

COMPTES RENDUS RÉCAPITULATIFS
DIXIÈME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE
TRACHOME

DE LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME À SON ÉLIMINATION

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Georgie
11 – 13 février 2009

Soutenu par :
La Fondation Conrad N. Hilton
La Fondation Internationale des Lions Clubs
Pfizer Inc

cnhf



COMPTES RENDUS RÉCAPITULATIFS

DIXIÈME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE TRACHOME

De la lutte contre le trachome à son élimination

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

**Atlanta, Georgie
11-13 février 2009**

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”

**Dixième Revue Annuelle des Programmes de Lutte
Contre le Trachome**



Le Centre Carter
Atlanta, Georgie

11-13 février 2009

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Sigles	ii
Résumé Analytique	iii
Programme de Lutte contre le Trachome en Ethiopie	1
Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana	8
Programme de Lutte contre le Trachome au Mali	12
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger	17
Programme de Lutte contre le Trachome au Nigeria	22
Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan et au Soudan du Sud	26
Tableaux Récapitulatifs et Graphes	
Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome	34
Tableau 2: Cibles annuelles des programmes de lutte contre le trachome 2009.....	35
Tableau 3: Récapitulatif des interventions cumulatives par pays, 1999-2008.....	36
Tableau 4: Récapitulatif des interventions par pays, janvier-décembre 2008.....	37
Fig. 1: Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, par pays.....	38
Fig. 2: Latrines familiales construites, par pays	39
Fig. 3: Distribution de l'azithromycine, par pays.....	40
Fig. 4: Personnes opérées du trichiasis, par pays.....	41
Fig. 5: Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, par année.....	42
Fig. 6: Latrines familiales construites, par année.....	43
Fig. 7: Distribution des antibiotiques, par année.....	44
Présentations Spéciales	
Les avantages secondaires de CHANCE.....	45
Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter	46
Mise à jour de l'étude Amélioration du Trachome dans le Nord de l'Amhara (TANA).....	48
Enquête de la prévalence élevée du trachome actif chez les adultes soudanais.....	50
Semaine de MALTRA.....	52
Etude sur la durabilité des moustiquaires en Ethiopie.....	54
Les études TTT : Le traitement du trichiasis trachomateux.....	55
Niger et Mali : De la lutte contre le trachome à son élimination.....	57
Trichiasis et genre.....	59
Enquête sur la couverture de la distribution en masse des antibiotiques.....	60
Manuel sur les femmes et le trachoma.....	61
Intensifier l'éducation sanitaire en Ethiopie.....	62
Lions Clubs de l'Ethiopie.....	64
Annexe I: La maladie	65
Annexe II: Ordre du jour	66
Annexe III: Liste des participants	69

REMERCIEMENTS

Le Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter souhaite remercier le soutien des donateurs suivants :

Sociétés :

Pfizer Inc
Metromark International Corporation
Boston Duck Tours, LP

Fondations et organisations:

The Arthur M. Blank Family Foundation
Bill & Melinda Gates Foundation
Bright Horizon Foundation
Community Foundation of Western
Massachusetts
Conrad N. Hilton Foundation
Delta Gamma Fraternity, Beta Theta Chapter
The Elfenworks Foundation
Alfred and Harriet Feinman Foundation
The Hamond Family Foundation
Hayes Foundation
John C. and Karyl Kay Hughes
Foundation
The John P. Hussman Foundation, Inc.
Illinois Tool Works Foundation
Jaffe Family Foundation
La Canada Kiwanis Foundation
Lions Clubs International Foundation
Lions Clubs of New Glarus
London School of Hygiene and Tropical
Medicine
National Democratic Institute for
International Affairs
Newpeak Foundation
The New York Eye and Ear Infirmary
Palm Beach Prayer Team Ministries, Inc.
Preston High School
Francis I. Proctor Foundation
Rock Paper Scissors Foundation
Saint Alban's of Bexley Episcopal Church
The Stahl Family Foundation
UNICEF
West Islip Public School

Individus :

Edward E. Altemus
Charles et Deborah Austin
Simon Baker
Lisette Bauersachs
Richard C. Blum
Carol A. Crotty
John A. Davidson
Randy Davila
Philip and Marla Doss
Stanley et Wendy Drezek
Robert Earnest
Peter A. Gallett
David Gannon
Donal Grogan
C. Grogan
Stephen Haggerty
Kathleen Hayes et Stephen Updegrave
Robert and Sally Huxley
Morton P. Hyman
Lee Kottke
Delmar Krehbiel
Bonnie Mason
A. K. Matsumoto
Kurt F. Miller
Robert Moore
John J. Moores
William H. Overby
Sueann Pugh
Greg Randolph
John E. Ryan
Walter et Tracy Schier
Lalit et Veneta Shahani
Robert et Carol Shurman
Virginia O. Skinner
Alan W. Solway
Frank et Betty Sterle
Allan Taylor
Ruth D. Wagoner
Donald R. Willingham
Kerri Wingert
Norman Wingert

Et à de nombreux autres, notre sincère reconnaissance.

SIGLES

ADN	Acide désoxyribonucléique
BFI/T	But final d'intervention/traitement
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Comité de développement villageois
CHANCE	Chirurgie, Antibiotique, Nettoyage du Visage, Changement Environnemental
CSP	Centres de santé publique
CWSA	Community Water and Sanitation Agency (Ghana)
EMCF	Fondation Edna McConnell Clark
ERT	Evaluation rapide du trachome
GDF	Groupe de discussions focalisées
GOS	Gouvernement du Soudan
GOSS	Gouvernement du Soudan du Sud
GTM	Garbet Tehadisso Mahber
HKI	Helen Keller International
IEC	Information, éducation, communication
IMRF	International Medical Relief Fund
ITI	International Trachoma Initiative (Initiative internationale du trachome)
LCIF	Lions Clubs International Foundation (Fondation Internationale des Lions Clubs)
LGA	Local Government Area (Collectivité locale au Nigeria, analogue à un district)
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MALTRA	Malaria and trachoma (le paludisme et le trachome)
MDII	Moustiquaire durable imprégnée aux insecticides
MITHOSATH	Mission to Save the Helpless (Nigeria)
MTN	Maladie tropicale négligée
NPPB	Programme nationale de prévention de la cécité)
NR	Northern Region (Ghana)
OAT	Objectif annuel de traitement
OLS	Operation Lifeline Soudan
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNLCC	Programme national de lutte contre la cécité
RUWATSAN	Rural Water and Sanitation (Eau et Sanitation Rurale)
SF	SightFirst
TANA	Amélioration du Trachome dans le Nord de l'Amhara
TF	Trachome folliculaire/inflammatoire
TI	Trachome inflammatoire/intense
TPHA	Transformation participative hygiène et assainissement
TT	Trichiasis trachomateux
UNICEF	United Nations Children's Fund (Le Fond des Nations Unies d'Enfance)
UWR	Upper West Region (Ghana)
WAWI	West African Water Initiative (Initiative d'approvisionnement en eau de l'Afrique de l'Ouest)
WVI	World Vision International

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

De la lutte contre le trachome à son élimination

La dixième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome s'est tenue du 11 au 13 février 2009 au Centre Carter. Outre les sept programmes recevant une assistance du Centre Carter, sont venus se joindre à nous nos donateurs et partenaires des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, International Trachoma Initiative, Helen Keller International, Johns Hopkins University, Research Triangle Institute, The Task Force for Global Health, World Vision, la Fondation Internationale des Lions Clubs, la Fondation Conrad N. Hilton, et Pfizer Inc. Fidèles au thème « **de la lutte contre le trachome à son élimination** », les présentations se sont penchées sur les progrès faits en vue d'atteindre les buts de l'élimination.

A l'instar des années précédentes, la revue des programmes avait pour objet d'évaluer l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre le trachome, de faire ressortir les défis rencontrés au niveau de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, de discuter des solutions, de partager les expériences et d'encourager le partage et l'uniformité de l'information. Les discussions tenues pendant la revue annuelle sont spécifiques aux pays présents mais leurs effets sont mondiales. Autant d'accomplissements, de défis à relever, de solutions et de leçons retenues qui continuent à guider l'évolution de l'Alliance GET 2020.

Ces comptes rendus reflètent les pensées, discussions et propositions faites lors de la dixième Revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome. De telles réunions représentent en effet un forum unique pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, le personnel du Centre Carter et les partenaires qui peuvent ainsi travailler face à face pour passer en revue les accomplissements et poser les fondements pour l'avenir. Ce groupe, représentant neuf programmes nationaux, est la première et unique assemblée de coordinateurs nationaux et régionaux de la lutte contre le trachome et d'experts en la matière qui se rencontrent régulièrement pour discuter de l'application pratique de la stratégie CHANCE.*

Les sessions spéciales de la revue de cette année mettent en exergue les programmes de recherche opérationnelle réalisés en Ethiopie en collaboration avec le London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et La Fondation Francis I. Proctor, University of California San Francisco (UCSF). Les activités réalisées avec le LSHTM mettent en évidence les meilleures pratiques pour la prise en charge des cas de trichiasis. La collaboration avec UCSF déterminera l'utilisation la plus rationnelle des antibiotiques dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome. Cette réunion a également souligné l'importance de la recherche opérationnelle pour rehausser la fourniture des programmes de lutte contre le trachome dans le monde.

La revue a accordé une place spéciale au partenariat entre la Fondation Internationale des Lions Clubs et le Centre Carter, se penchant notamment sur le rôle de chef de file des Lions Clubs en Ethiopie qui a permis de faire reculer le trachome cécitant dans l'Etat régional d'Amhara. Lors de cette revue de programmes, des présentations ont également été faites sur l'enquête des habitudes médicamenteuses en Ethiopie préparant une campagne de grande envergure pour l'administration en masse de médicaments et l'éducation sanitaire, ainsi que la réussite de cette campagne. Pas seulement d'ailleurs les éthiopiens étaient-ils au premier rang, d'autres présentations nous racontant le redoublement d'efforts pour éliminer la maladie au Mali et au Niger : les cibles ambitieuses pour 2015 ont été présentées pour la première fois comme étant réalistes et possibles, grâce au soutien généreux de la Fondation Conrad N.Hilton.

Etaient présents les coordinateurs des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome représentant les ministères de la santé de l'Ethiopie, du Ghana, du Niger, du Nigeria, du Gouvernement du Soudan et du Gouvernement du Soudan du Sud. De plus, le personnel du programme de lutte contre le trachome du Centre Carter de l'Ethiopie, du Ghana, du Mali, du Niger, du Nigeria, du Soudan, et du Soudan du Sud ont également participé à la réunion au même titre que des représentants de la Fondation Arthur M. Blank, la Fondation Internationale des Lions Clubs, les Lions Clubs de l'Ethiopie, la Fondation Conrad N. Hilton, Pfizer Inc, et la Fondation Bill & Melinda Gates.

*CHANCE : Stratégie de Lutte contre le trachome, avalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé :

CH pour chirurgie

A pour antibiotiques

N pour nettoyage du visage

CE pour changement environnemental

Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie

Présenté par le Dr Daddi Jima, Ministère fédéral de la Santé, Ethiopie
et Tesfaye Teferi, Centre Carter Ethiopie

Données générales

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,6%, serait la plus élevée au monde. La cataracte (50%) et le trachome (12%) sont les deux grandes causes de la cécité dans ce pays. Une enquête sur la cécité et les problèmes de vue, a été réalisée à l'échelle nationale en 2006 montrant la situation en ce qui concerne le trachome. La prévalence nationale du trachome actif (soit TF ou TI) chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, s'élevait à 40,1%. Des variations importantes sont observées dans la prévalence du trachome actif entre les états régionaux, la prévalence la plus élevée étant notée dans les cas d'Amhara (62,6%). La prévalence du trachome actif dans les zones rurales est pratiquement quatre fois plus élevée que la prévalence urbaine (42,5% contre 10,7%). La prévalence moyenne nationale du trichiasis trachomateux (TT) est de 3,1%, avec la prévalence la plus élevée dans l'état régional d'Amhara (5,2%). TT est pratiquement trois fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (4,1% contre 1,6%).

Selon le recensement de 2007, l'Ethiopie compte une population de 75 millions de personnes. L'Etat régional d'Amhara compte une population s'élevant à 17,2 millions de personnes. Il existe 68,7 millions de personnes, d'après les estimations, qui courent le risque de contracter le trachome. Des estimations récentes sur le trachome indiquent que 1,2 million de personnes sont aveugles, 2,8 millions de personnes ont une faible vision, 9 millions d'enfants âgés de 1 à 9 ans souffrent de trachome actif et 1,3 million d'adultes souffrent de trichiasis trachomateux.

Population de la zone d'intervention de 2008 :

Région:	Tigray	Amhara	Oromiya	Somali	Gambella	SNNPR
Population:	4 314 456	17 214 056	27 158 471	4 439 147	306 916	15 042 531

Calendrier des événements – Programme de lutte contre le trachome en Ethiopie

En octobre 2000, le Centre Carter a commencé à apporter une aide au Bureau Sanitaire Régional de l'état d'Amhara, dans sa lutte contre le trachome grâce à un financement de l'Initiative SightFirst des Lions-Centre Carter. Quatre districts dans la zone de South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été retenus pour démarrer les activités. Le programme initial couvrait 155 *kebeles* (groupes de villages) comptant une population totale d'un peu plus d'un million de personnes.

