engage media early on, many misconceptions may become common.

Les médias constituent un des moyens d'atteindre le public que vous ciblez concernant le trachome, la stratégie CHANCE, le Zithromax® et la DMM : la presse locale, les émissions radio et internet. Une des stratégies de communication consiste à continuellement impliquer et sensibiliser les journalistes, les DJ de la radio, les présentateurs télé et les autres membres des médias. En établissant de bonnes relations avec les représentants des médias locaux qui parlent régulièrement de la santé ou avec les personnes qui s'intéressent au sujet, vous les préparez à faire passer de bonnes informations. Si vous prenez le temps de mieux connaître les journalistes et de vous entretenir avec eux régulièrement, et pas seulement lors d'une crise négative ou d'un événement positif tel que le lancement d'une DMM, alors ils seront en mesure de couvrir une situation de façon réfléchie et compétente lorsqu'un événement survient. Faites tout ce que vous pouvez pour donner aux journalistes des informations sur le trachome : comment il se transmet, comment il peut être évité et traité, et quel impact il a sur les communautés, particulièrement sur les femmes et les enfants. Parlez aussi de la DMM, des effets secondaires et comment ils peuvent être évités.

Éléments du plan de communication (qui doivent s'appuyer sur des recherches)

- Objectif de communication
- Public primaire et secondaire
- Profil psychosocial du public
- Objectifs SMART pour chaque public
- Concepts des messages
- Voies de communication
- Conception des supports
- Test des supports
- Mise en œuvre
- Suivi et évaluation

5.3 Compétences requises pour travailler avec les médias

Sujet : De nombreuses personnes au sein des Ministères de la Santé et des ONG partenaires sont peu habitués à travailler avec les médias.

Les médias et la sensibilisation à la promotion sont utiles aux porte-parole et aux représentants des Ministères de la Santé et des ONG partenaires qui sont fréquemment en contact avec les médias et/ou qui parlent au public par l'intermédiaire des médias.

Les interviews avec les médias peuvent être problématiques, et, bien souvent les médecins et les officiels de la santé doivent apprendre à répondre efficacement aux questions difficiles et à éviter d'employer le jargon scientifique que le public ne comprend pas. Les officiels de la santé peuvent apprendre à faire passer ce qu'ils ont à dire par des messages courts que les médias utiliseront dans leurs reportages. Dans certains endroits les médias ont été conviés à assister à des réunions de partenaires et d'intervenants nationaux contre les MTN, ce qui leur a permis de mieux comprendre le programme.



5.4 Réalités au niveau local

Sujet : L'utilisation des médias doit tenir compte du contexte.

Lors de la création et de la mise en œuvre d'un plan de communication il est important de déterminer avec exactitude qui est votre public et le meilleur moyen de le toucher. En outre, pour être sûr que le plan fonctionnera dans votre communauté, vous devez comprendre le contexte local dans lequel les médias évoluent. Dans certains endroits la radio (généralement les stations FM) est de loin le média le plus populaire et celui qui permet le mieux de diffuser les messages pédagogiques.

Dans d'autres zones, la télévision et la radio peuvent être un moyen d'informer différents groupes sur le but, l'endroit et les horaires d'une campagne de DMM. Les prospectus, les posters, les calendriers, les T-shirts et les casquettes sont autant de supports qui permettent de mobiliser les communautés.

Au cours d'une campagne, des messages d'éducation sanitaire sont souvent diffusés à l'aide de mégaphones, de crieurs de rue, ou par les congrégations religieuses dans les églises ou les mosquées.¹⁹ D'importants facteurs doivent être pris en compte lors du choix des supports médiatiques et des messages : le niveau d'alphabétisation de la communauté, les méthodes traditionnelles de transmission des messages, le niveau d'écoute de la radio et/ou de la télévision. Dans certains endroits où le niveau d'écoute de la radio est élevé et où la publicité n'est pas trop chère, l'utilisation de la bande FM peut être efficace. Les messages donnent une information sur la stratégie CHANCE, les effets secondaires des médicaments et les avantages du Zithromax®.

tude de cas : « Rumeurs autour d'un TMM » au Malawi

En septembre 2012, une radio du Malawi a diffusé un reportage selon lequel dix collégiennes se seraient évanouies après l'absorption de médicaments dans le cadre d'un TMM. Le reportage a rapidement été repris par le compte Twitter « Malawi Breaking News » et l'information, pourtant fausse, s'est répandue sur Internet.

Lorsque des rumeurs apparaissent autour d'un programme de TMM, toutes les parties prenantes doivent agir rapidement pour vérifier la véracité des faits, alerter leurs collaborateurs et partenaires, puis décider de la suite à donner dans les meilleurs délais afin de corriger d'éventuelles erreurs. Il ne faut pas laisser de fausses informations se répandre sans les contredire. Y répondre rapidement, de façon réfléchie et sans agressivité, est essentiel.

Dans cette affaire, toutes les mesures nécessaires ont été prises :

1. Dès que les services du coordonnateur national pour le trachome ont entendu le reportage à la radio, une équipe s'est rendue dans l'établissement concerné pour **vérifier les faits relatifs à l'affaire**. L'équipe s'est entretenue avec les 10 jeunes filles en question, qui étaient en fait en parfaite santé et ne présentaient aucun symptôme laissant penser qu'elles avaient eu un malaise. Elles ont déclaré s'être plaintes de vertiges, de maux de tête et de douleurs abdominales. Ces effets peuvent notamment se manifester lorsque l'on prend les médicaments à jeun, ce qui était le cas en l'occurrence.
2. Plutôt que de passer l'incident sous silence, les responsables du programme ont **pris les personnes concernées au sérieux** et les ont suivies pendant quelques jours afin de **surveiller toute évolution éventuelle**.
3. Il a été conseillé au chef d'établissement et aux élèves de consulter le coordonnateur national avant de répondre aux questions des médias, **afin de maîtriser les informations communiquées aux journalistes**.
4. ITI a repris cette information sur Twitter et adressé un courriel au coordonnateur national afin de vérifier ce qui s'était passé, de sorte que **l'ensemble des parties concernées soit au courant des faits** et puisse **diffuser la véritable information à tous**.
5. Le coordonnateur national a contacté le journaliste pour lui communiquer les faits relatifs à l'affaire et lui a demandé de les vérifier auprès des autorités avant la diffusion de toute autre information. Le coordonnateur a veillé à **adopter un ton neutre et à ne pas paraître agressif ou sur la défensive vis-à-vis du journaliste**, afin de susciter davantage d'intérêt et d'apporter une valeur informative supplémentaire.
6. L'information ne faisant pas grand bruit sur Twitter, il a été décidé de ne pas publier de nouveaux tweets afin d'**éviter d'attirer inutilement l'attention sur cette affaire**. Le réseau social a néanmoins été surveillé pour que, en cas de nouveaux tweets, **une personne disposant de l'ensemble des informations relatives à l'affaire puisse les diffuser par ce biais**.

5.5 Eléments probants devant guider la stratégie de communication

Sujet : Les stratégies de communication les plus efficaces reposent sur des éléments probants générés au niveau local.

La promotion de la DMM doit être un processus cyclique profitant des leçons apprises au cours des années précédentes afin de donner plus de force aux

futures campagnes. Les messages diffusés par les médias doivent parler directement des préoccupations locales et des problèmes identifiés lors des campagnes précédentes. Par exemple dans certaines communautés on croyait que le Zithromax® était une sorte de médicament pour le contrôle des naissances. La couverture peut être améliorée grâce à une meilleure sensibilisation et une meilleure promotion. Les équipes de planification doivent envoyer dans les zones où la

couverture est faible des messages ciblés qui parlent des préoccupations spécifiques de la communauté, que ce soit au sujet des obstacles qui empêchent les gens de se rendre aux DMM (temps de transport, coût ou autres obligations) ou des préoccupations sur la sûreté (effets secondaires, rumeurs...). Les organisateurs des DMM doivent faire l'éducation des chefs de village et des leaders religieux pour traiter ces problèmes. Les témoignages de personnes qui ont déjà pris le médicament peuvent s'avérer très efficace et il a été prouvé que la couverture augmente généralement d'une année sur l'autre à mesure que les gens sont au courant des avantages du Zithromax®. A la suite d'une campagne, plusieurs personnes ont fait savoir qu'elles « voient maintenant » et qu'elles « peuvent travailler aux champs. »

Essayez toujours d'apporter à votre public et aux médias des éléments probants et des expériences venues du terrain. Les histoires personnelles sont plus efficaces que les discours généraux. Racontez l'histoire de cette mère de trois enfants qui a trouvé le moyen de laver le visage de ses enfants avec de l'eau propre et ainsi éviter que leurs yeux ne s'infectent. Ou celle de cette grand-mère qui avait un trachome avancé et ne pouvait plus vendre son grain au marché ou s'occuper de ses petits enfants en raison de la douleur mais qui s'est fait opérer du TT et maintenant ne souffre plus et a une meilleure vue. Elle est redevenue un membre utile de sa famille et de la communauté.