En décembre 2000, le Bureau sanitaire régional d'Amhara, l'Equipe de prévention de la cécité du Ministère fédéral de la Santé et le Centre Carter ont réalisé une enquête communautaire sur la prévalence du trachome dans les quatre *woredas*. Les résultats de l'enquête concordaient avec les rapports indiquant que l'Ethiopie compte une prévalence extrêmement élevée du trachome actif et du trachome cécitant. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) avec des groupes de discussions focalisées, des entretiens informels et une enquête auprès des ménages ont été réalisées un mois plus tard dans les quatre mêmes districts. Les résultats ont été utilisés pour mettre au point un programme de santé scolaire et du matériel d'éducation sanitaire tels que les affiches, boîtes à images et brochures ainsi qu'un manuel de formation pour les agents communautaires. Un plan d'action de cinq ans (2001-2005) pour le programme de lutte contre le trachome de South Gondar a été formulé en 2000.

Un plan stratégique national pour le trachome a été préparé et achevé pour la période 2006-2010. Dans ce plan, le Ministère Fédéral de la Santé a retenu 2015 comme la date marquant l'élimination du trachome cécitant. En Ethiopie la participation très active des Lions clubs locaux vient renforcer les efforts de lutte contre le trachome. Leur leadership a fait du programme Ethiopien de lutte contre le trachome l'un des plus producteurs au monde.

Epidémiologie du trachome en Ethiopie

Le graphique ci-après indique les résultats d'une enquête nationale sur la cécité et la faible vision, réalisée en 2005-2006. Les données sur la prévalence du trachome actif (TA), TF et TI sont indiquées parmi les enfants âgés de 1 à 9 ans, par état régional.

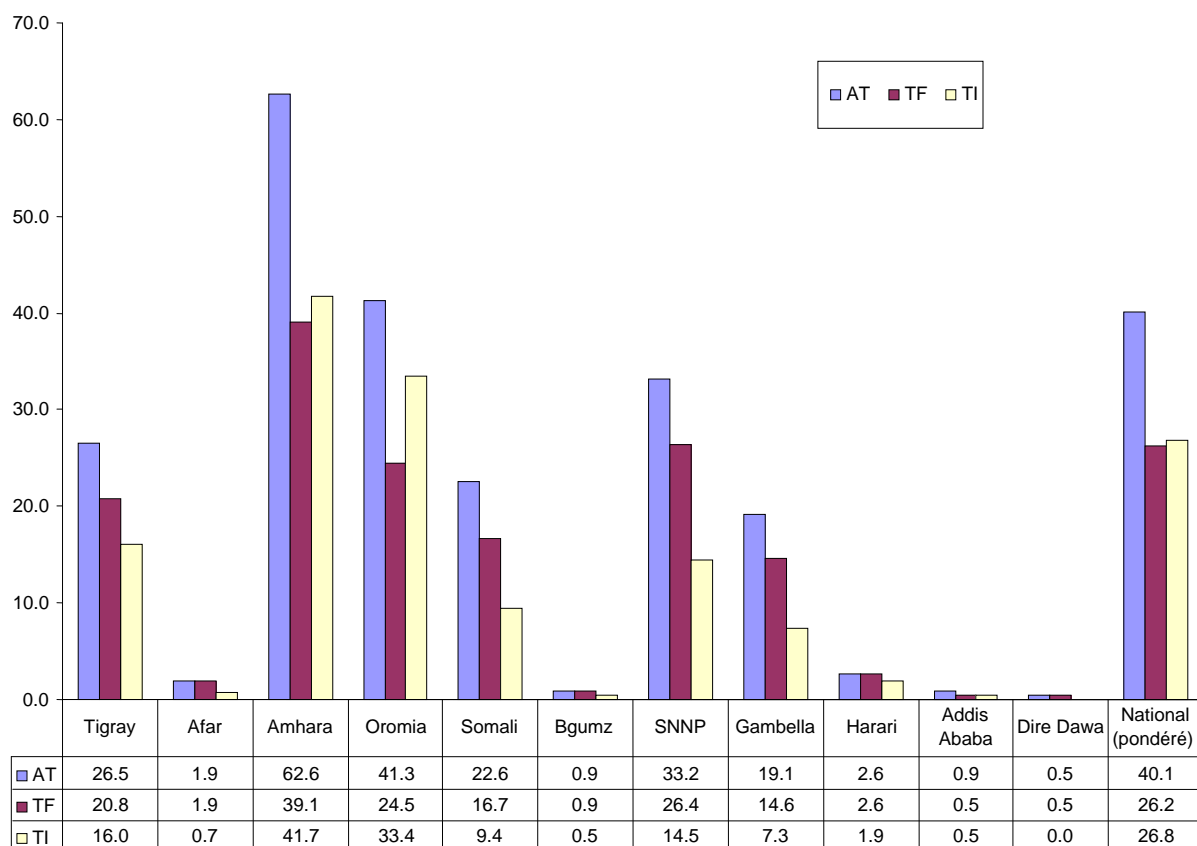


Tableau 1: Prévalence du Trichiasis (TT) chez les adultes âgés de plus de 14 ans par état, Ethiopie

Région	Prévalence TT (%)
Amhara	5,2
Somali	4,2
Oromia	2,8
Gambella	2,5
Tigray	2,3
SNNP	2,0
Harari	1,2
Afar	1,0
Addis Ababa	0,9
Dire Dawa	0,7
B-Gumz	0,1
National (pondéré)	3,1

Tableau 2 : Prévalence de TF et TT par zone dans l'Etat d'Amhara (données de l'enquête de base de MALTRA, 2006-2007)

État	TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans	TT chez les enfants âgés de 0 à 14 ans	TT chez les personnes âgées de 15 ans et plus
	Prévalence (%)	Prévalence (%)	Prévalence (%)
Amhara	32,7	0,3	6,2
<i>Zones</i>			
North Gondar	34,7	0	4,3
Waghemira	60,1	0,5	6,3
South Gondar	28,9	0,1	3,8
North Wollo	51,9	0,8	9,4
West Gojjam	33,1	0,4	10,0
Awii	38,9	0,1	5,4
East Gojjam	48,3	0,3	7,1
South Wollo	12,6	0,3	3,2
Oromia	28,7	0,1	2,4
North Shewa	23,2	0,3	9,0

Accomplissements du programme en 2008

Le programme éthiopien a fixé des cibles ambitieuses pour 2008 pour l'élimination du trachome et, s'il n'a pas réussi à atteindre ses objectifs chirurgicaux, il n'en a pas moins obtenu des résultats impressionnants. La première semaine historique de MALTRA en novembre 2008 a permis de distribuer plus de cinq millions de doses d'azithromycine en une seule fois. La 100 000^e chirurgie du TT s'est déroulée avec le soutien du Centre Carter, la 10 millionième dose d'azithromycine a été distribuée en janvier 2008 (suivi la 20 millionième en novembre) et la 500 000^e latrine familiale a été construite.

Tableau 3 : Accomplissements du programme en 2008

Activités	Cible	Résultat	Cible Centre Carter (Amhara uniquement)	Résultat Centre Carter (Amhara uniquement)
Personnes opérées du trichiasis	177 354	63 262	101 187	31 561
Chirurgiens formés	177	259	234	185
Doses d'azithromycine distribuées	22 750 000	15 213 333	10 938 752	12 631 132
Doses de tétracycline distribuées	568 750	401 491	251 566	352 152
Villages bénéficiant d'éducation sanitaire	3 232	3 190	2 447	2 898
Latrines familiales construites	400 996	384 274	400 996	373 677

Chirurgie du trichiasis (CH)

Le programme de lutte contre le trachome de l'Ethiopie réalise des chirurgies du trichiasis dans des centres de santé et lors de campagnes mobiles de stratégie avancée. Tous les chirurgiens du TT reçoivent des trousseaux et sont supposés réaliser des chirurgies du TT dans leurs établissements de santé. Lors des campagnes mobiles, une équipe de chirurgiens du TT se rend dans des dispensaires où la chirurgie du TT n'est pas disponible et opère tous les patients du TT qui se présentent. Une campagne peut durer entre 5 à 10 jours et aide à surmonter les barrières de distance pour ceux qui souffrent du TT. En 2008, 161 campagnes de chirurgie du trichiasis ont été déployées pendant lesquelles 24 337 chirurgies ont été réalisées. En plus, 7 224 chirurgies ont été effectuées pendant la prestation de services de routine ; 741 doses d'azithromycine ont été distribuées après la chirurgie ; et 185 nouveaux chirurgiens du TT ont été formés. Les Lions Clubs d'Ethiopie sont au premier plan du plaidoyer pour les campagnes du trichiasis.

Le programme éthiopien a certifié les nouveaux chirurgiens utilisant le document de l'OMS « Evaluation finale des chirurgiens du trichiasis. » Deux études séparées ont noté des taux de récurrence en Ethiopie de l'ordre de 16,6% et de 9,4%. Un total de 224 chirurgiens actuels du TT ont été certifiés par l'OMS et environ 600 chirurgiens formés sont actifs. On ne connaît pas le nombre de chirurgiens qui sont sortis du programme ni le rendement par chirurgien. Le Centre Carter en Ethiopie est en train d'étudier des manières novatrices d'atteindre un plus grand nombre de patients pour étendre à plus grande échelle le volet chirurgical.

Distribution des antibiotiques (A)

En Ethiopie, les antibiotiques sont distribués en utilisant la structure sanitaire existante, y compris le superviseur du *woreda* (district, population supérieure à 100 000 personnes) et les agents de santé du *kebele*. Le superviseur au niveau *woreda* est responsable de la supervision de tous les superviseurs de terrain. Les superviseurs de terrain sont des agents de santé provenant de centres de santé et ils supervisent chacun trois à quatre équipes. La distribution d'antibiotiques se fait sous observation directe et elle est notée dans les registres du *kebele*. Une campagne de distribution peut durer jusqu'à 10 jours et elle est organisée dans un endroit pratique du *kebele*. Les familles manquantes sont recherchées, maison par maison, par les volontaires du trachome.

En 2008, un total de 151 *woredas* ont reçu de l'azithromycine (113 dans l'Amhara dans le cadre du programme soutenu par Lions-Centre Carter et 38 autres à l'échelle nationale). Les bureaux sanitaires régionaux concourent à la micro-planification, affectent le personnel aux campagnes, payent les salaires pendant la période de la campagne et fournissent les moyens de transport quand c'est possible. Le programme soutenu par les Lions-Centre Carter estime son but final d'intervention pour la distribution d'antibiotiques pour atteindre tous les 151 *woredas* dans la région d'Amhara.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En Ethiopie, 3 190 kebeles ont bénéficié d'une éducation sanitaire en 2008 dont 2 898 dans les régions du programme recevant une assistance du Centre Carter. Un total de 13 553 enseignants ont été formés dans l'Amhara et 120 sessions d'éducation sanitaire ont été diffusés à la radio. Les messages sur le trachome donnent une information sur la source et la cause du trachome, le mode de transmission, le traitement et la prévention du trachome, et une démonstration est faite du lavage du visage, de la conservation de l'eau à domicile et de la construction de latrines. Le but final d'intervention pour l'Amhara est d'atteindre tous les 3 232 kebeles où le trachome est endémique, et de leur apporter une éducation sanitaire d'ici 2009.

Changement environnemental (CE)

En Ethiopie, la construction de latrines est une priorité pour le gouvernement fédéral conformément à l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement ("réduire de moitié la proportion de ménages sans accès à l'assainissement d'ici 2015"). Le programme national de promotion des latrines repose sur le changement comportemental et le renforcement des compétences parmi les membres communautaires pour qu'ils puissent construire leurs propres latrines à fosse, en utilisant des matériaux locaux. La communauté participe sous forme de main-d'œuvre et apporte des matériaux. Le programme encourage la construction de latrines individuelles à fosse dans toutes régions du projet, sans donner de formation spécifique aux maçons ou aux artisans. La promotion de latrines est un volet clé du programme National d'Expansion des Services de Santé.

Le programme de lutte contre le trachome d'Amhara estime que son but final d'intervention au niveau régional sera de 1 217 944 latrines construites (pour réduire de moitié la proportion de ménages qui n'ont pas de latrine, d'ici 2015, un total de 3 824 000 ménages à Amhara). Il faudra construire au total 2 435 888 latrines familiales pour arriver à la couverture totale en latrine.

L'accès actuel à l'eau potable est estimé de l'ordre de 47%. Le but final d'intervention du programme en ce qui concerne l'approvisionnement en eau est de couvrir 100% des ménages dans les communautés où le trachome est endémique et de leur apporter un accès à une eau potable dans un rayon d'un kilomètre, ou un déplacement aller-retour de 40 minutes. C'est le Ministère Fédéral des Ressources Hydrauliques qui est responsable de la planification et de l'exécution de l'approvisionnement en eau salubre. En 2006, les Lions Clubs de l'Ethiopie, avec CBM, ORDA et le Centre Carter ont construit 119 points d'eau dans les régions où le trachome est endémique et qui reçoivent un soutien des Lions-Centres Carter. Environ 10 613 ménages dans 57 kebeles, soit 38 098 personnes ont bénéficié de ce projet.

Tableau 4: Accomplissements dans les zones recevant une assistance de SightFirst des Lions-Centre Carter dans la région d'Amhara, Ethiopie 2001 – 2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Chirurgiens du TT formés	8	11	19	67	75	27	193	185
Personnes opérées du trichiasis	815	4 019	6 840	23 676	22 097	7 283	28 425	31 561
Doses d'azithromycine distribuées	0	0	100 256	625 422	1 680 394	2 925 569	5 195 937	12 631 132
Doses de tétracycline distribuées	1 042	7 964	35 106	125 208	256 048	261 733	343 963	352 152
Personnes formées pour la mobilisation dans la lutte contre le trachome	N/D	1 080	138	6 021	8 624	3 366	11 185	36 846
Villages recevant une éducation sanitaire	N/D	138	155	654	654	654	1 447	2 898
Latrines construites	N/D	1 333	2 151	89 096	144 750	75 621	41 228	373 677

Cibles pour 2009

Le programme national a ciblé des opérations pour 207 480 personnes souffrant de TT, la formation de 177 chirurgiens de TT, la distribution de 18 861 860 doses d'azithromycine et 627 500 doses de tétracycline, la couverture en éducation sanitaire de 3 374 villages et la construction de 439 915. Les cibles ci-après concernent les zones recevant une assistance des Lions-Centre Carter dans la Région d'Amhara.

Chirurgie (CH)

- Opérer 95 000 personnes du trichiasis

Antibiotiques (A)

- Distribuer de l'azithromycine à 13 500 000 personnes
- Distribuer de la tétracycline à 270 000 personnes

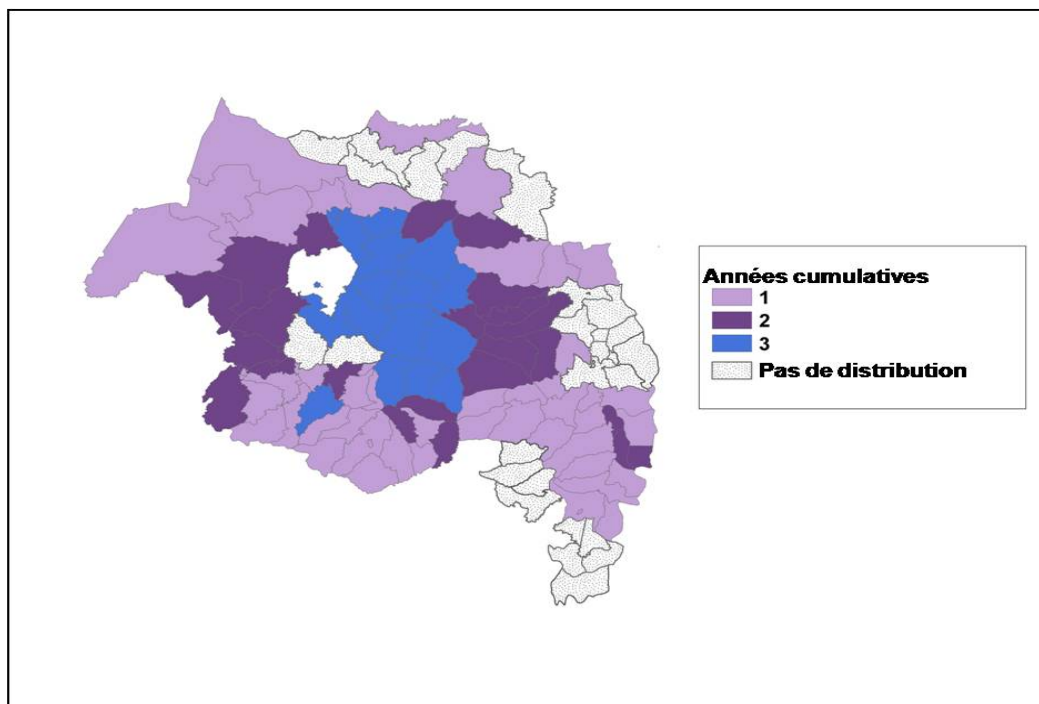
Education sanitaire et nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire à 3 232 villages où le trachome est endémique

Changement environnemental (CE)

- Faciliter la construction de 157 648 latrines familiales

Carte 1: Woredas avec traitement antibiotique soutenus par Lions-Centre Carter, Etat régional d'Amhara (2001-2008)



Un agent de santé distribue de l'azithromycine pendant la semaine de MALTRA en novembre 2008.

Programme de lutte contre le trachome au Ghana

Présenté par le Dr Oscar Debrah, Chef des soins oculaires, Services de santé au Ghana

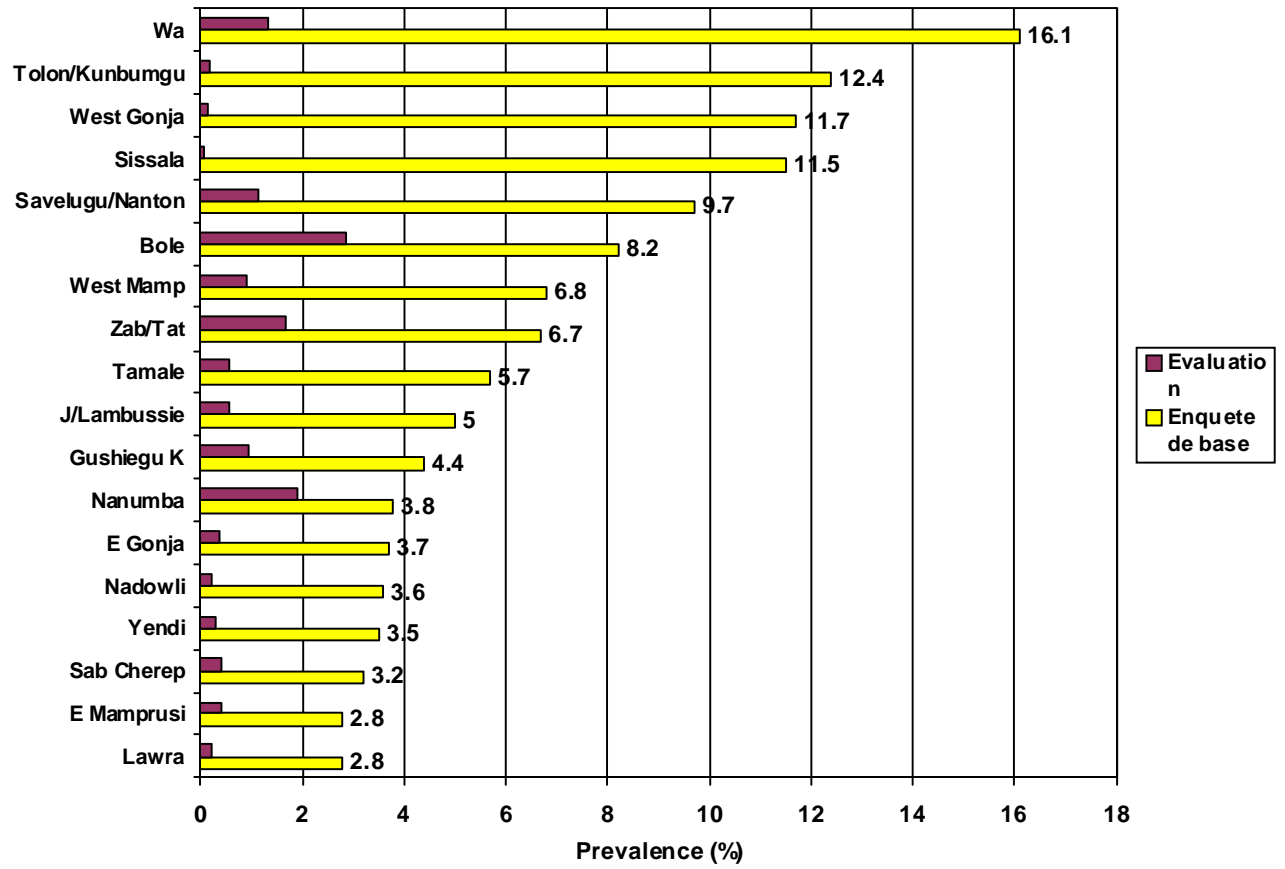
Données générales

Le trachome était historiquement la troisième cause de cécité au Ghana après la cataracte et le glaucome. Depuis 2001, le Service de santé du Ghana mettait en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions de l'Upper West et Northern du pays, avec l'assistance de l'International Trachoma Initiative, du Centre Carter et de Pfizer Inc. Fin 2007 et début 2008, l'impact du programme a été évalué dans le cadre d'enquêtes rigoureuses du point de vue épidémiologique dans chacun des 18 districts d'endémicité. Enquêtes qui ont constaté un recul du trachome actif dans tous les districts comparé aux enquêtes de base (voir Figure 1 ci-après). La prévalence générale du trichiasis (TT) chez les adultes de 15 ans et plus était de 0,31%, c'est-à-dire en dessous du seuil de 1,0%, indiquant que l'extension chirurgicale active dans la communauté n'est plus nécessaire. Par contre, le Ghana n'a pas atteint son but final d'intervention de moins de 1 cas de TT pour 1000 personnes. Le Programme de lutte contre le trachome au Ghana a retenu 2010 comme l'année de l'élimination du trachome cécitant. Le Ghana a réussi à éliminer le trachome cécitant dans toutes les régions d'endémicité et devient donc un exemple notable dans l'Alliance globale de l'OMS pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'année 2020.

Calendrier des évènements – Programme de lutte contre le trachome au Ghana

- 1999 : Evaluation rapide du trachome dans tous les 18 districts de la Northern Region (NR) et Upper West Region (UWR)
- 1999-2000 : Enquêtes épidémiologiques dans 5 districts de NR et de UWR
- 2001 : La mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale est démarrée dans les 5 districts enquêtés
- 2002 : Enquête de base sur la prévalence dans un district supplémentaire
- 2003 : Enquête de base sur la prévalence dans 13 autres districts
- 2005 : Plan stratégique de 5 ans démarré (2005-2009)
- 2005 : Distribution d'antibiotiques démarrée dans 5 districts supplémentaires (à présent 9)
- 2007 : Enquête épidémiologique réalisée dans l'Upper East Region (UER)
- 2007-2008 : Enquête sur l'évaluation de l'impact et examen à mi-parcours du plan de 5 ans
- 2010 : Date ciblée pour l'élimination du trachome cécitant du Ghana

Figure 1: Prévalence du trachome actif avant et après l'intervention



Accomplissements du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

Aucune campagne chirurgicale n'a été réalisée en 2008 : 130 chirurgies ont été effectuées lors de la prestation de services de routine (suivi de l'administration d'une dose orale d'azithromycine). Le programme du Ghana ne connaît pas le taux de récurrence du trichiasis après l'intervention chirurgicale. Le programme a certifié 28 chirurgiens à l'aide de la méthodologie de certification de l'OMS, 16 d'entre eux sont actifs actuellement. D'après les enquêtes de la prévalence de 2007-2008, le programme estime que 4 950 personnes atteintes du TT attendent d'être opérées. Le programme doit opérer 2 019 patients pour atteindre le seuil nécessaire à la certification : prévalence du TT inférieure à 0,1%. De 2000 à 2008, le programme notait un total de 4 652 opérations du trichiasis.

Distribution d'antibiotiques (A)

Le programme au Ghana utilise Zithromax® donné par Pfizer Inc pour la distribution en masse. Le médicament est distribué dans tous les districts où le TF est égal ou supérieur à 10%. Dans les districts où le TF est inférieur à 10%, seules les communautés avec un TF égal ou supérieur à 5% bénéficient d'un traitement de masse. De 2001 à 2008, le programme a distribué plus de trois millions de doses de médicaments aux communautés d'endémicité dans les Régions Upper West et Northern. Après les résultats de l'évaluation de l'impact de 2007-2008, point besoin de continuer la distribution en masse d'antibiotiques au Ghana.

Education sanitaire (N)

Au Ghana, l'éducation sanitaire est confiée aux volontaires communautaires, aux agents de santé, aux responsables environnementaux, aux enseignants et au personnel des ONG. Les messages insistent sur l'importance du nettoyage du visage et sur la construction, l'entretien et l'utilisation des latrines familiales. La stratégie d'éducation sanitaire utilise des séances communautaires (porte à porte, visites à domicile, groupes de théâtre, durbars), l'éducation scolaire (discussions à l'aide d'un manuel mis au point pour les enseignants et les élèves et de jeux de cartes, ainsi que de programmes radiophoniques dans les langues locales (Dagbani, Gonja et Dagaare). Les programmes radiophoniques sont diffusés dans les trois langues principales dans les deux régions, ciblant plus de deux millions de personnes. Des musiciens locaux prennent part activement à la campagne pour améliorer l'hygiène. Le trachome est également porté au programme scolaire dans les régions où cette maladie est endémique. Le programme national a commencé un plaidoyer pour inclure une éducation se rapportant spécifiquement au trachome dans le programme scolaire national.

Changement environnemental (CE)

Le type de latrine Mozambicain est recommandé au Ghana. Des artisans des dalles de latrines ont reçu une formation de la part de l'Agence Communautaire de l'Eau et de l'Assainissement qui forment à leur tour des apprentis. Le ménage bénéficiaire doit creuser le trou et construire la superstructure en mettant le toit. Le coût moyen d'une latrine en 2007 s'élevait à \$43,25. Le programme estime que son but final d'intervention pour les populations dans les régions d'endémicité s'élèvera à 150 000 latrines familiales qui seront construites pour répondre au 7^e Objectif du Millénaire pour le Développement.