C'est pourquoi il est important de rester régulièrement en contact avec les médias. En effet, les journalistes recherchent les histoires personnelles pour présenter le trachome de façon plus humaine. Essayez de les emmener voir une DMM de façon à ce qu'ils puissent parler aux gens qui prennent le médicament.

5.6 Investir dans la communication

Sujet : Investir du temps et de l'argent dans la communication et établir la confiance.

L'obtention du soutien politique demande beaucoup de temps et des efforts continus. Voyez cela comme un investissement car il peut mener les dirigeants des communautés à se prévaloir des résultats de la campagne. Les dirigeants des communautés qui ont été informés de l'importance de la DMM se sentent souvent responsables du succès de la campagne. Par exemple, un chef a réuni dans sa demeure les chefs de villages et leur a donné pour instructions de soutenir la campagne. Dans certaines zones, des leaders communautaires se sont mobilisés et ont participé à la distribution car il n'y avait pas assez de bénévoles. A l'inverse, si les leaders locaux ont une opinion négative d'une DMM, cela peut compromettre le succès de la campagne.

5.7 Approche par campagne

Sujet : Maintenir la communication tout au long de l'année peut être difficile et coûteux.

Les DMM faites par campagnes réduisent les frais et le temps passé avec les médias car le travail est concentré sur une courte période. Elles aident également à édifier et à maintenir un soutien politique. Une approche par lancement ne requiert la présence que des politiciens haut placés, des ONG et des principaux donateurs pour de courtes périodes de temps et est plus efficace lorsqu'il est fait par campagnes. Cela concentre aussi le travail de toutes les personnes responsables de la mobilisation et de la promotion. Enfin, l'approche par campagne permet de mieux gérer les plans de DMM pluriannuels. Pensez à faire participer les organismes et les leaders ayant une influence dans les communautés, les régions et les pays. Les plus hauts niveaux de la structure politique peuvent être en mesure de promouvoir les zones où la DMM n'est pas une priorité.

6. Micro-planification

6.1 Micro-planification pour l'efficacité et l'efficacité

Sujet : Pour que les programmes de DMM soient efficaces et efficaces il faut une micro-planification bien coordonnée au niveau de la mise en œuvre.

L'objectif principal d'un programme de DMM pour le trachome est de faire en sorte que la dose appropriée de Zithromax[®] ou de tétracycline en pommade ophtalmique soit administrée à chaque personne devant en bénéficier dans toutes les zones géographiques ciblées. La micro-planification est le plan détaillé qui fait que l'on est sûr que les bonnes quantités de médicaments appropriés et les autres matériels sont disponibles au bon endroit et au bon moment afin que tous les participants puissent bénéficier de la DMM. La fourniture d'une seule dose à un seul patient suppose des horaires précis, la commande et la distribution adéquate des fournitures, l'attribution des ressources (transport, carburant, indemnités journalières), la formation des distributeurs et des superviseurs, la mobilisation des communautés (membres, leaders et autorités sanitaires locales), des points de distribution coordonnés et une gestion fiable des médicaments, des fournitures, des ressources et des données de distribution. La micro-planification est un outil important que les programmes nationaux peuvent utiliser pour gérer ces détails.

La micro-planification est la structure stabilisante dans laquelle tous les éléments d'une DMM sont organisés, planifiés et gérés. Le micro-plan doit être suffisamment détaillé pour déterminer de façon générale comment une DMM doit être menée dans une période de temps



précise. Il est peut-être difficile de réunir les bonnes personnes et la bonne information pour élaborer un micro-plan, mais il est essentiel pour assurer le succès.

6.2 Fréquence de la micro-planification

Sujet : La micro-planification doit être réalisée tous les ans.

La micro-planification doit être faite tous les ans pour tenir compte des priorités stratégiques, de la prévalence de la maladie et des budgets et pour intégrer les enseignements de la DMM de l'année précédente. La micro-planification annuelle est essentielle, tant pour les programmes qui conduisent une DMM pour la première fois, que pour les programmes bien établis. Les premiers pourront se servir des pratiques recommandées dans ce document pour faciliter leur processus de planification avant de lancer leur première DMM. Les seconds peuvent s'inspirer de ces recommandations au cours des réunions de synthèse suivant une campagne de DMM et pour planifier la suivante.

Les données de couverture obtenues à partir des enquêtes précédentes souligneront les zones où le besoin se fait le plus sentir. Le fait de comprendre pourquoi la couverture a été si faible aidera à ajuster le plan. Les raisons peuvent être une mauvaise distribution des médicaments, une mauvaise tenue des registres, une faible participation des communautés, une insuffisance des ressources humaines affectées à la distribution ou un mauvais leadership au sein des équipes de distribution. Chacune de ces raisons g n rera une réponse différente de la part de l'équipe de micro-planification. Divers districts pourront avoir besoin de plus de sensibilisation, de supervision, de formation et/ou de médicaments. La micro-planification doit s'appuyer sur l'évaluation du processus de distribution, de la couverture en médicaments et des données recueillies lors de la précédente distribution. Un processus de micro-planification organique qui identifie et cible les faiblesses de la campagne doit permettre d'accroître la couverture année après année.

Le modèle ainsi conçu doit permettre au programme national d'établir :

- Le nombre de communautés au sein des districts pouvant prétendre à un TMM ;
- Le nombre de personnes que comptent ces communautés ;
- Le nombre de communautés devant être prises en charge par chaque équipe ;
- Le nombre d'équipes nécessaires par district pour prendre en charge l'ensemble des communautés ;
- Le nombre d'équipes par responsable ;
- Le nombre de responsables par district ;
- Le nombre de jours par district consacrés au TMM ;
- Les taux d'indemnités journalières par personne et par poste (formation et dispensation du TMM) ;
- Le nombre de véhicules nécessaires au transport des équipes et des responsables vers les différentes communautés d'un district ;
- La quantité de carburant/essence nécessaire par district pour assurer les transports ;
- Le nombre d'équipes et de responsables à regrouper en formation ;
- Le nombre de jours nécessaires pour mener à bien la formation de l'ensemble des équipes et des responsables ;
- Le nombre de nuitées devant être passées sur le terrain et lieux d'hébergement des équipes et responsables ;
- La quantité de fournitures à prévoir par équipe et par communauté (médicaments, stylos, formulaires, T-shirts, chapeaux, etc.) ;
- La quantité de fournitures nécessaires par session de formation (stylos, supports papier, repas) ;

6.3 Outils standardisés pour la micro-planification

Sujet : L'utilisation d'outils standardisés pour la micro-planification accroît l'efficacité et l'efficience.

Les tableurs informatiques et les autres outils utilisés chaque année peuvent aider à la micro-planification. Ces outils varient d'un programme à l'autre et comportent généralement des tableaux MS Excel de logistique et de budget. Les tableaux Excel peuvent comporter des formules qui calculent automatiquement le matériel et les consommables (instruments de mesure, tableaux de présentation, registres) en fonction du nombre d'équipes incluses dans la feuille de calculs. De la même façon, les indemnités journalières peuvent être automatiquement calculées en fonction du nombre d'équipes, de superviseurs, de districts et/ou de patients.