Tableau 1: Accomplissements du programme de lutte contre le trachome au Ghana en 2008

	Cibles	Résultats
Personnes opérées du trichiasis	1 000	130
Chirurgiens formés	0	0
Doses d'azithromycine distribuées	950 000	147 122
Doses de tétracycline distribuées	36 400	0
Sessions d'éducation sanitaire	6 000	1 120 (villages couverts)
Latrines familiales construites	5 000	1 808
Latrines familiales construites avec le soutien du Centre Carter	1 500	1 808

Tableau 2: Accomplissements du programme de lutte contre le trachome 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de personnes opérées du TT	336	421	383	951	1 146	626	504	130
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	71 438	101 174	163 931	292 715	740 884	825 217	899 065	147 122
Nombre de personnes recevant de la tétracycline	6 292	6 668	9 785	15 101	12 697	20 134	25 311	0
Nombre de latrines familiales construites	14	206	791	1 141	3 828	889	3 438	1 808

Cibles pour 2009

- Démarrer les plans pour mettre en place les activités de surveillance

Chirurgie (CH)

- Dépister et opérer 2 000 personnes du trichiasis

Antibiotique (A)

- Vu le faible niveau actuel du trachome actif, la distribution des antibiotiques n'est plus nécessaire selon les directives de l'OMS

Nettoyage du visage/éducation sanitaire (N)

- Apporter une éducation sanitaire à toutes les communautés dans les deux régions où le trachome était endémique auparavant

Changement environnemental (CE)

- Construire 5 000 latrines familiales

Programme de lutte contre le trachome au Mali

Présenté par le Dr Sanoussi Bamani, Coordinateur, Programme national de la lutte contre la cécité, Mali

Données générales

La première enquête nationale sur la prévalence du trachome réalisée en 1996-1997 constatait que le trachome est endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF et/ou TI) chez les enfants de moins de 10 ans était de 35% et la prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans était de 2,5%. Face à ces résultats, un programme national de prévention de la cécité a été mis en place en 1994. En octobre 1999, le programme malien de lutte contre le trachome a été démarré à Koulikoro lors d'une cérémonie officielle avec l'ancien Président Américain Jimmy Carter, l'ancien Chef d'Etat le Général Amadou Toumani Touré (actuel Président du Mali) et le Président à l'époque du Lions Clubs, Jim Ervin.

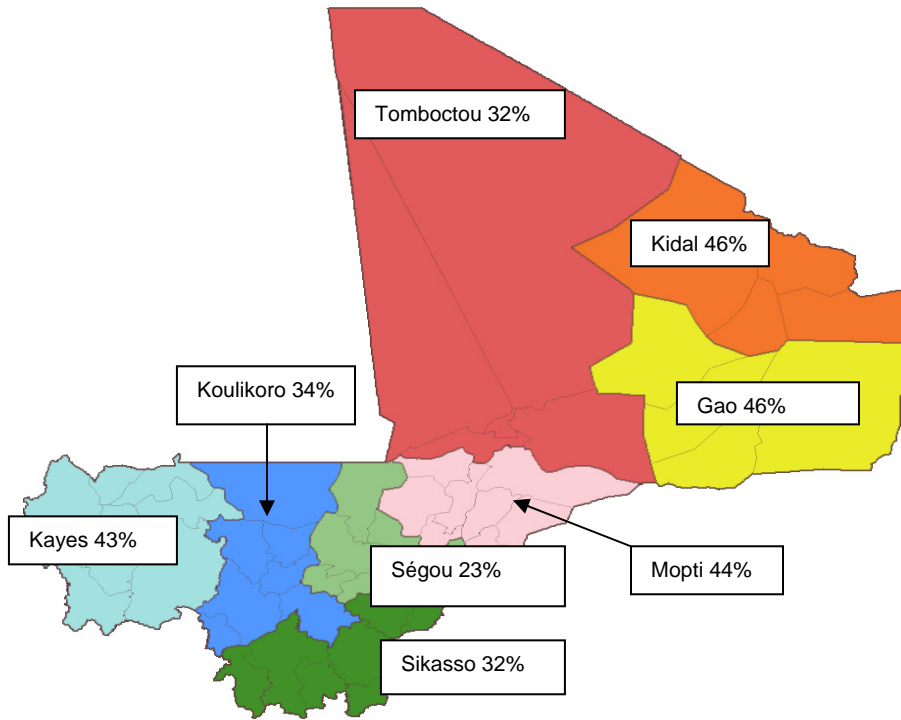
Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de trachome réalisées dans la région de Koulikoro en 1996 et en 2000 ont dégagé des données sociologiques initiales pour la formulation de la stratégie et du matériel servant à l'éducation sanitaire. Une enquête nationale constatait qu'en 2001, 23% des ménages n'avaient pas de latrines au Mali (30% dans les zones rurales). En 2003, la division nationale de l'hygiène et le programme de lutte contre le trachome du Mali ont démarré une promotion de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou avec l'assistance de l'International Trachoma Initiative (ITI) et du Centre Carter. Un plan national de cinq ans, finalisé en 2005 attend encore l'approbation officielle du gouvernement. Le Centre Carter apporte une assistance au programme national en soutenant les interventions N&CE dans les régions de Ségou et de Mopti. Fin 2008, le soutien du Centre Carter était étendu à plus grande échelle portant sur la stratégie CHANCE intégrale dans les régions de Ségou, Mopti et Sikasso, venant ainsi compléter les activités des autres partenaires.

Points saillants du programme en 2008 : enquêtes sur la prévalence du trachome dans les régions de Gao et Sikasso, formation de 35 nouveaux chirurgiens du trichiasis, continuation du Programme des maladies tropicales négligées (MTN) avec le soutien d'Helen Keller International, atelier de planification pour les activités d'élimination du trachome en novembre et soutien renouvelé de la Fondation Conrad N. Hilton.

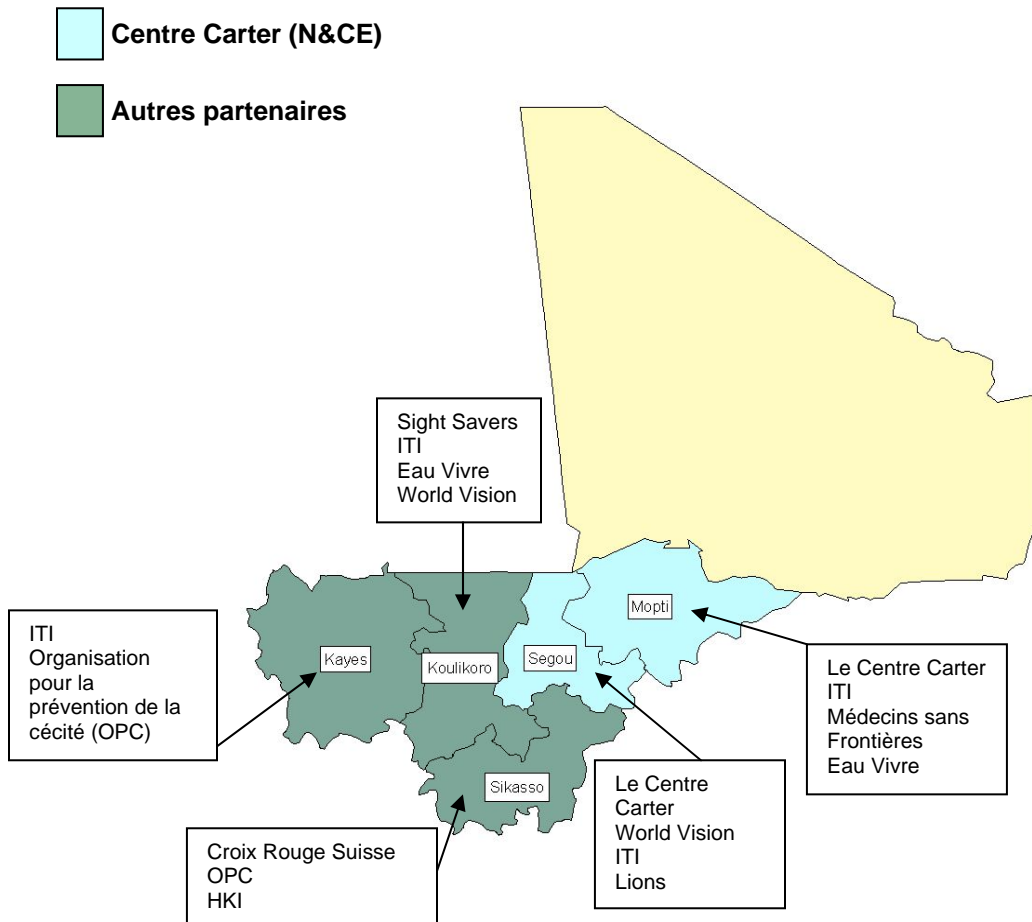
Calendrier des évènements

1994 :	Démarrage du programme national du programme contre la cécité
1996-1997 :	Enquête de base nationale sur la prévalence
1999 :	Démarrage du programme de lutte contre le trachome au Mali
2006 :	Démarrage du programme des maladies tropicales négligées (MTN)
2015 :	Date cible pour l'élimination du trachome cécitant

Carte 1 : Prévalence du TF par région, enquête de base nationale, 1996-1997



Carte 2 : Partenaires soutenant la lutte contre le trachome au Mali en 2008



Accomplissements du programme en 2008

Tableau 1: Accomplissements du programme de lutte contre le trachome en 2008

	Cibles	Résultat Total	Résultat avec le soutien du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	12 000	4 180	1 491
Chirurgiens formés	0	35	25
Doses d'azithromycine distribuées	9 520 739	5 445 392	0
Doses de tétracycline distribuées	0	98 232	0
Villages bénéficiant de l'éducation sanitaire	4 000	8 487	206 (6 554 via radio)
Latrines familiales construites	14 000	13 410	12 271

Chirurgie (CH)

La chirurgie du trichiasis est réalisée dans les établissements de santé sur l'ensemble du Mali et dans le cadre des campagnes mobiles de chirurgie dans les zones rurales. En 2008, 12 camps de chirurgie du trichiasis ont été organisés pendant lesquels 1 381 chirurgies ont été effectuées. Le programme national n'a pas été en mesure de distribuer de l'azithromycine après la chirurgie mais a donné de la tétracycline tel que recommandé. Actuellement, aucun des 150 chirurgiens opérant le TT n'a été certifié sur la base du manuel de certification de l'OMS. Le programme estime à 35 le nombre moyen de patients opérés par chirurgien. Au vu des données actuelles, la liste des personnes avec TT attendant d'être opérées au Mali s'élève à 91 588.

Distribution des antibiotiques (A)

Depuis 2001, le programme malien a distribué de l'azithromycine donné par Pfizer Inc dans le cadre de campagnes de traitements de masse dans des districts choisis. La distribution se fait par porte à porte ainsi que dans les lieux publics et elle est dirigée par la communauté. Le Mali n'a pas encore réalisé d'enquêtes sur la couverture en antibiotiques. Fin 2008, les régions de Kayes et de Koulikoro avaient bénéficié chacune de trois années de distribution d'azithromycine. Ségou, Mopti et Sikasso avaient bénéficié de deux années et Tombouctou avait reçu une année de distribution. La distribution de 5 543 924 doses avait eu lieu dans les régions de Ségou, Mopti, Sikasso et Tombouctou (en 29 districts) en 2008.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Au Mali, l'éducation sanitaire est dispensée par de nombreuses filières : par les radios rurales, les enseignants du primaire, les agents de santé environnementale, les éducateurs villageois, les superviseurs et les responsables de terrain des ONG et lors de réunions dans les villages, par exemple les baptêmes et les mariages. Le programme estime qu'il a atteint 8 487 villages avec une éducation sanitaire continue en 2008 (environ 6,1 millions de personnes). L'éducation sur le trachome est également portée au programme de l'école primaire au Mali. Cherchant à atteindre le plus grand nombre possible de personnes exposées au risque de contracter le trachome, le programme mène des campagnes radiophoniques et télévisées pour diffuser l'information sur le trachome et sa prévention. D'après les estimations, les 24 stations de radio rurales couvrent 6,1 millions de personnes. En 2008, le programme a appuyé la formation de 43 groupements féminins auquel une éducation sanitaire sur le trachome a été dispensée. Pour couvrir toutes les six régions d'endémicité, le programme devrait atteindre environ 10 491 villages.

Changement environnemental (CE)

Le programme national encourage la construction des latrines familiales avec les dalles Sanplat. Des maçons ont reçu une formation portant sur la construction de ce type de dalles, sur une période de deux jours, et reçoivent \$1 par ménage pour leur travail. D'après les estimations, le coût des latrines s'élève à \$51 répartis de la manière suivante : ciment et barres de fer à \$10 et \$41 de contribution par ménage pour la main-d'œuvre, le sable et les coûts de superstructure. Actuellement, le programme estime que

son but final d'intervention pour atteindre le 7^e Objectif du Millénaire pour le Développement, sera de 158 653 latrines.

L'approvisionnement en eau est soutenue par les partenaires suivants : World Vision, Water Aid, l'UNICEF, et WAWI. Un total de 1 354 points d'eau modernes ont été construits ou rénovés en 2008.