Pour gérer ces informations les outils de micro-planification peuvent être affinés pour subdiviser les items cités plus haut en tableaux de gestion des fournitures (incluant carburant, véhicules et médicaments pour achever la formation et la DMM), en tableaux de budget (items relatifs aux coûts par district/formation) et logistique (mise en place des fournitures, mouvements de véhicules, horaires des formations, distribution et provisionnement des fonds couvrant les indemnités journalières, le logement, le carburant). Des exemples d'informations utiles pour la micro-planification et les tableurs informatiques qui ont été utilisés dans le passé se trouvent dans la section des matériels supplémentaires.

http://ntdenvision.org/technical_areas/tool_for_integrated_planning_and_costing_tipac

Le TIPAC (logiciel de planification, d'élaboration budgétaire et de prévision) est un programme basé sur Microsoft Excel qui aide les utilisateurs à estimer avec précision les coûts et les besoins de financement des programmes de prise en charge des MTN, y compris l'ensemble des aspects relatifs au trachome. Le TIPAC spécifique aux MTN peut être associé à des microplans et budgets MTN nationaux existants afin de prévoir et de coordonner efficacement les ressources des programmes futurs. Le TIPAC ne se substitue pas au processus stratégique d'élaboration d'un plan d'action national ou d'un budget de programme. Toutefois, cet outil doit s'aligner étroitement avec ces documents et peut contribuer efficacement à une meilleure planification des ressources et à la révision des plans nationaux en vue de s'adapter aux contraintes budgétaires.

6.4 Participation des intervenants dans la planification

Sujet : Tous les intervenants concernés doivent participer à la micro-planification.

Une micro-planification réussie exige la participation de tous les intervenants concernés, y compris ceux qui connaissent le plan de lutte contre le trachome et le plan contre les MTN. Les officiels des Ministères de la Santé au niveau national, régional et du district, les organismes qui mettent en œuvre la stratégie CHANCE (pas seulement ceux qui mettent en œuvre la DMM), les personnels des centres de santé et les représentants des villages font partie des intervenants de la DMM. Lorsqu'un groupe de travail sur le trachome existe au niveau régional ou du district, il peut prendre en charge la micro-planification. Le groupe de travail doit demander aux autres partenaires concernés de se joindre à lui pendant ce

Matériel indispensable pour les équipes de distribution :

- Comprimés de Zithromax et sirop
- Tétracycline pommade ophtalmique
- Registres
- Papeterie
- Toises
- Matériel pédagogique pour l'éducation sanitaire
- Boîtes ou sacs pour porter le matériel
- Articles promotionnels : casquettes, tabliers ou T-shirts, et autres...

processus. Une telle coordination aide à la transparence et à la responsabilisation pour les activités et l'exécution budgétaire.

La composition de l'équipe chargée de l'élaboration de la micro-planification doit inclure les personnes disposant des informations de dernière minute sur le montant du budget, sur le matériel nécessaire pour les équipes de distribution, 25 sur les documents et les tableaux de la micro-planification précédente

et sur les documents décrivant la prévalence du trachome dans le district et sur la couverture des DMM précédentes.

La réussite de la micro-planification a pour résultat un renforcement des capacités de tous les partenaires participants dans la mesure où chacun acquiert des autres de nouvelles compétences et peut en comparer

les avantages. Les partenaires de mise en œuvre peuvent apporter leurs compétences de planificateurs pour renforcer les compétences en micro-planification qui pourraient être insuffisantes au niveau du district. Les superviseurs disent que les compétences de planification et de budgétisation qu'ils ont acquises au cours du processus de planification de DMM ont pu servir pour d'autres programmes sanitaires.

6.5 Transparence de la planification

Sujet : Puisque la micro-planification implique des discussions financières, la transparence doit être présente dans tous ses aspects.

La coordination et la transparence sont particulièrement importantes dans des activités ayant des implications budgétaires. Les comptes des organismes qui paient la DMM ainsi que le niveau de salaire des superviseurs et des distributeurs doivent être clairs pour tous les participants. La coordination et la transparence donnent l'assurance que les activités et les dépenses sont consignées aux niveaux appropriés et participent au succès de la campagne.

Pour obtenir de bons résultats, la micro-planification doit inclure:

- un calendrier réaliste
- des fournitures adéquates et distribuée de façon appropriée
- une formation efficace et des rôles et des responsabilités clairement définis pour chaque membre de l'équipe et chaque bénéficiaire
- une supervision de soutien
- une planification du paiement des indemnités acceptable
- une mobilisation communautaire complète
- une organisation des points de distribution correspondant au contexte local
- des rapports et une évaluation complets et concis

A chaque étape du processus de planification il faut se demander *pourquoi* le processus existe, *comment* il devra être appliqué et *qui* est responsable de s'assurer qu'il a été mené à bien.

Doivent apparaître dans le budget les indemnités journalières, le carburant, la papeterie, les boissons, le transport du Zithromax®, les coûts du chargement et du déchargement des médicaments, la location des véhicules, les salaires du personnel, etc.

6.6 Elaboration d'un calendrier

Sujet : Une utilisation efficace du temps équivaut à un bon usage des ressources financières.

Commencez la programmation d'une DMM par l'identification de la date à laquelle la distribution doit avoir lieu puis procédez en remontant le temps. Les dates doivent être établies pour le moment où chaque activité doit être achevée, ce qui inclue la commande des fournitures, la formation, la distribution des matériels, la mobilisation des communautés et le déploiement des équipes. Certaines de ces activités peuvent en fait avoir lieu 10 à 12 mois avant la campagne de DMM. Les chefs des communautés et les informateurs-clef doivent participer à l'élaboration du calendrier. En effet, ils peuvent dire à quel moment les habitants des villages seront disponibles en fonction des activités saisonnières, des impératifs religieux, des vacances, etc. Ils peuvent également identifier les meilleurs endroits pour la distribution et répondre aux questions des populations au nom du programme. Lors de l'élaboration d'un calendrier de DMM pensez au calendrier agricole, au climat, aux services sanitaires et aux autres activités de santé se déroulant dans la zone ciblée et rappelez-vous que cette période se répète tous les ans.

Conditionnement du Zithromax®	Suspension Orale Pédiatrique (SOP)	Flacon de 500 comprimés de 250mg
Nombre de traitements moyen par flacon	3	167
Nombre de flacons par carton	48	24
Nombre de cartons par palette	32	54
Dimensions du carton	36.5 x 28 x 22cm	36 x 24.2 x 16cm
Dimensions de la palette	80 x 120 x 92cm	80 x 120 x 100cm



Les micro-planificateurs doivent également déterminer combien de districts peuvent être couverts en même temps. Le nombre de districts programmés pour la DMM déterminera le nombre de superviseurs, de membres par équipe nécessaires pour la DMM. Certains programmes ont été capables de traiter plus de 9 millions de personnes dans 86 districts en une semaine en formant 4000 chefs d'équipe et 12 000 bénévoles. Plusieurs DMM menées de front peuvent faire gagner du temps mais traiter une zone géographiquement importante en une fois peut poser des problèmes de logistique.

6.7 Transport des médicaments

Sujet : Le transport des médicaments doit être limité : « chargé une fois et transporté une fois ».

Tous les points de distribution et le nombre de camions nécessaire pour transporter les médicaments vers les points de distribution doivent être identifiés par avance. Les micro-planificateurs devront connaître la taille et le contenu des boîtes de médicaments et la capacité des camions pour gérer les médicaments de telle sorte que le nombre correct de boîtes soit livré sur chaque site.

Les médicaments doivent être traités comme de l'argent liquide. Seuls les personnels autorisés doivent manipuler les médicaments et tous les mouvements entre individus ou organismes doivent être consignés. Le micro-plan doit spécifier :

- quand les inventaires doivent être faits et par qui
- qui est responsable des médicaments à chaque lieu de stockage

- qui est responsable de l'attribution des médicaments aux équipes
- qui peut distribuer les médicaments aux patients
- qui est responsable du retour des médicaments non utilisés et où ils doivent aller.

La quantité des autres matériels, dont les instruments de mesure (toises), journaux de bord, registres de communauté, boîtes, sacs, casquettes, T-shirts, formulaires d'enregistrement, mégaphones et matériel audio (si utilisé), doit être déterminée et commandée suffisamment à l'avance pour qu'ils soient distribués avant le déploiement. Le plan doit aussi préciser qui est chargé de la distribution des matériels avant la DMM et du ramassage du matériel à la fin de la DMM. Enfin, le plan doit préciser qui fera l'inventaire des fournitures restantes et où ces fournitures doivent être retournées et stockées. Il est très important que les instruments de mesure et les journaux de bord ne s'égarer pas car ils seront utiles les années suivantes.