Cibles pour 2009

Enquête dans 27 districts sur la prévalence du trachome

- Huit dans la région de Ségou et dans la région de Mopti (octobre-décembre 2009)
- Trois districts dans la Région de Kayes (mars 2009)
- Quatre districts dans la région de Kidal (mars 2009)
- Quatre districts dans la région de Koulikoro (mai 2009)

Chirurgie (CH)

- Opérer 17 100 personnes du trichiasis (4 200 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

- Distribuer 7 245 423 doses d'azithromycine
- Distribuer 147 866 doses de tétracycline (avec le soutien du Centre Carter)

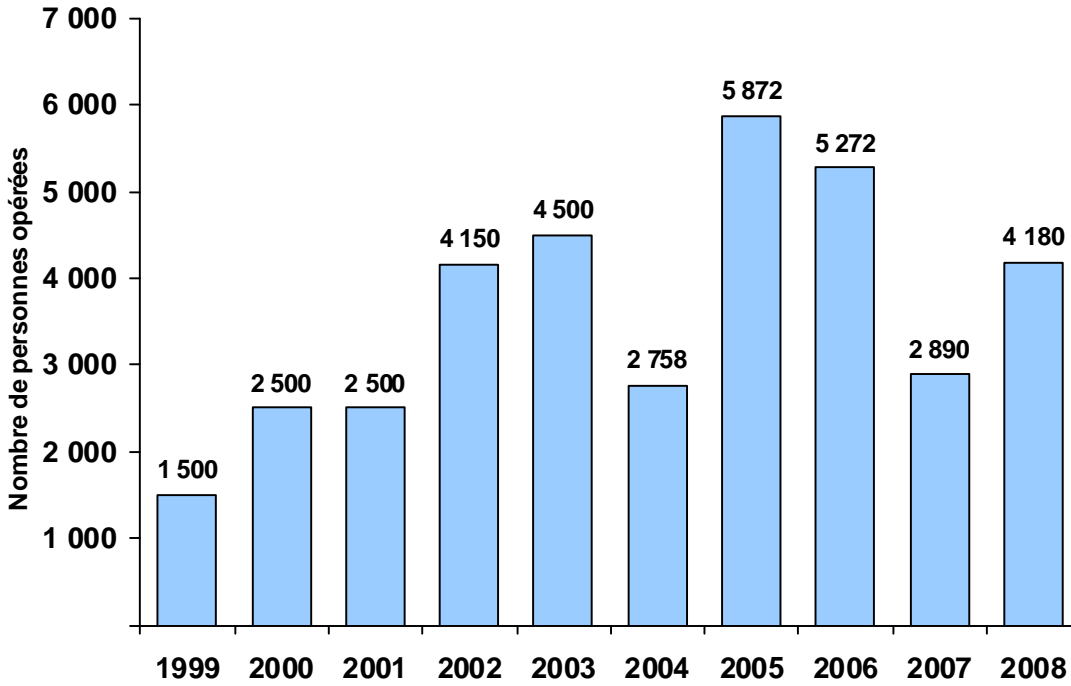
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 9 000 villages avec l'éducation sanitaire (dont 1 834 avec le soutien du Centre Carter support)

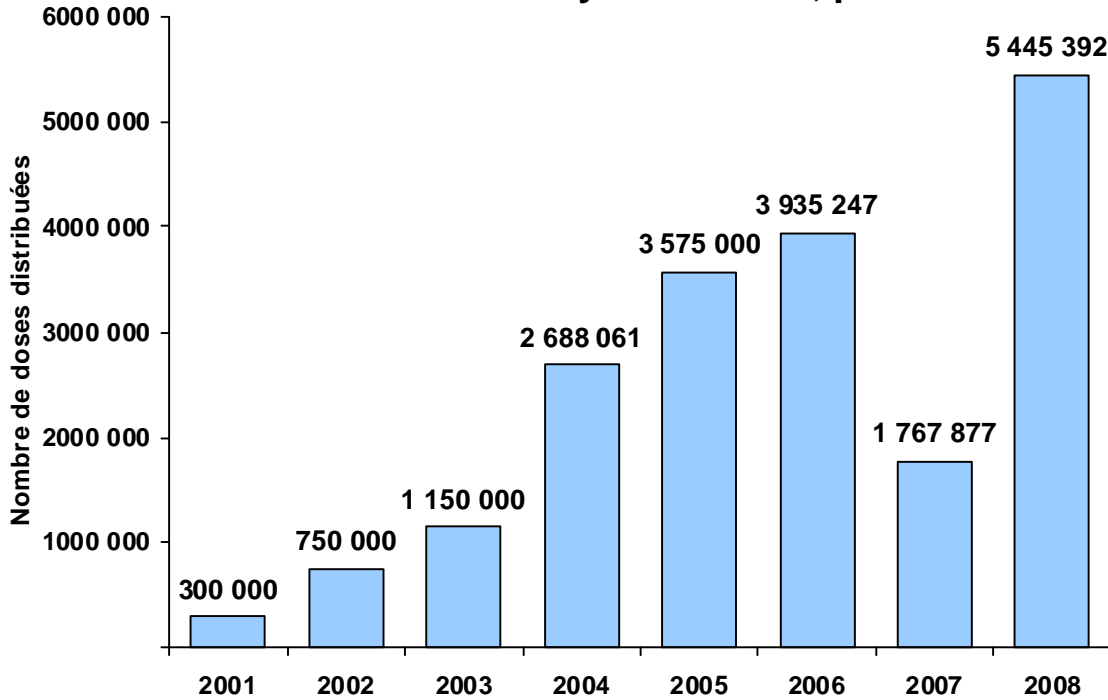
Changement environnemental (CE)

- Construire 16 000 latrines familiales (dont 15 000 avec le soutien du Centre Carter)

Chirurgie du trichiasis au Mali, par année



Distribution d'azithromycine au Mali, par année



Programme de lutte contre le trachome au Niger

Présenté par le Dr Kadri Boubacar, Directeur adjoint, Programme de la lutte contre la cécité, Ministère de la Santé du Niger

Données générales

Le programme national de la lutte contre la cécité au Niger (PNLCC) a été créé en 1987. Les ministères de la santé, de l'éducation, de l'eau et du développement social, ont créé en 1999 une équipe spéciale de lutte contre le trachome. Font également partie de cette équipe spéciale, des représentants des organisations sanitaires partenaires dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, CBM, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Agence Africaine-Musulmane et l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'enquête la plus récente sur la prévalence du trachome à l'échelle nationale a été faite en 1997-1999, grâce à une assistance financière de l'Union Européenne et du Centre Carter. Elle a constaté qu'une moyenne de 44% des enfants de moins de 10 ans souffrait du trachome actif (TF/TI), et 1,7% des femmes de plus de 15 ans souffraient de trichiasis. D'après les estimations, 68 300 hommes et femmes avaient besoin à cette époque, d'une chirurgie du trichiasis. C'est dans les régions de Zinder, de Diffa et de Maradi, que l'on constate la prévalence la plus élevée du trachome. Cette enquête initiale a montré qu'environ 50% des ménages avaient accès à une eau salubre dans un rayon d'un kilomètre, et environ 4% des ménages avaient accès à une latrine. La prévalence de base nationale en 2001 de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 10 ans s'élevait à 52%.

Fin 2008, le Centre Carter a élargi son champs d'action et appliquant la stratégie CHANCE intégrale dans des régions choisies du Niger. Le Centre Carter et d'autres partenaires ont travaillé avec le programme national pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans le pays entier.

Calendrier des événements – Programme de lutte contre le trachome au Niger

1997-2001 : Enquêtes de base sur la prévalence du trachome

2002 : Lancement du plan stratégique de 5 ans

2005 : Enquêtes sur l'impact dans 2 districts de la Région de Zinder

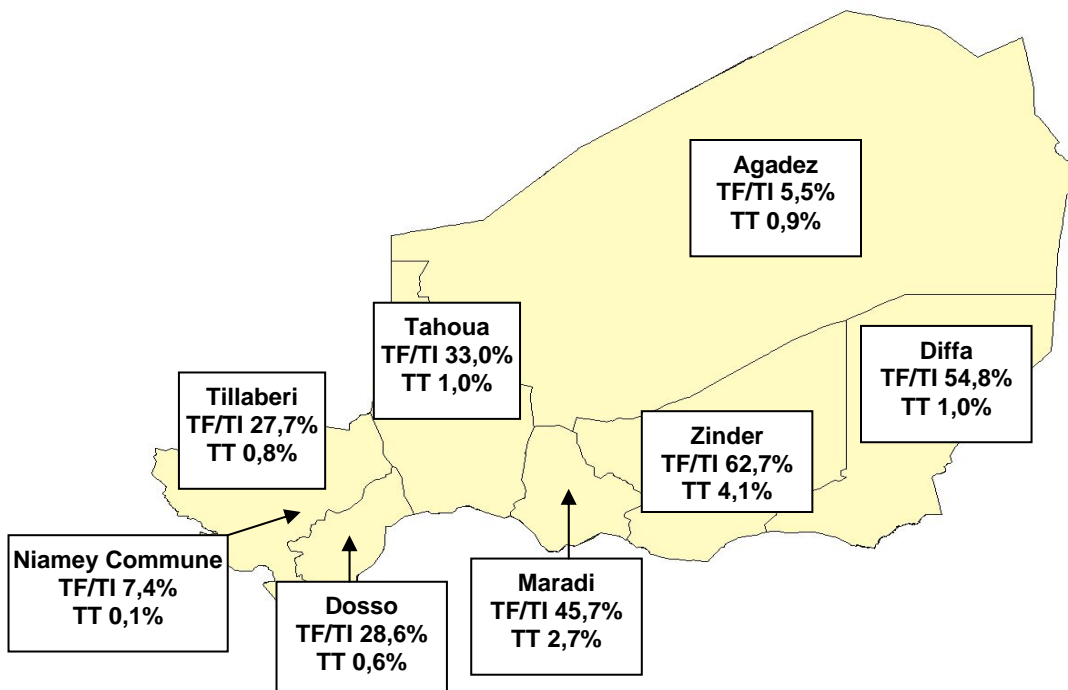
2006 : Enquêtes sur l'impact dans 4 districts de la Région de Zinder

2007 : Démarrage du programme des maladies tropicales négligées

2008 : Le Centre Carter et Helen Keller déploient la stratégie CHANCE intégrale

2015 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant

Carte 1: Prévalence du TF/TI et du TT par région, enquête initiale sur la prévalence, 1997-1999



Accomplissements du programme en 2008

	Cible	Résultat
Personnes opérées du trichiasis	12 530	2 500
Chirurgiens formés	0	0
Doses d'azithromycine distribuées	8 008 098	5 750 612
Doses de tétracycline distribuées	146 843	146 843
Femmes formées pour la production locale de savon	372	1 290
Communautés recevant une éducation sanitaire	4 500	4 500
Latrines familiales construites	11 400	11 636
Latrines familiales construites avec le soutien du Centre Carter	5 000	6 594
Maçons formés pour la construction des dalles Sanplat	266	765
Latrines scolaires construites	60	69

Chirurgie (CH)

En 2008, deux stratégies ont été utilisées – fixe dans les centres de santé et mobile dans les camps de stratégie avancée. Cinq camps de chirurgie ont été organisés. Certains obstacles ont freiné ces activités, notamment les demandes de recouvrement des coûts pour les activités cliniques, les autres activités hors trachome en rivalité et la supervision irrégulière des chirurgiens du trichiasis. Le programme a été en mesure de distribuer de l'azithromycine après la chirurgie à 900 personnes. Aucun chirurgien actif à l'heure actuelle n'a été certifié à l'aide de la méthodologie de certification de l'OMS. Le programme estime que 106 289 personnes attendent actuellement d'être opérées du trichiasis.

Antibiotiques (A)

La distribution de l'azithromycine au Niger s'est fait à base communautaire. Ce sont des distributeurs communautaires qui distribuent le médicament en faisant du porte à porte dans leur village. En 2008, la distribution en masse s'est déroulée dans 23 districts de cinq régions —Diffa, Maradi, Tillabéri, Tahoua, et Dosso—avec le soutien de l'Initiative des MTN. Préférant atteindre les districts avec des taux de TF supérieurs à 10%, le programme national a pris la décision de ne pas traiter à nouveau les districts qui avaient déjà reçu trois séries annuelles d'antibiotiques et qui ont un taux de TF entre cinq et 10%.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Un total de 557 villages dans trois régions ciblées (Zinder, Maradi et Diffa) ont reçu des séances régulières d'éducation sanitaire pour la prévention du trachome en 2008, avec le soutien du Centre Carter. Le programme diffuse des messages par les mass médias axées sur les quatre volets de la stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome. Il distribue des cassettes, du tissu, des t-shirts et des affiches qui encouragent la propreté du visage et le programme fait également appel aux sketches, aux chansons et aux pièces de théâtre.

Des messages d'éducation sanitaire sont diffusés dans les langues locales par les stations radiophoniques locales afin d'étendre la portée du programme éducatif sur l'ensemble du Niger. Des groupes d'écoutes radiophoniques sont réunis pour prendre connaissance des 2 516 messages passés pendant l'année. Pour sensibiliser également les personnes qui n'ont pas de radio, des artistes et des éducateurs sanitaires jouent des pièces de théâtre dans les villages plus grands ainsi que sur les places du marché. Le programme est incapable d'estimer le nombre de personnes recevant cette éducation sanitaire par radio.