6.8 Planification de la formation

Sujet : Les plans de formation doivent faire partie du processus global de micro-planification.

La formation, dont il sera question plus en détail dans le chapitre suivant, est une composante essentielle du micro-plan. Les plans de formation doivent se focaliser sur la quantité minimum d'informations dont

La formation doit être refaite chaque année et doit inclure :

- Les rôles et les responsabilités des membres;
- Comment les fournitures et les médicaments parviendront aux équipes ;
- Où la DMM commencera et aura lieu;
- Les objectifs journaliers et la couverture totale attendus
- Les plans de remplacement en cas de problème
- Le temps alloué aux exercices pratiques
- Comment effectuer la supervision (pour les superviseurs).

chaque membre d'équipe et chaque superviseur ont besoin pour avoir l'assurance que le travail sera fait correctement. Trop d'informations provoque l'ennui et trop peu ne permettra pas de faire le travail de façon adéquate. La formation en cascade fait coïncider la bonne information aux bons participants, sans donner à ceux-ci des informations dont ils n'ont pas besoin pour faire le travail. Lors de l'établissement du calendrier de formation il est important de déterminer la date butoir à laquelle une équipe doit être formée afin qu'elle puisse rejoindre le point de distribution à temps. S'en tenir à ce calendrier permettra à la DMM de commencer à temps.

6.9 Gestion de l'argent

Sujet : Pour éviter les conflits sur le terrain, ayez un plan très bien rédigé (et transparent) pour la gestion de l'argent.

Au cours d'une DMM, des centaines de personnes sont dispersées dans toutes les zones de la campagne et ce sont des gens qui consacrent des jours, voire des semaines, à la cause de la DMM. Au cours d'une campagne complète de DMM, des ressources importantes doivent être mobilisées pour que ces personnes soient indemnisées de façon juste et à temps. Il est du ressort de la micro-planification de faire en sorte que cet argent soit versé aux personnes qui le méritent. La micro-planification doit donner des détails sur la façon dont ces sommes d'argent seront transportées, gérées et versées aux distributeurs par les différents niveaux des superviseurs. Certains programmes choisissent de décentraliser la budgétisation au niveau des districts pour accélérer la planification. Quelle que soit la personne désignée pour distribuer l'argent, des automatismes régulateurs doivent être en place pour s'assurer que l'argent est distribué comme il se doit et tel que planifié. La responsabilité financière partagée entre plusieurs personnes assure la transparence et diminue les possibilités de détournement.

Gestion des paiements relatifs aux TMM

La gestion des paiements et de la comptabilité en ce qui concerne les indemnités journalières et autres dépenses de fonctionnement s'est avérée difficile, en particulier lorsque le TMM concerne des populations importantes sur plusieurs districts.

Dans un cas précis, en raison de restrictions logistiques et de la complexité des procédures administratives, le ministère de la Santé et les partenaires n'ont pas été en mesure d'assurer cette fonction. Ce point a été abordé en toute transparence lors d'une réunion de bilan post-TMM, avec l'ensemble des partenaires et des personnels de terrain, qui ont convenu de « sous-traiter » cet aspect. Plusieurs entreprises susceptibles d'assurer cette mission ont été proposées et contactées. Il leur a été demandé de faire une offre et des négociations se sont déroulées avec les entreprises les plus qualifiées. Un examen et une analyse approfondis ont permis d'identifier une entreprise de microfinance fiable, bénéficiant d'une organisation adaptée, d'une large couverture géographique et de solides références. Des frais de service raisonnables, à hauteur de 2,5 %, ont été convenus et un accord contractuel a pu être signé. L'accord est entré en vigueur en 2010 et est opérationnel depuis près de trois ans (par reconduction annuelle). Le dispositif fonctionne très bien et n'a pas rencontré de problèmes majeurs jusqu'à présent (à l'exception de difficultés pratiques mineures résolues sur le champ par le personnel administratif concerné).

6.10 Planification de l'organisation de la stratégie de distribution

Il n'y a pas une approche unique pour la distribution ; analysez le contexte local avant de décider de la stratégie qui convient.

Il y a différentes façons d'organiser les points de distribution et ils ont tous leurs avantages. Une attention particulière doit être portée à la disposition des concessions dans la communauté, aux pratiques de distribution précédentes et à la perception qu'ont les membres de la communauté de la distribution des médicaments. Des points de distribution centraux sont les plus efficaces pour toucher le plus grand nombre de personnes concentrées dans les zones rurales. La mobilisation par concessions touche plus de personnes dans les zones rurales ayant un habitat dispersé et cette méthode fonctionne bien également dans les zones urbaines. Une combinaison de ces deux méthodes peut également bien fonctionner dans les communautés dont l'habitat est à la fois concentré et dispersé. La méthode du porte à porte peut être efficace pour toucher les gens qui n'ont pas pu se rendre au point de distribution central.

6.11 Planification pour la détermination de la couverture

Sujet : La micro-planification doit déterminer comment la couverture sera calculée.

Le micro-plan doit mettre l'accent sur le fait que l'objectif de couverture est de 100% et qu'une couverture de 80% n'est pas acceptable. Le micro-plan doit expliquer à quelle fréquence les estimations de couverture seront calculées et révisées, comment les zones non couvertes seront traitées. Comme il a été établi plus haut, la couverture est définie comme le nombre de personnes traitées (soit par Zithromax®, soit par la tétracycline en pommade ophtalmique) divisé par le nombre total de résidents. Il est intéressant d'évaluer la couverture pendant la DMM pour avoir l'assurance que les équipes font bien leur travail, à savoir distribuer les médicaments aux bons groupes et à toutes les personnes qui résident dans la zone. Ces évaluations donnent un retour d'information aux équipes, ce qui permet de récompenser celles qui ont

un bon rendement et d'identifier celles qui ont besoin de conseils et/ou de soutien.

Les estimations finales de couverture sont importantes pour déterminer le taux de personnes traitées et pour identifier les zones où la couverture n'a pas été bonne et qui doivent faire l'objet d'une campagne supplémentaire ciblée ou programmées pour l'année suivante. Ceci demande probablement de procéder à une double vérification du chiffre des distributions enregistrées. Les rapports des enquêtes de suivi d'un programme indiquent que la couverture consignée est toujours supérieure à la couverture réelle. Il convient de faire attention aux évaluations de couverture car elles peuvent se révéler coûteuses en termes d'argent et de temps.

La micro-planification peut aussi établir clairement comment les registres des communautés et les journaux de bord seront organisés et conservés : par exemple mettre en commun les archives de chaque village et des unités administratives du sous district. La micro-planification donne des détails sur la façon dont les formulaires sont élaborés, imprimés, distribués aux équipes, recueillis et renvoyés aux bureaux respectifs.

6.12 Liaison entre la micro-planification et l'examen du programme post DMM

Sujet : Le rôle de la micro-planification sera renforcé si un examen du programme post DMM est conduit.

Les organisateurs de la campagne devraient prévoir une réunion de bilan du programme immédiatement après la fin de la DMM pour évaluer les résultats de la campagne et donner des recommandations pour la campagne de DMM de l'année suivante ou pour organiser des enquêtes d'impact. Cette réunion est également l'occasion de souligner les aspects du micro-plan qui doivent être améliorés l'année suivante. Comme il a été évoqué précédemment, la mesure de la couverture à partir des rapports des distributeurs fait partie des processus de planification et d'évaluation. La mesure de la couverture des DMM mettra en relief les zones où les stratégies de distribution ont bien marché et dont on peut s'inspirer et les zones ayant besoin d'une supervision et d'un soutien plus importants. L'organisation de réunions de bilan du programme post DMM au niveau du district et au niveau national aidera les participants à planifier plus efficacement le programme de l'année suivante.

Deux exemples de méthodes pour déterminer la couverture

Sondage de couverture 30 par 7. Cette méthode a d'abord été utilisée Programme Elargi de Vaccinations (PEV).

- Choisissez 30 grappes au hasard
- Choisissez un point de départ au hasard et interrogez 7 chefs de famille à la suite (ou d'autres membres du foyer) pour savoir s'ils ont reçu du Zithromax

Pour plus d'informations : http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/EPI_coverage_survey.pdf

Il existe d'autres méthodes moins pointues pour déterminer la couverture: par exemple, choisir des foyers au hasard et demander s'ils ont reçu le traitement et vérifier avec les registres.

Déroulement d'une réunion de bilan post-TMM

- a. Accueil et mot de bienvenue (10 min)
- b. Présentation du rapport de synthèse et des données de couverture de la campagne (30 min)
- c. Retour d'expérience de la meilleure équipe (chef d'équipe, administrateur, responsable) (1 h)
- d. Retour d'expérience de la moins bonne équipe (chef d'équipe, administrateur, responsable) (30 min)
- e. Questions relatives à la fourniture des produits nécessaires à la campagne (antibiotiques, formats), et supervision d'appui (30 min)
- f. Identification des difficultés rencontrées et des solutions mises en œuvre (30 min)
- g. Principaux enseignements, orientations futures et suggestions (30 min)
- h. Intervention de clôture (20 min)

7. Formation

7.1 Planification de la formation

Sujet : La formation doit être bien étudiée en avance et doit répondre aux besoins du programme.

La distribution sûre et efficace de Zithromax® exige que la formation soit bien planifiée de façon systématique et qu'elle réponde directement aux besoins du programme. L'élaboration d'un système de formation commence par l'identification des

tapes de la formation :

(la formation doit s'appuyer sur les principes d'apprentissage des adultes)

- Identifier les personnes à former
- tabler leurs connaissances actuelles et leur niveau de compétence
- Définir les objectifs
- Concevoir les activités et les supports nécessaires
- Assurer le suivi et l'évaluation

objectifs du programme, puis de définir quels rôles et responsabilités seront nécessaires pour atteindre ces objectifs. Vous devez également déterminer les compétences et les connaissances que devront avoir ces personnes pour mener leur tâche à bien, identifier les outils dont ils auront besoin pour ce faire et préciser comment s'effectuera la supervision à chaque niveau. Un bon système

de formation doit également faire en sorte que les éléments de motivation et d'incitation sont en place et doit identifier quel soutien organisationnel global sera nécessaire pour atteindre les objectifs. Tous ces facteurs sont essentiels pour la performance globale des distributeurs de médicaments et pour l'assurance que les médicaments sont administrés en toute sûreté.

7.2 Standardisation de la formation

Sujet : La standardisation de la formation améliore l'efficacité et l'efficience.

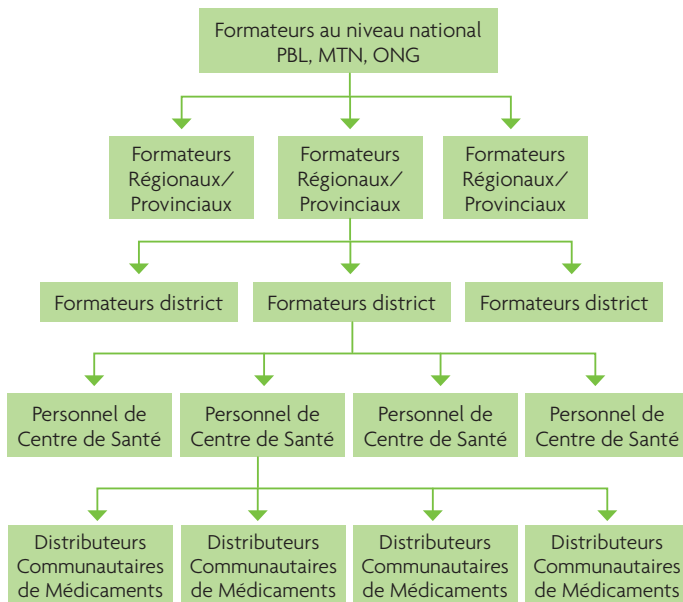
Le programme national de lutte contre le trachome et/ou le programme de lutte contre les MTN devrait adopter une méthode de formation standardisée pour les distributeurs de médicaments. En standardisant la méthode et en demandant à tous les participants d'y adhérer on diminue les risques de variations pouvant provoquer des erreurs lors de la distribution des médicaments. Des effets secondaires ou des incidents indésirables graves dus aux médicaments découlant d'erreurs faites pendant une campagne de distribution peuvent nuire à tout un programme, et rendre les communautés méfiantes à son égard. Par conséquent, il est crucial de standardiser la formation sur les effets secondaires des médicaments et les incidents indésirables graves qu'ils peuvent provoquer. La standardisation doit s'appliquer à l'ensemble du système et pas seulement à la formation.

7.3 Formation en cascade

Issue: Cascade training efforts are more likely to lead to consistent plans and messages from top to bottom.

Une formation pour un programme à l'échelle nationale ne peut se faire que par un système de cascade. Par ce système plusieurs niveaux de formateurs sont nécessaires pour toucher toutes les personnes devant recevoir une formation. Pour être efficace, un système de cascade demande un à deux niveaux de formateurs formés. Avant d'assurer la formation des distributeurs de médicaments, il est donc impératif que les formateurs acquièrent les compétences et connaissances nécessaires pour bien jouer leur rôle.

Formation en cascade



La supervision des systèmes de formation est très importante pour s'assurer de l'exactitude de l'information lors de son passage par les différents niveaux de la cascade. Les personnes qui connaissent le jeu du téléphone peuvent s'en servir pour montrer à quel point le contenu d'un message peut se modifier en passant d'une personne à l'autre. Une supervision est nécessaire pour éviter que cela se produise.

7.4 Compétences des formateurs

Sujet : Les formateurs doivent avoir les compétences pour enseigner.

La formation des formateurs est souvent négligée. Les formateurs sont souvent choisis pour leurs connaissances techniques mais sans considération pour leurs connaissances et leur expérience

Un bon formateur sait offrir des occasions variées et multiples d'apprentissage en tenant compte des différents styles d'apprentissage en fonction des personnes et se concentre sur les compétences demandées.

pédagogiques. En plus du côté technique, les formateurs doivent avoir au moins une connaissance de base des principes d'apprentissage des adultes et comment ces principes peuvent s'appliquer à la formation. Ces principes comprennent le respect vis-à-vis des apprenants et l'assurance d'un soutien pendant l'enseignement, l'apport de connaissances et de compétences en accord avec leur travail et le fait de reconnaître que les adultes apprennent mieux quand le contenu de l'enseignement a un rapport avec leur vie, leurs expériences et leurs besoins. La formation doit aussi comporter une part de connaissances pratiques car elle ne peut pas se contenter de l'écrit et de l'oral.

7.5 Formation des superviseurs

Sujet : La formation des superviseurs est aussi importante que celle des équipes de formation.

En plus de la formation des formateurs, un corps de superviseurs bien formés est nécessaire. Cette formation doit mettre l'accent sur le concept de supervision de soutien et oublier celui de supervision d'évaluation. Cette formation doit s'intéresser en premier lieu au soutien qui peut être apporté aux personnes et à leurs tâches de façon à améliorer leurs performances et de là, tout le programme. Les superviseurs manquent parfois des compétences managériales, techniques et de contrôle pour bien évaluer la qualité et offrir le soutien nécessaire à l'amélioration des programmes et à leurs résultats.



Les nouveaux types de supervision devront établir avec les équipes des rapports tenant compte d'une supervision de routine plutôt que des contrôles périodiques, permettant des retours d'information réguliers et minimisant l'aspect hiérarchique sur lequel reposent la plupart des systèmes de supervision.

Comme il a été dit, une personne a besoin des outils appropriés pour accomplir les tâches qu'on attend d'elle. Les check-lists de supervision, par exemple, non seulement aideront le superviseur, mais elles donneront au programme la possibilité de régler les problèmes. L'établissement d'un bon système de supervision demande un investissement en temps et en argent. Il a besoin de créativité et, pour ce faire, demande un changement culturel sur la vision de la supervision d'un programme.

7.6 Roulement du personnel et défections

Sujet : Tous les programmes de DMM connaissent un roulement de personnel important et des défections.

Le roulement du personnel et les défections sont des problèmes qui méritent l'attention. Cela se produit à tous les niveaux du système de santé. En raison du grand nombre de distributeurs communautaires nécessaires pour les programmes à base communautaire, c'est probablement parmi cette catégorie de travailleurs que le phénomène sera le plus ressenti. Pour enrayer les défections on peut mettre en place des mesures incitatives et des motivations. Au sein des programmes de lutte contre les MTN qui s'appuient largement sur le bénévolat des distributeurs dans les communautés, toutes les mesures incitatives sont annulées par d'autres programmes qui rémunèrent les services. Ce phénomène ouvre la porte à un marché que peu de gouvernements essaient de réglementer, ce qui désavantage de ce fait la lutte contre les MTN.