Changement environnemental (CE)

En 2002, on a commencé la promotion des latrines afin de réduire la population de mouches *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et également pour améliorer l'hygiène en général. Le programme national recommande les latrines Sanplat. En 2008, les partenaires ont aidé le programme à construire 11 636 latrines familiales d'un coût moyen de \$48 à \$61. Le Centre Carter a soutenu la construction de 6 594 latrines en 2008, dans les régions de Diffa, de Zinder et de Maradi. Le coût accru du ciment et des barres de fer dans la région de Diffa a fait grimper le coût de la latrine dans cette région. Le programme devra construire 863 572 latrines en plus, si l'on veut atteindre l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement, c'est-à-dire réduire de moitié la proportion de ménages qui n'ont pas accès à l'assainissement d'ici 2015. En outre, 208 maçons ont été formés en matière de construction de latrines.

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, le programme cherche à construire de nouveaux points d'eau et à remettre en état ceux qui ne fonctionnent pas. WAWI, l'UNICEF et le Ministère de l'Hydraulique apportent un soutien à l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique.

Cibles pour 2009

Terminer 21 enquêtes sur la prévalence de l'impact au niveau district

- N'guigmi et Maine-Soroa (région de Diffa en mars)
- Région de Dosso (tous les cinq districts en avril)
- Région de Tillabéri (tous les six districts en mai)
- Région de Tahoua (tous les huit districts en octobre)

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 659 personnes du trichiasis (3 000 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

- Distribuer 8 206 388 doses d'azithromycine (dont 848 680 dans la région de Zinder avec le soutien du Centre Carter)
- Distribuer 164 128 doses de tétracycline (dont 17 320 avec le soutien du Centre Carter)

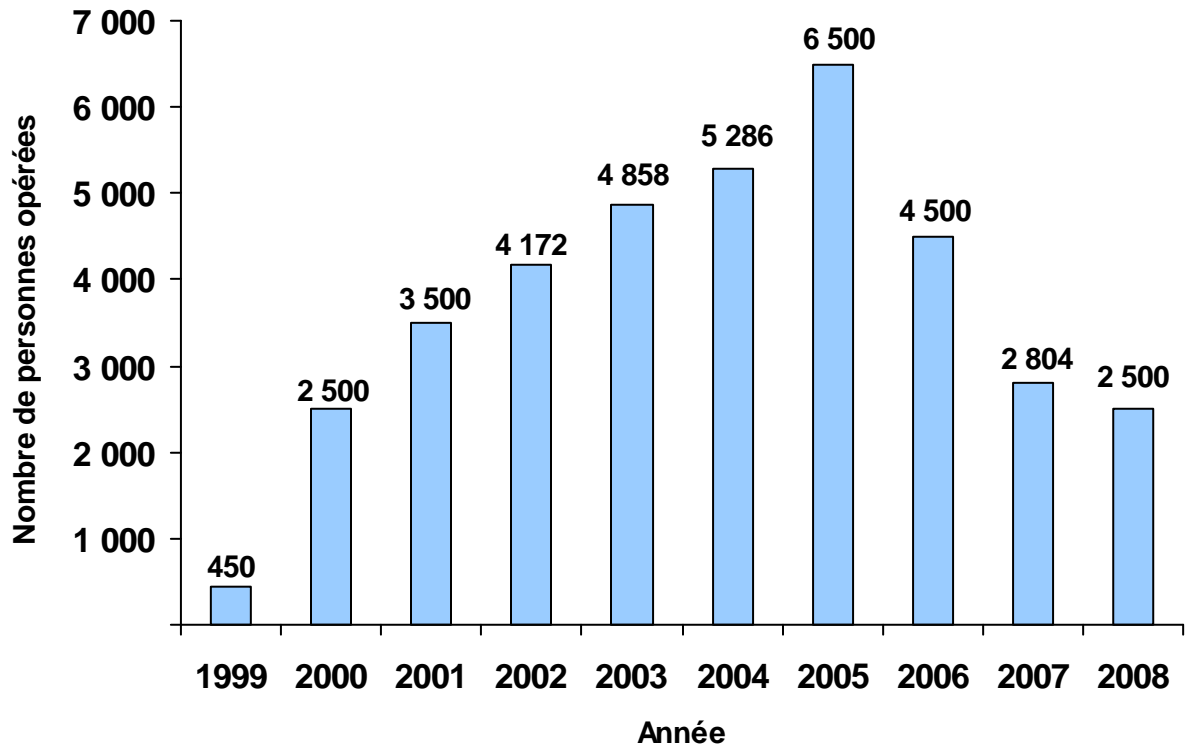
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Atteindre 561 villages avec l'éducation sanitaire

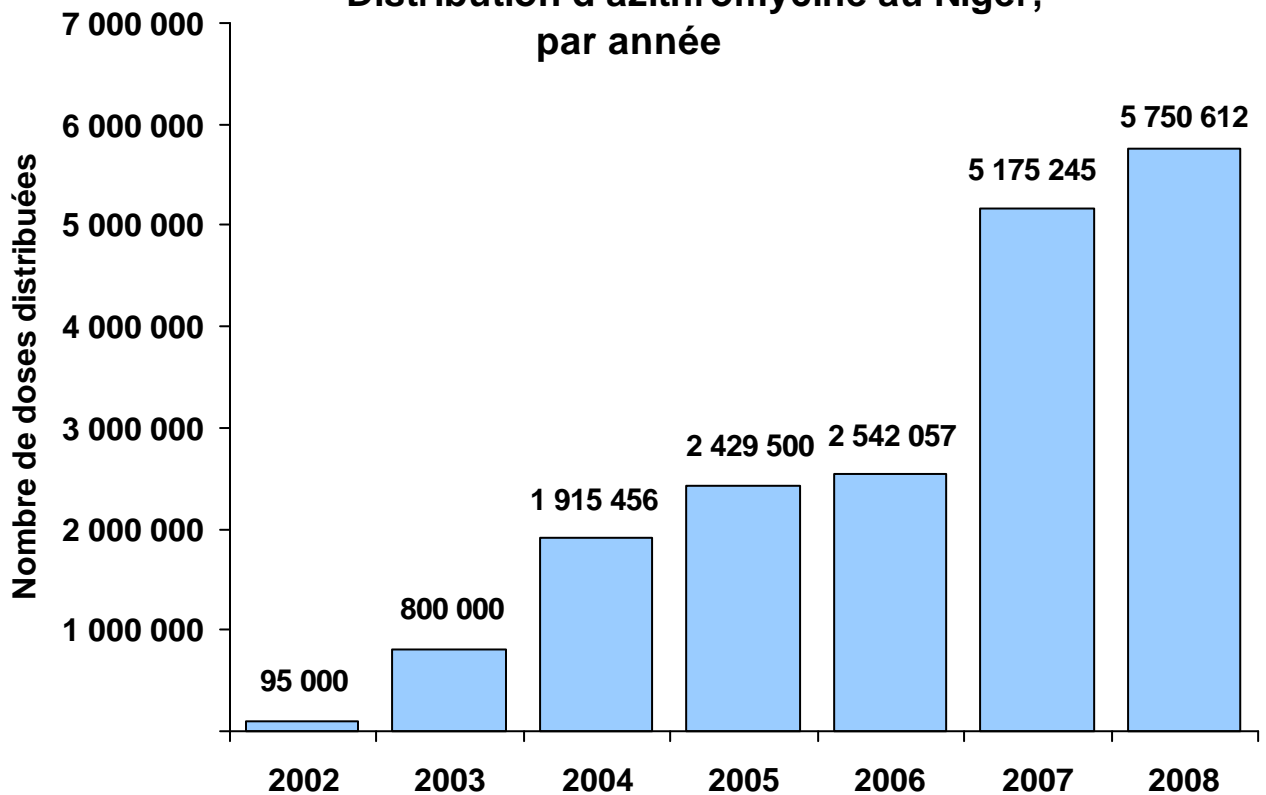
Changement environnemental (CE)

- Construire 15 000 latrines familiales (dont 8 000 avec le soutien du Centre Carter)

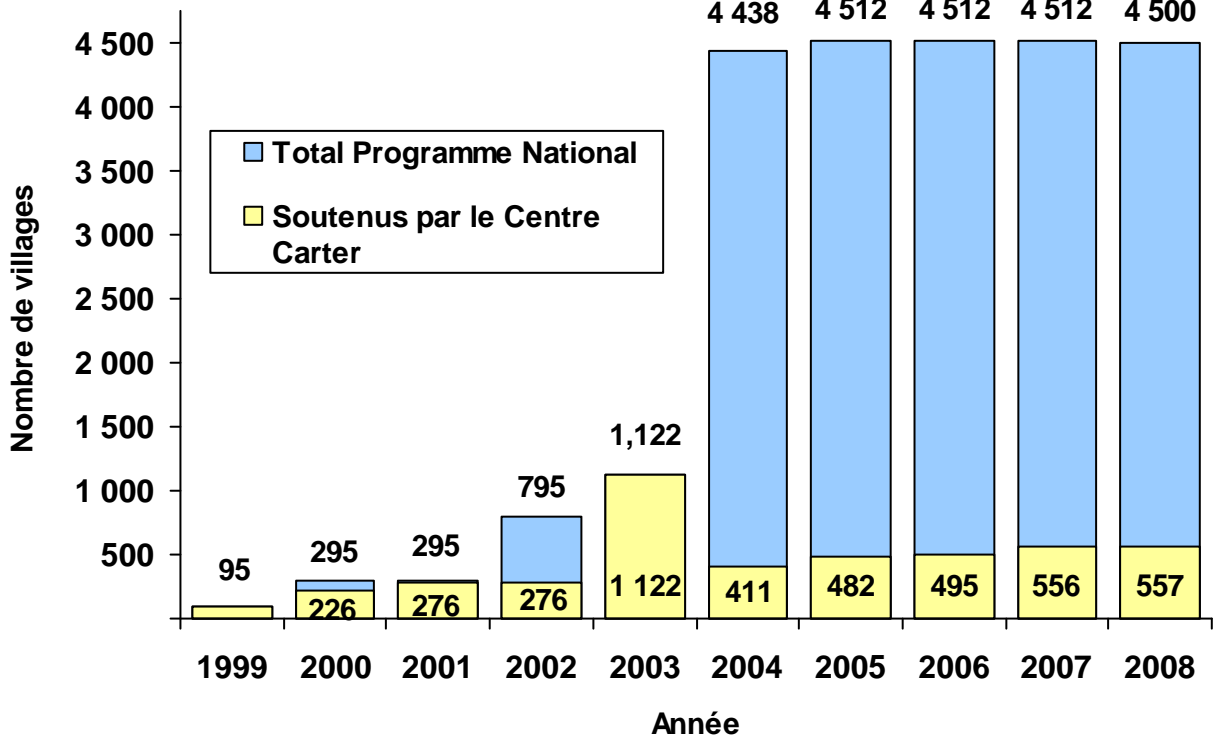
Individus opérés du trichiasis, Niger



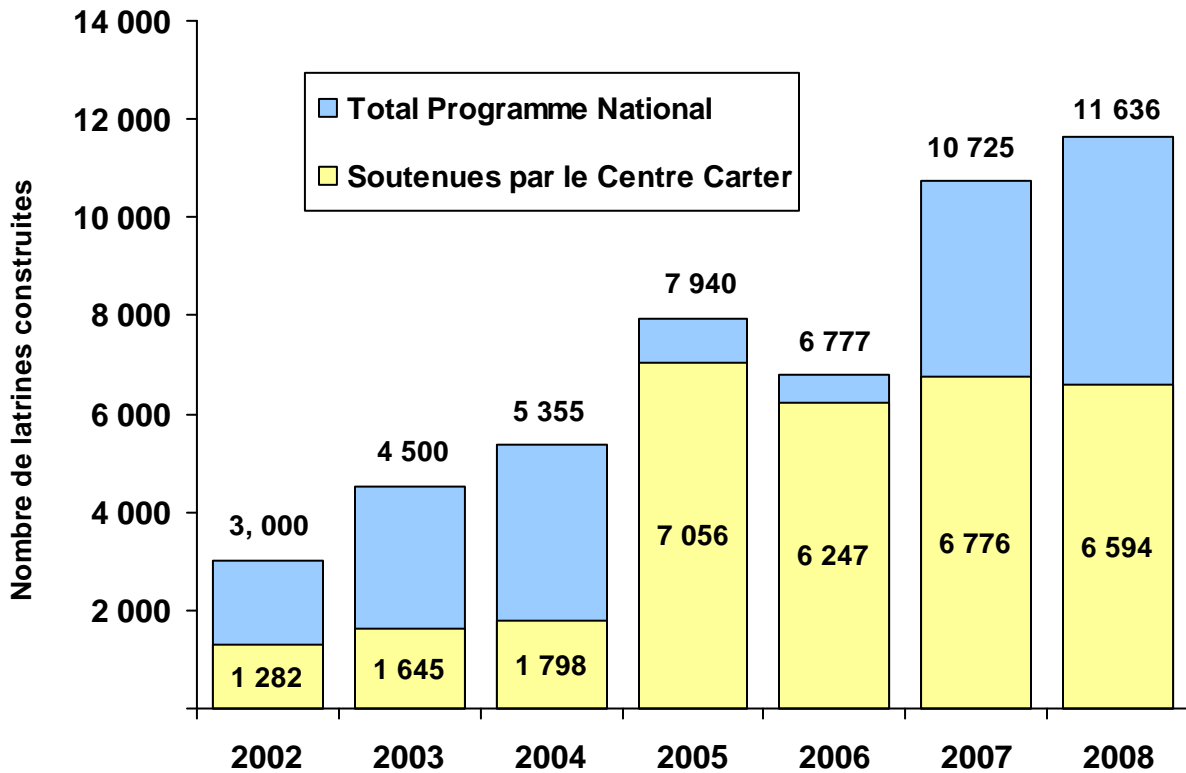
Distribution d'azithromycine au Niger, par année



Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, Niger



Latrines familiales construites au Niger, par année



Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

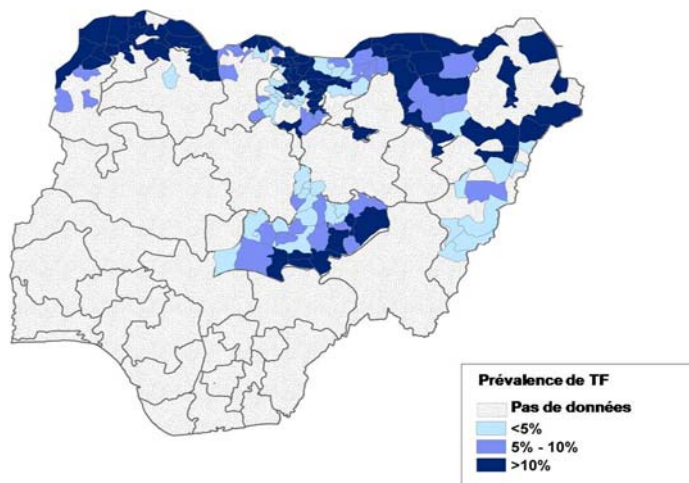
*Présenté par le Dr Uwaezuoke Onyebuchi, Coordinateur national,
Programme national de la lutte contre la cécité*

Données générales

La lutte contre le trachome au Nigeria se déroule sous les auspices du Programme national de la lutte contre la cécité (PNLCC) ; c'est le coordinateur national du PNLCC qui dirige la lutte contre le trachome par l'intermédiaire du ministère de la santé, de diverses ONG et d'organismes des Nations Unies.