Indépendamment des raisons des défections, les programmes doivent compter sur une formation faite tous les ans. Le nombre de jours consacrés à la formation ne sera pas le même selon que les participants sont de nouveaux distributeurs ou ont déjà fait le travail. Comme la distribution de médicaments en toute sécurité est un objectif majeur et que la distribution de Zithromax® est intégrée dans d'autres programmes de lutte contre les maladies, une formation annuelle est conseillée pour éviter toute confusion.

Formation intégrée contre les MTN

Sujet : L'intégration de la lutte contre les MTN suppose une adaptation des programmes de formation .

Dans les programmes de lutte contre les MTN où différents lots de médicaments doivent être distribués par les mêmes distributeurs, des décisions doivent être prises concernant le calendrier de la formation. De nombreux programmes pensent que si le niveau d'éducation des distributeurs est relativement bas, leur capacité d'absorption des informations est limitée. Il faut donc proposer une formation pour chaque lot de médicaments avant de les distribuer, en accord avec le principe d'enseignement des adultes selon lequel plus rapidement une compétence est mise en œuvre, plus elle sera efficace. Effectuer une formation avant la distribution de chaque lot est une façon de réduire le risque d'erreur par les distributeurs concernant le nombre de comprimés donnés à chaque patient en fonction de sa taille. D'autres pays, à l'échéance de leurs programmes ont opté pour la formation de chaque lot de médicaments en une seule fois tandis que d'autres l'ont toujours fait. Une supervision de soutien et une évaluation rigoureuse sont essentielles pour avoir l'assurance que les compétences pour lesquelles les distributeurs ont été formés sont correctement appliquées.

8. Personnel

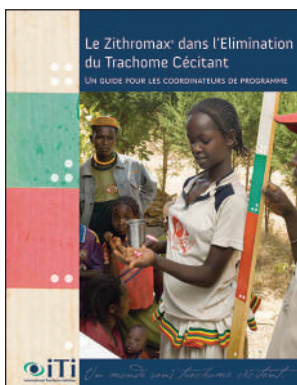
8.1 Rôles et responsabilités

Issue: Une DMM efficace et effective demande différentes personnes ayant différentes tâches.

Les programmes nationaux doivent s'appuyer sur un système d'équipes. Quelle que soit la catégorie de personnel faisant partie d'une DMM de Zithromax®, une bonne compréhension du rôle qui leur est imparti et des responsabilités qu'il entraîne sera essentielle pour la réussite du programme. Le personnel doit non seulement bien connaître son rôle, mais doit aussi connaître le rôle et les responsabilités des autres personnes impliquées dans le programme. Cela aide les équipes à réagir en cas de problème. Les superviseurs doivent être au courant des rôles et responsabilités car c'est souvent parce qu'ils ne le sont pas que la performance n'atteint pas son meilleur niveau.

Lors de la constitution des équipes, il faut avoir à l'esprit que le nombre de personnes variera en fonction de plusieurs facteurs : nombre de lots de médicaments, les tâches à accomplir, les variables géographiques (terrain, densité de la population), etc. Tout ceci doit être planifié et clairement communiqué au système de santé et au système éducatif si les enseignants sont mobilisés. En plus de leur rôle et

de leurs responsabilités, les équipes doivent avoir conscience de leurs objectifs et suivre leurs progrès pour les atteindre. Les objectifs doivent être fixés pour chaque jour dans le contexte des besoins globaux de couverture pour chaque zone impartie.



Le Guide du Gestionnaire de Programme d'ITI est un outil utile pour la planification du personnel axée sur les résultats.



8.2 Supervision de la DMM

Sujet : Une supervision molle n'aide pas à l'efficacité de la DMM.

La supervision est une partie importante du travail d'une équipe. Les superviseurs doivent également comprendre leur rôle et leurs responsabilités et doivent recevoir une formation. Leur principale préoccupation doit être de résoudre les problèmes. Les superviseurs sont essentiels à chaque niveau du système de santé et leur rôle de soutien doit faire partie de leur formation. Insister sur la supervision, ce qui n'est pas crucial pour de nombreux systèmes de santé, peut avoir une influence sur la force des systèmes de santé à long terme.

Le nombre de superviseurs par équipe est une décision qui doit être planifiée en tenant compte des différents niveaux des systèmes de santé (et d'éducation), de la date d'échéance du programme, de l'expérience des individus et des ressources disponibles tels que les moyens de transport etc. Les meilleures pratiques indiquent qu'un travailleur de la santé de première ligne peut parfaitement superviser 5 équipes de distributeurs choisis par leur communauté (DC) et qu'un superviseur au niveau du district peut s'occuper de 6 équipes de distributeurs. Toutefois l'élément-clé est d'évaluer la situation locale et de planifier de façon réaliste.

Pour ce qui concerne les équipes, les réunions de routine sont très utiles pour donner aux équipes et aux individus un retour d'informations, pour traiter les problèmes qui ont pu survenir depuis la dernière réunion et pour évaluer le résultat des mesures prises par le passé pour résoudre les problèmes. Les échanges que peuvent avoir entre eux les membres des équipes sur l'avancée de leur travail aident à l'instauration d'un bon travail d'équipe et de résultats positifs dans leur travail.

Tous les superviseurs doivent disposer d'outils tels que des check-lists de supervision. Ces listes, conçues spécialement pour les niveaux spécifiques de supervision, rappellent aux superviseurs les différentes tâches que les travailleurs de la santé doivent accomplir et permettent de vérifier que chaque tâche a été menée à bien.

8.3 Programmes d'Intervention Demandée par la Communauté (IDC)

Sujet : les programmes d'IDC ont des impératifs de personnel différents des autres programmes intégrant les travailleurs de la santé.

La plupart des programmes de DMM reposent largement sur les bénévoles des communautés, souvent appelés distributeurs choisis par leur communauté (DC). La sélection des DC est faite par la communauté et ceci est un aspect important de l'engagement et de l'adhésion de la communauté au programme. Les DC et les autres agents des communautés défendent la cause du programme et renforcent la communauté dans son rôle de participant principal. Ils constituent également un lien important avec le service de santé du gouvernement.

De façon idéale, les DC devraient refléter les données démographiques de la communauté. Bien que de nombreuses communautés soient homogènes, d'autres sont composées de différents groupes linguistiques, ethniques et religieux et pour que tous les membres participent au programme, les DC doivent être choisis en fonction de ces données. Le Programme Africain pour le Contrôle de l'Onchocercose (APOC) recommande un DC pour 150 membres d'une communauté, mais cela peut varier en fonction des considérations locales. Il faut avoir à l'esprit leur charge de travail et le fait qu'ils sont bénévoles et qu'ils ont des obligations au niveau de leur communauté et de leur foyer.

8.4 Mesures incitatives

Sujet : Le manque d'intérêt pour les mesures incitatives peut compromettre la réussite des programmes.

Fidéliser les DC est un problème auquel de nombreux programmes de DMM ont dû faire face. De nombreux pays se sont rendu compte que les DC voudraient des mesures incitatives autres que les T-shirts, les casquettes et autres « motivations » distribuées par les programmes. D'autres programmes de don de médicaments reconnaissant la valeur que les DC peuvent apporter à ces initiatives ont commencé la distribution de mesures incitatives en argent liquide. Cela crée un marché compétitif pour l'implication des DC et au bout du compte compromettra l'utilisation des bénévoles des communautés. Il faut également reconnaître que le bénévolat parmi les communautés varie considérablement en fonction des communautés et des cultures et que dans de nombreuses zones il faut s'attendre à un renouvellement important de distributeurs. Plusieurs programmes de lutte contre les MTN et ONG ont insisté auprès des responsables des Ministères de la Santé pour que soient mises en place des politiques nationales réglementant l'utilisation des DC afin de protéger un bien communautaire de valeur dont les communautés ont bénéficié en termes de santé au cours des années passées.

Les programmes nationaux devraient envisager, lorsqu'il y a lieu, des plans incitatifs ou des indemnités journalières négociés et déterminés par les gouvernements nationaux. Les mesures incitatives doivent être déterminées au niveau communautaire et non individuellement. Une harmonisation des politiques incitatives – et les mesures afférentes – est hautement souhaitable mais peut être difficile à mettre en place.

Les enseignements provenant des distributeurs de médicaments communautaires (DC) sont importants mais ils dépendent toutefois du contexte. Les travailleurs de santé communautaires, y compris les DC, jouent un rôle important pour mobiliser les communautés et inspirer la confiance. Leur rôle et leur engagement dans la DMM dépendent de plusieurs facteurs : s'ils seront payés en indemnité journalières, s'ils auront un emploi à plein temps, comment ils sont sélectionnés. S'ils sont contents de leur job et qu'ils sont récompensés de façon correcte (sous forme d'altruisme personnel, de mesures incitatives monétaires, de cadeaux à la communauté etc.) les DC peuvent contribuer largement à la réussite de la campagne. Les récompenses dépendent de l'organisme qui coordonne la DMM, des leaders communautaires et des membres des communautés eux-mêmes.

9. Interventions (activités de terrain)

9.1 Mobilisation immédiate de la communauté

Sujet : La mobilisation généralisée immédiate de la communauté est cruciale pour la réussite.

La mobilisation de la communauté est la première étape critique de la mise en œuvre d'une DMM. Lorsqu'une zone endémique a été identifiée, le programme doit faire participer activement la communauté aux étapes de planification des activités afin qu'elle se sente investie dans la réussite de la DMM.

Il peut arriver que les personnes soient peu motivées pour prendre le Zithromax® pendant le premier cycle de la DMM. Il est donc essentiel, avant le début des activités, de leur donner des informations appropriées. Une des façons d'y parvenir est d'informer les chefs et les membres influents des communautés sur le trachome et la stratégie CHANCE. Ces personnes doivent être consultées pour déterminer quel sera le meilleur moment pour procéder à la DMM et incitées à informer les membres de la communauté des avantages qu'il y a à participer à la DMM et aux autres composantes de la stratégie CHANCE. Leur leadership et leur coopération sont essentiels pour assurer le succès de la distribution.



9.2 Mobilisation de la communauté avant la DMM

Sujet : La mobilisation de la communauté une semaine en avance est d'une nature différente de la mobilisation immédiate.

Plus ou moins une semaine avant la campagne, la communauté doit être mobilisée de plusieurs manières. Des messages publicitaires ou des jingles en langage local diffusés sur les stations de radio locales peuvent s'avérer efficaces pour annoncer la date de la DMM et décrire les avantages de la prise de Zithromax® pour la prévention du trachome. En outre, les chefs religieux, les enseignants ou d'autres leaders d'opinion peuvent transmettre une information sur la DMM aux membres de leur communauté. Une attention particulière doit être portée aux groupes particulièrement marginalisés, à ceux qui vivent le plus loin des installations sanitaires et aux femmes. Il est recommandé que le travail de mobilisation de la communauté se fasse un peu avant le début de la campagne afin d'informer efficacement et à moindre coût.

En fin de compte, il appartient aux individus de décider s'ils veulent ou non participer à la DMM. Après avoir reçu des informations suffisantes sur le trachome et les avantages de la prise d'antibiotiques, les gens pourront prendre une décision réfléchie. En outre, la conduite d'une DMM pendant une période calme en dehors des saisons de plantations et de moissons permettra aux équipes de distribution de faire participer à la DMM les membres de la communauté pendant qu'ils en ont le temps.

9.3 Utilisation des éléments probants (qui ont contribué au succès de la mobilisation)

Sujet : L'utilisation des éléments probants à partir des activités des mobilisations précédentes aide à établir la planification du travail de mobilisation à venir.

Pendant et après chaque cycle de DMM il est important d'évaluer l'efficacité des stratégies et des supports utilisés pour mobiliser la communauté. Les activités de mobilisation ayant bien fonctionné doivent être consignées et utilisées au cours des formations à la DMM suivantes.

9.4 Registres de recensement

Sujet : Avant de démarrer une première DMM dans un district il est important de remplir les registres de recensement des communautés.

Les registres de recensement des communautés sont essentiels pour la planification de la DMM et pour mesurer la couverture. Un exemple se trouve en annexe. Le recensement communautaire est utilisé pour prévoir les besoins en antibiotiques et pour s'assurer de l'exactitude du taux de couverture du programme. Le registre doit être rempli plusieurs mois avant la DMM initiale afin d'obtenir un recensement exact pour chaque communauté. Ceci suppose d'établir une liste de tous les foyers de chaque communauté et d'attribuer un identifiant unique (nombre) pour chaque foyer. Un individu est listé en tant que chef de famille et tous les membres de sa famille sont listés sous son nom. L'âge et le sexe est noté pour chaque personne recensée.



Sujet : Les registres de recensement doivent être mis à jour tous les ans, avant la DMM.

La fréquence de mise à jour des registres dépend du contexte local, mais ils doivent être mis à jour au moins une fois par an, avant la DMM.

Les mises à jour sont généralement faites par les travailleurs de santé communautaire mais il est important que les superviseurs travaillent avec eux pour avoir l'assurance que les registres sont régulièrement mis à jour et que les données sont consignées avec exactitude. Les données du recensement doivent être utilisées pour planifier le nombre de traitements et le nombre d'équipes de distribution nécessaires pour la DMM. Notez que ces effectifs peuvent être différents des statistiques publiées au niveau national.

Les situations suivantes demandent une mise à jour du registre :

- Enfants nés depuis la dernière mise à jour du recensement
- femmes récemment mariées rejoignant une famille et venant d'un autre village
- Tous membres de la famille négligés depuis la dernière mise à jour du recensement
- Tous membres de la famille décédés depuis la dernière mise à jour du recensement
- Tous individus ayant intégré ou ayant quitté la communauté depuis la dernière mise à jour du recensement.

9.5 Utilisation des registres de recensement

Sujet : L'identification et l'enregistrement dans les registres de recensement peuvent s'avérer difficile pour les membres des communautés.

Partout où ce sera possible, les registres de recensement devront être utilisés pendant la DMM pour améliorer la couverture au niveau de la communauté. Pendant la DMM l'un des membres de l'équipe de distribution est chargé d'identifier chaque personne dans le registre et d'inscrire les traitements reçus devant le nom de celle-ci. Les gens peuvent être groupés par foyer et chaque foyer appelé pour gagner du temps à chercher le nom des personnes. Les superviseurs veilleront à ce que l'enregistrement du traitement ne soit inscrit dans le livre qu'après la prise effective du médicament. Dans de rares occasions l'utilisation des registres prend un tel temps que les gens s'en vont, ce qui compromet les objectifs de couverture. Dans ce cas il peut être bon d'utiliser une simple feuille de pointage pour inscrire les doses administrées. Une table des matières (avec le nom des foyers) au début du registre peut être utile.

Les relevés quotidiens de couverture permettent aux distributeurs de savoir s'ils ont atteint leurs objectifs de distribution et le registre de recensement permet à l'équipe d'effectuer un suivi des foyers ou des individus qui n'ont pas encore reçu le traitement pendant la DMM

A la fin de la DMM les superviseurs doivent immédiatement recueillir les registres de recensement pour additionner les nombres de personnes traitées et le nombre de flacons d'antibiotique restants.

9.6 Gestion des médicaments

Sujet : La préparation des dotations en médicaments et la gestion appropriée de celles-ci pendant la distribution facilite le travail de l'équipe.

Pour gagner du temps les jours de distribution, les équipes doivent préparer une quantité adéquate de suspension orale pédiatrique (SOP) mais pas plus d'un jour avant la DMM. Après l'addition d'eau à la poudre de la SOP, la solution doit être utilisée dans les 10 jours. S'il n'y a pas assez de sirop dans un flacon pour faire une dose complète, utilisez d'abord ce qui reste dans le flacon et complétez la dose avec un flacon neuf. Les flacons vides peuvent être rangés à l'envers dans la boîte pour savoir lesquels ont été utilisés.

Il est également important que les équipes de distribution travaillent conjointement avec les membres des communautés pour s'assurer que les personnes qui prennent les comprimés de Zithromax® disposent de verres et d'eau propre non seulement pour avaler les comprimés mais aussi pour préparer les flacons de SOP supplémentaires pendant la DMM.