D'après les estimations, la population du Nigeria s'élève à 140 millions de personnes (recensement de 2006). La population dans les zones d'intervention de 2008 s'élève à 28 millions (dans les 11 états d'endémicité). La cartographie du trachome est incomplète au Nigeria, mais l'examen des données existantes et divers indices laisse à penser que le trachome est une des grandes causes de cécité dans les états du nord. Depuis octobre 2000, les divers partenaires de la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états ainsi que des évaluations rapides du trachome dans cinq autres. Une enquête nationale de la cécité et de la faible vision, soutenue par Sight Savers International, a démarré en février 2005. Les résultats ne sont pas encore disponibles bien qu'ils ne renseignent que sur les taux du trichiasis et non pas sur le trachome actif. En général, les 19 états au nord du Nigeria seraient affectés par un trachome endémique et 10 de ces états connaîtraient une endémicité élevée (voir carte ci-après).

Carte 1: Prévalence du TF chez les enfants âgés de 1-9 ans



Calendrier des événements – Programme de lutte contre le trachome au Nigeria

Le programme national de lutte contre le trachome a démarré en 2001, avec la création d'une équipe spéciale à l'échelle nationale. Divers partenaires sont venus rejoindre la lutte, dont Helen Keller International et le Centre Carter en 2001 et Sight Savers et Christoffel Blindenmission (CMB) en 2003. Le programme national a été approuvé pour le don d'azithromycine de Pfizer Inc en 2007 et espère recevoir le médicament en 2009. Le gouvernement fédéral s'est donné 2015 comme date cible pour l'élimination du trachome cécitant.

Accomplissements du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

Au Nigeria, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé et dans des camps mobiles organisés dans les villages. En 2008, 85 chirurgies se sont déroulées pendant les campagnes et 9 587 ont été réalisées dans des services de santé de routine. Le programme signale un taux de récurrence se situant entre un et 5%. Dix-huit chirurgiens actuels ont obtenu la certification de l'OMS et dix-huit sont actifs actuellement. Aucun chirurgien n'est sorti du programme pour le moment. Le programme n'a pas encore commencé à distribuer la dose orale unique d'azithromycine après la chirurgie car aucun don de ce médicament n'est fait actuellement au Nigeria.

Le rendement chirurgical est estimé à 339 opérations par chirurgien avec un minimum de 252 et un maximum de 427 par an. Vu que la cartographie est incomplète, il est difficile d'estimer le nombre de personnes en attente d'une opération du trichiasis au Nigeria. D'après les estimations actuelles provenant des données d'enquêtes existantes, 1 291 000 personnes attendraient d'être opérées du trichiasis.

Distribution d'antibiotiques (A)

Le programme de lutte contre le trachome du Nigeria ne reçoit pas encore de l'azithromycine donné par Pfizer Inc, bien que le don ait été approuvé fin 2007. Sight Savers International a acheté de l'azithromycine aux fins de distribution de 2004 à 2006 et a couvert 2 communautés des collectivités locales (LGA) de Sabon Birni de l'état de Sokoto. Un total de 10 782 doses de pommade oculaire de tétracycline ont été distribuées en 2008. Le programme national prévoit une "phase pilote" pour la distribution en masse d'azithromycine qui se déroulera dans l'état de Borno (trois collectivités locales), dans l'état de Kebbi (trois collectivités locales), dans l'état de Sokoto (trois collectivités locales), dans l'état de Zamfara (trois collectivités locales), dans l'état de Katsina (trois collectivités locales), dans l'état du Plateau (trois collectivités locales), dans l'état de Nasarawa (deux collectivités locales) et dans l'état de Yobe (trois collectivités locales), atteignant une population cible de 3 493 405 personnes dans 23 collectivités locales.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Dans les régions des états du Plateau et de Nasarawa bénéficiant d'une aide du Centre Carter, des séances d'éducation sanitaires sont réalisées dans la communauté à l'aide d'affiches et de boîtes à images distribuées par des agents de santé communautaires formés à cet effet. Des t-shirts et des casquettes de baseball avec des messages d'éducation sanitaire sont distribués pour encourager la prévention du trachome. En 2008, aucun nouveau dirigeant religieux, enseignant ou producteur de radio n'a été formé. Une réunion s'est tenue en décembre 2008 pour revoir le matériel d'IEC existant. En 2008, 6 425 villages ont reçu une éducation sanitaire dont 326 avec le soutien du Centre Carter. Le programme national indique que 50% environ de la population dans les zones d'endémicité bénéficie d'une éducation sanitaire et que 50% environ de la population totale est couverte par la radio rurale. Le but final d'intervention pour le programme est d'atteindre les 13 240 villages dont on sait qu'ils sont endémiques dans les 11 états d'endémicité. L'éducation sanitaire est intégrée aux activités d'administration en masse des médicaments dans les états du Plateau et de Nasarawa.

Changement Environnemental (CE)

Un projet de promotion de latrines a été démarré avec le soutien du Centre Carter dans les états du Plateau et de Nasarawa en 2003. Le programme aidé par le Centre Carter recommande les latrines Sanplat, il forme les maçons et distribue les matériaux de construction. Deux maçons sont généralement formés par village. Les matériaux sont le ciment, les briques, les pelles et les communautés fournissent la main-d'œuvre et aident les maçons. Il n'existe pas de type standard de superstructure recommandé dans la communauté, bien que l'on encourage la construction d'un toit. Le coût total estimé par latrine familiale est l'équivalent de \$66 dont 60% sont contribués par le ménage. Sans données d'enquête exactes, il n'est pas possible de calculer le but final d'intervention pour les latrines familiales.

Fin 2008, le programme soutenu par le Centre Carter a fait l'essai d'un nouveau modèle de latrines qui utilise 95% de matériaux locaux. Le coût de cette latrine est estimé à \$2,80 pour l'achat d'un ¼ de sac de ciment. Cette dalle n'a pas été essayée ni observée par le personnel du siège du Centre Carter et n'a pas

été recommandée à grande échelle. On ne sait pas si c'est une technologie durable et on ne connaît pas la stratégie idéale de sa promotion. Le programme national estime que son but final d'intervention est de 962 638 latrines familiales.

Le programme national de la lutte contre la cécité encourage les comités de prévention de la cécité à faire les plaidoyers au gouvernement des états et aux collectivités locales, de construire des puits et d'approvisionner en eau potable des communautés où le trachome est endémique. Les partenaires qui soutiennent l'approvisionnement en eau dans les zones où le trachome est endémique sont les suivants : RUWATSAN, Water Aid, l'UNICEF, les gouvernements d'état et les collectivités locales ainsi que la fondation Tuls Chanrai. Trente villages dans les états de Kebbi et de Borno ont obtenu de nouveaux points d'eau en 2008 avec le soutien des gouvernements des états.

Activités supplémentaires

Au titre des événements spéciaux du plaidoyer en 2008 : la journée mondiale du glaucome et la journée mondiale de la vision, accompagnées de distribution du matériel d'IEC, camps de chirurgie de la cataracte et causeries médiatiques. Une enquête sur la prévalence du trachome a été achevée dans l'état de Kano avec CBM en 2008. Une évaluation a été faite des programmes de lutte contre le trachome dans les états de Kebbi et Zamfara et des ateliers de diffusion ont été organisés pour les enquêtes nationales de cécité et faible vision. Le programme a également démarré une journée obligatoire de nettoyage des villages/assainissement environnemental.

Tableau 1: Activités du programme en 2008

	Cibles nationales	Résultat national	Cibles du Centre Carter	Résultat du Centre Carter
Personnes opérées	9 950	9 672	N/D	N/D
Chirurgiens formés	0	0	N/D	N/D
Doses d'azithromycine Distribuées	1 435 800	0	N/D	N/D
Doses de tétracycline Distribuées	14 000	10 782	N/D	1 500
Villages couverts par l'éducation sanitaire	6 460	6 425	326	326
Construction de latrines familiales/communautaires	7 500	6 121	7 500	6 121

Cibles 2009

- Des enquêtes sur la prévalence au niveau district sont prévues pour l'état de Taraba en avril 2009 avec le soutien du MITOSATH

Chirurgie (CH)

- Opérer 8 000 personnes sur l'ensemble du pays
- Former 15 chirurgiens

Antibiotiques (A)

- Distribuer 1,44 million doses d'azithromycine (672 885 avec le soutien du Centre Carter)
- Distribuer 40 000 doses de tétracycline (13 732 avec le soutien du Centre Carter)

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Continuer les activités d'éducation sanitaire dans 13 240 villages (853 avec le soutien du Centre Carter)

Changement environnemental (CE)

- Construire 10 500 latrines familiales (7 500 avec le soutien du Centre Carter)
- Réaliser les activités de nettoyage dans les villages d'intervention

Programme de lutte contre le trachome au Soudan : Gouvernement du Soudan

*Présenté par le Dr Awad Hassan, Coordinateur national, Programme de lutte contre le trachome
Ministère fédéral de la santé, Gouvernement du Soudan*

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 38 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud. Le GOS et le GOSS font partie du Gouvernement de l'Unité nationale. Les zones du GOS comptent une population d'environ 26 millions de personnes dont 4 millions de personnes déplacées dans le pays.

Pfizer Inc a commencé à donner de l'azithromycine (Zithromax®) au Soudan en août 2000 par l'intermédiaire de l'International Trachoma Initiative. En mars 2005, le Ministère Fédéral de la Santé a signé une résolution indiquant que le programme de lutte contre le trachome s'était joint officiellement au Programme National de Prévention de la Cécité (NPPB) et relève de la responsabilité de son coordinateur, le Dr Kamal Hashim. Les activités soutenues par le Centre Carter dans les régions du GOS continuent à être coordonnées et à être suivies à partir de Khartoum. En 2005, le programme a commencé à décentraliser la mise en œuvre des activités du programme, la confiant aux ministères de la santé des divers états. Le premier Lions Club du Soudan a été inauguré à Khartoum en juin 2005 avec l'aide du Centre Carter de Khartoum. Ce club bénéficie des activités précédentes de l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter au Soudan. Le Lions Club de Khartoum a l'intention de renforcer la collaboration avec le programme national de lutte contre le trachome.

Calendrier des événements – Gouvernement du Soudan

- 2000 : Début du don d'azithromycine
- 2005 : Nouveau lancement du programme national
- Avril 2005 : Début des enquêtes de base sur la prévalence
- Décembre 2005 : Mise en place du Plan stratégique de 5 ans
- 2006 : Protocole de participation communautaire
- 2006 : Manuel de chirurgie du TT adopté localement pour la formation en arabe, manuel des soins oculaires primaires modifié pour tenir compte de la classification OMS pour le trachome, formulation du protocole d'enquête
- 2015 : Cible d'élimination du trachome cécitant

Epidémiologie du trachome au Soudan

Si on sait depuis longtemps que le trachome est un grave problème de santé publique au Soudan, par contre peu de données étaient disponibles avant mai 1999. C'est à cette époque que le Ministère fédéral de la Santé du Soudan (FMOH) terminait les premières enquêtes sur la prévalence du trachome auprès de la population avec le soutien technique du Centre Carter. Une enquête s'est déroulée dans le Wadi Halfa, au Nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud. On pensait auparavant que le trachome était un grave problème uniquement dans le Nord mais les enquêtes ont confirmé que le trachome était une cause de grave infirmité et de cécité aussi bien dans les Etats du Sud que du Nord. En 2006, des enquêtes ont été réalisées dans le camp de réfugiés de Jabal Awlia de l'Etat Khartoum, localité de Dongola de l'Etat du Nord, dans le camp de réfugiés Haj Yusif et la localité de Kassala de l'Etat de Kassala. Le programme est en train de cartographier la prévalence du trachome. Les résultats récents ont montré des niveaux d'endémicité plus faibles que ceux signalés auparavant.