Les verres et les flacons de SOP vides peuvent être conservés par l'équipe, recyclés, donnés à la communauté ou aux participants qui peuvent les réutiliser comme salières ou tout autre usage. Si les flacons sont laissés dans les villages, l'étiquette doit être effacée à l'aide d'un marqueur indélébile pour éviter les mauvaises utilisations.

L'expérience sur le terrain a identifié de bonnes pratiques pour la distribution des comprimés à partir des flacons de 500 comprimés. Il faut utiliser des petites cuillères étroites pour sortir les comprimés du flacon afin d'éviter de les faire tomber ou de les prendre avec les doigts. Chaque flacon doit être vidé avant d'en ouvrir un autre. Tout flacon entamé à la fin de la distribution doit être comptabilisé comme un demi-flacon sur les feuilles de pointage. Les comprimés ne doivent pas être mélangés dans un autre flacon car, en cas de rappel du produit en raison d'un problème quelconque du Zithromax®, chaque flacon contient des informations de fabrication spécifiques. Il faut noter que les flacons de comprimés ouverts ont la même date de péremption que les flacons fermés.



9.7 Observation du traitement

Sujet : La prise des traitements doit se faire sous observation directe.

Tous les traitements doivent être administrés sur le lieu de distribution, devant le distributeur. Les enfants de moins de 5 ans doivent être accompagnés par leurs parents ou par un adulte responsable. Bien que les enfants et leurs mères s'attendent à ce que le médicament ait mauvais goût, le Zithromax® a un goût agréable et sucré de cerise-vanille-banane que les enfants aiment beaucoup. Si l'enfant refuse le médicament, le parent peut lui en donner une goutte pour le lui faire goûter. La mère ou le distributeur ne doivent pas pincer le nez de l'enfant et verser la SOP dans sa bouche. Si l'enfant ne se calme pas, l'adulte doit le sortir de la file de traitement et l'emmener dans un endroit plus calme. Mais il doit rester près du site de distribution où il pourra être constaté qu'il a reçu le traitement.



9.8 Gestion du point de distribution

Sujet : Une bonne gestion de la distribution au niveau de la communauté peut éviter les erreurs de dosage et d'enregistrement.

Les équipes de distribution doivent s'assurer que l'environnement des points de distribution convient à la communauté et permet l'administration de la dose correcte ainsi qu'un enregistrement exact des données.

L'établissement de « stations » à l'intérieur d'un point de distribution permet de gérer au mieux le flux des personnes et ceci dans les meilleures conditions possibles pour les membres de l'équipe. Par exemple, il peut y avoir des stations pour l'éducation sanitaire, pour l'enregistrement et pour la détermination de la dose nécessaire. Quelques programmes ont découvert que le fait de dessiner une limite sur le sol (par exemple une ligne en pierres ou en branches d'arbre) et de demander aux membres de la communauté de ne pas la franchir avant d'avoir été appelé peut aider tout le monde à bien gérer une DMM. Le calme qui entoure les stations peut également être utile aux mères dont les enfants ne veulent pas prendre l'antibiotique. Disposer d'un espace où elles peuvent emmener leur enfant aide à réduire leur peur et les rend plus enclins à boire la SOP.

Les équipes de distribution peuvent également demander aux membres de la communauté de s'aligner par catégorie de genre et/ou d'âge pour faciliter l'arrivée au point de distribution. Par exemple: adulte/jeune adulte masculin, adulte/jeune adulte féminin, femmes avec des enfants en bas-âge/bébés, et enfants.

Il est important de respecter le temps des participants. Une des façons de le faire est d'appeler les familles une par une, en donnant la priorité aux familles avec des enfants et envoyer la personne représentant la famille chercher les autres membres du foyer.

9.9 Populations mobiles et vulnérables

Sujet : La DMM doit toucher toutes les personnes d'une zone donnée même si elles ne sont pas inscrites dans le livre de recensement.

Pour qu'une DMM soit réussie, les programmes nationaux doivent identifier, compter et assurer la distribution à toutes les populations mobiles et vulnérables dans les communautés endémiques. Par ce moyen les véritables besoins en médicaments peuvent être estimés. Il permet également au programme d'atteindre une couverture de 100% des communautés endémiques.

Certains groupes vivant dans des endroits provisoires sont difficiles à joindre et à enregistrer pendant la DMM. Par exemple les bergers et autres groupes nomades se déplacent souvent et l'endroit exact où ils se trouvent n'est pas toujours connu pendant la DMM. De même il existe d'autres groupes qui vivent dans des endroits provisoires tels que les prisonniers, les étudiants pensionnaires, les personnes déplacées internationalement, les soldats et les enfants des rues. Ces populations ne peuvent pas être inscrites dans les registres de recensement. Pour autant, il est important que les programmes nationaux identifient l'endroit où elles se trouvent parmi les communautés endémiques pour faire en sorte qu'elles fassent partie de la DMM.

Certaines personnes parmi ces populations sont particulièrement vulnérables à la maladie et, si elles ne sont pas traitées, peuvent infecter les autres lors de leur retour dans leurs communautés respectives.

Enfin, il est important de joindre toutes les personnes afin de commander un volume de médicaments précis et d'assurer une couverture complète. L'enregistrement du nom de toutes les personnes recevant le médicament, même si ce n'est pas sur le registre de recensement officiel, évitera aux équipes de faire deux fois le même travail.

9.10 Consignation des événements indésirables

Sujet : La consignation des événements indésirables est de la responsabilité des membres de l'équipe.

Le Zithromax® est bien toléré et provoque peu d'événements indésirables. Les communautés recevant le traitement doivent être informées que certaines personnes auront ces réactions. Les Événements Indésirables (EI) se définissent comme : tout événement médical indésirable chez un patient ayant reçu un médicament ou un dispositif médical.

Les Événements Indésirables Sévères (EIS) sont extrêmement rares, mais ils peuvent se produire ; ils doivent être traités immédiatement. On compte parmi les événements sévères les cas suivants : mort, pronostic vital engagé, hospitalisation du patient ou prolongation d'une hospitalisation existante, invalidité/incapacité, anomalie/malformation congénitale, cancer ou overdose (accidentelle ou intentionnelle). La personne doit alors être amenée dans un centre de soins pour y être soignée. Les EIS doivent être signalés immédiatement aux bureaux régionaux de Pfizer dont la liste se trouve dans le Protocole d'Accord passé entre ITI et le programme national.

Les membres des équipes doivent signaler tous les autres événements indésirables à Pfizer dans les 24 heures.

9.11 Traitement des cas de trichiasis et de cataracte

Sujet : Il se peut que les équipes de distribution soient confrontées à des cas de trichiasis et de cataracte. Ils doivent avoir un plan pour les gérer.

Des plans pour la prise en charge des cas de trichiasis, de cataracte, ou d'autres problèmes oculaires et aussi d'autres MTN ou de chirurgie doivent être prévus avant la DMM, et tous les distributeurs et superviseurs doivent les connaître. Si des personnes viennent à la distribution et présentent un cas de trichiasis et/ou de cataracte, on doit les informer des services prévus et leur nom, le village d'où ils viennent et un numéro de téléphone (si disponible) doivent être notés dans le registre pour le suivi.

9.12 Rapport et débriefing

Sujet : Le rapport et le débriefing à la fin de la DMM aide aux activités futures et donne l'occasion d'identifier les enseignements acquis.

Les débriefings après les DMM sont extrêmement utiles pour récupérer les différents matériels et équipements ayant servi lors de la DMM et donner aux équipes l'occasion de fournir d'importantes informations sur les points positifs et négatifs concernant la distribution. La réunion doit avoir lieu immédiatement après la DMM. Les bonnes pratiques identifiées au cours de la réunion doivent être ajoutées au manuel de formation pour les cycles de DMM suivants.

Membres et observateurs de la Coalition internationale de lutte contre le trachome au moment de la publication :

THE
CARTER CENTER



Conrad N. Hilton
FOUNDATION



envisiOⁿ



F.I. Proctor Foundation



**The Fred Hollows
Foundation**

www.hollows.org.au



**Helen Keller
INTERNATIONAL**





ICTC International Coalition
for Trachoma Control

www.trachomacoalition.org