Réalisations du programme en 2008

Chirurgie du trichiasis (CH)

Dans les régions du programme de GOS, une chirurgie routinière du trichiasis est réalisée par des ophtalmologues et des assistants médicaux spécialisés en ophtalmologie, dans les hôpitaux centraux et les divers états. Lors de camps oculaires dans les zones rurales, les ophtalmologues réalisent une chirurgie du trichiasis en plus des chirurgies routinières de la cataracte. Le paiement se fait selon une échelle dégressive pour la chirurgie du TT dans les hôpitaux. La chirurgie est gratuite dans les camps oculaires.

In 2008, 10 campagnes chirurgicales ont été déployés pendant lesquelles 403 personnes ont été opérées. De plus, 977 chirurgies ont été réalisées lors de la prestation de services de santé de routine. Le programme a commencé à distribuer une dose orale unique d'azithromycine après l'intervention chirurgicale. En 2008, 81 doses ont été distribuées de cette manière.

Dix des 61 chirurgiens ont été certifiés sur la base des critères de l'OMS comme chirurgiens du trichiasis. On ne connaît pas les taux de récurrence et on ne connaît pas non plus le rendement chirurgical par chirurgien. Il existe au minimum 28 700 personnes qui attendent d'être opérées bien que tous les états n'aient pas enquêtés et que ce nombre changera probablement lorsque de nouvelles informations seront disponibles.

Distribution des antibiotiques (A)

La distribution d'antibiotiques dans les régions du GOS est décentralisée et confiée aux ministères de la santé des états, aidés par le programme national. Des superviseurs locaux et des agents de santé villageois organisent et réalisent la distribution des médicaments, par porte à porte, et cette distribution est précédée par la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire. Les communautés où le trachome est endémique fixent les dates de la distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et sensibilisent à la campagne. Une politique nationale a été adoptée, selon laquelle aucun paiement d'incitation ne sera versé aux distributeurs de médicaments. Le recueil de données se fait à l'aide de deux registres, l'un pour le village entier ou bloc de maisons et l'autre pour le ménage. Le programme réalise un contrôle ponctuel immédiat des registres des médicaments après la distribution, choisissant aléatoirement 30 ménages et compare avec les carnets familiaux pertinents. A la fin de 2008, 11 villages dans la localité de Dongola (Northern State) avait reçu trois années d'administration en masse de médicaments, le reste de Dongola avaient obtenu deux années et la localité de Baw dans l'état Blue Nile avait reçu une année de distribution d'antibiotiques.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2008, 239 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue dans les localités de Baw et de Dongola avec le soutien du Centre Carter, couvrant environ 380 930 personnes. Des messages de santé sont diffusés chaque jour en langue locale par des haut-parleurs, lors de présentations à la mosquée et par la radio communautaire. Lors de la distribution en masse d'antibiotiques, un total de 200 messages radiophoniques ont été passés sur les ondes, 2 500 affiches ont été distribuées, 660 T-shirts JAMAL ont été offerts et 660 volontaires ont reçu des informations sur le trachome. Dans les localités de Damazine et de Rosaries (état du Blue Nile), les activités de sensibilisation étaient les suivantes : distribution d'affiches dans 56 écoles primaires, entretiens individuels, présentations de photos et de diapositives et chansons sur le thème. De plus, le manuel de formation en matière de trachome a été revu, le livret Rabbit Hasson a été mis à jour et imprimé aux fins de distribution aux élèves de l'école primaire et de nouvelles affiches et de nouveaux autocollants ont été conçus et imprimés.

Changement environnemental (CE)

Le programme de lutte contre le trachome du GOS ne fait pas encore la promotion de latrines familiales dans ses zones d'intervention. D'après les estimations, 382 677 ménages dans les zones d'interventions actuelles n'ont pas de latrines familiales. Le programme est représenté depuis 2005 dans l'équipe Eau et Assainissement de l'UNICEF. Les communautés où le trachome est endémique prennent une part importante dans leur approvisionnement en eau. L'UNICEF/WES est représentée depuis 2005 dans l'équipe spéciale du programme national de lutte contre le trachome. Parmi les partenaires engagés dans l'approvisionnement en eau sont les suivants: ministères d'ingénierie des divers états, WES et les

communautés d'endémicité elles-mêmes. En 2008, une pompe d'eau a été installée dans chaque village de la localité de Baw. Le décret du Commissionnaire Baw renferme un plaidoyer spécial pour l'amélioration environnementale : chaque ménage devrait avoir sa propre latrine et les habitants doivent participer à la construction de latrines et à l'entretien du point d'eau (Hafeer).

Une revue du programme national s'est tenue à Khartoum en juillet 2008 avec pour objectifs de revoir les progrès du programme, de retenir les priorités et de faire des recommandations aux fins de future mise en œuvre.

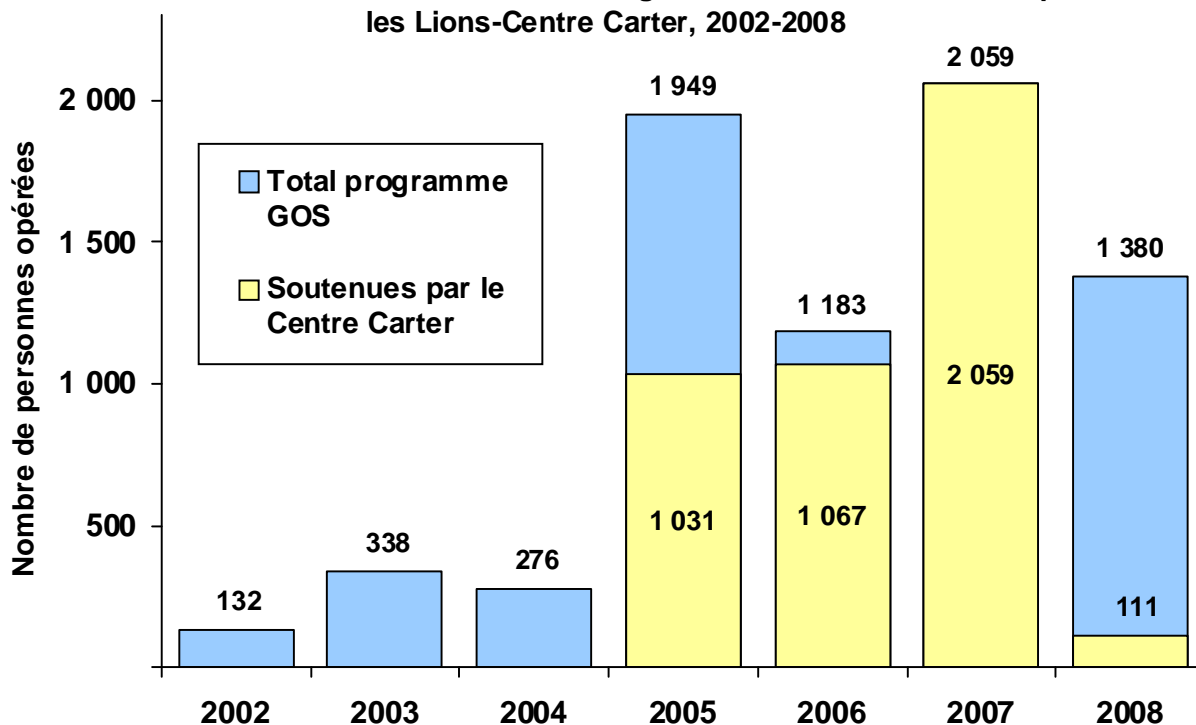
Tableau 1: Accomplissements du programme en 2008

	Cibles	Résultats
Personnes opérées du trichiasis	3 000	1 380 (111 avec le soutien du Centre Carter)
Chirurgiens du trichiasis formés	8	10
Doses d'azithromycine distribuées	292 164	248 559
Doses de tétracycline distribuées	5 743	4 072
Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire	120	239

Cibles pour 2009

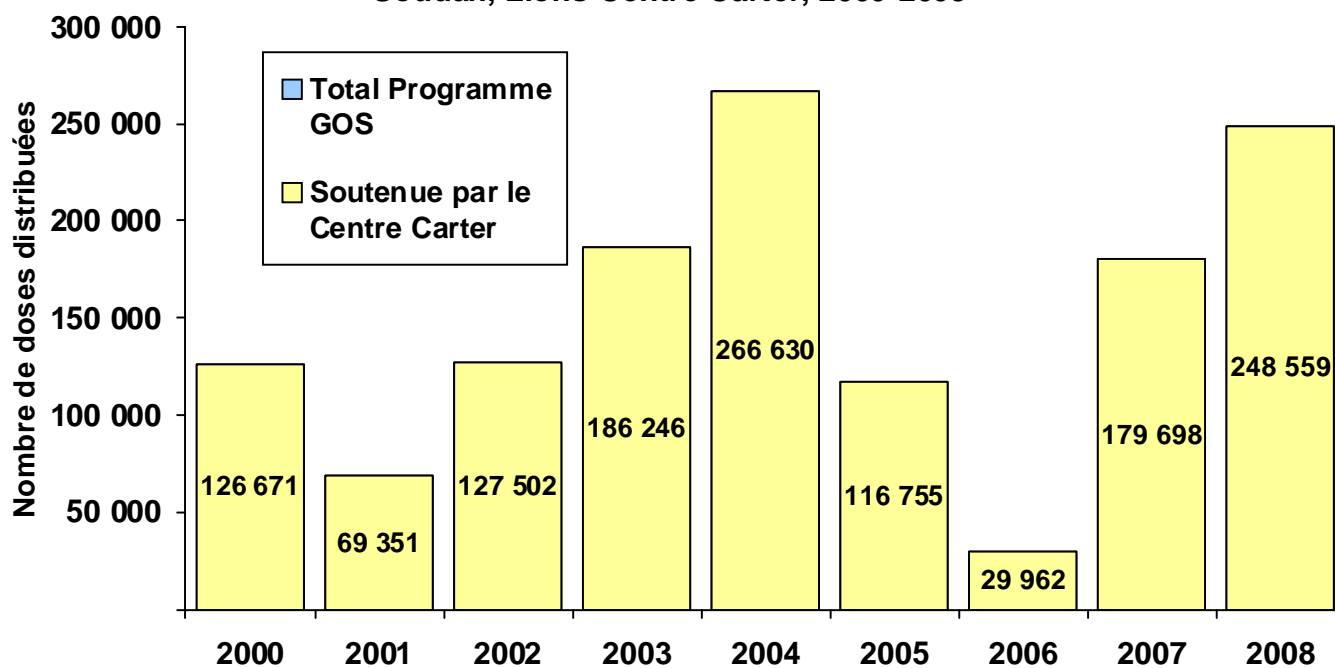
Les cibles pour 2009 concernent essentiellement la cartographie continue du trachome. Le programme a l'intention de former d'autres personnes pour leur apprendre le classement de l'OMS et étudiera la fiabilité des observateurs avant chaque enquête. Les enquêtes sur la prévalence se dérouleront dans les états suivants : White Nile, Al Gedarif, Kassala, Blue Nile, Sennar, River Nile, Red Sea, North Kordofan et South Kordofan.

Le Gouvernement du Soudan, chirurgies du trichiasis soutenues par les Lions-Centre Carter, 2002-2008



N.B. Après la signature de l'accord de paix en janvier 2005, le gouvernement du Soudan n'était plus responsable de la mise en œuvre du programme dans le sud.

Distribution d'azithromycine soutenue par le Gouvernement du Soudan, Lions-Centre Carter, 2000-2008



Programme de lutte contre le trachome au Soudan : Gouvernement du Soudan du Sud

*Présenté par le Dr Lucia Kur, Coordinatrice, Programme de lutte contre le trachome du Soudan du Sud
Ministère de la Santé, Gouvernement du Soudan du Sud*

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique avec une superficie d'environ 2,5 millions de kilomètres carrés. Ayant accédé à son indépendance en 1956, ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 38 des 51 années qui se sont écoulées depuis. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 années avec l'Armée de libération populaire du Soudan du Sud. C'était la plus longue guerre civile qu'ait jamais connue l'Afrique. Au terme de l'Accord de paix complet, le pays a un caractère unique en ce qu'il dispose de deux systèmes : le Gouvernement du Soudan (GOS) gouverne les 15 états au nord et le Gouvernement du Soudan du Sud (GOSS) les 10 états au sud. Le GOS et le GOSS font partie du Gouvernement de l'Unité nationale.

De 1989 à 2005, l'aide humanitaire au Soudan du Sud était apportée sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan (OLS), consortium d'agences des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales. Les premiers partenaires de la lutte contre le trachome au Soudan du Sud ont commencé à collaborer avec des organisations non gouvernementales dans le consortium OLS pour planifier un vaste effort de lutte contre le trachome en utilisant la stratégie CHANCE. Pfizer Inc a commencé à donner de l'azithromycine (Zithromax®) au Soudan par l'intermédiaire de l'International Trachoma Initiative en août 2000.

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des ONG pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les zones bénéficiant d'un soutien de l'OLS. C'était le Centre Carter de Nairobi avec l'assistance d'ONG partenaires et de services humanitaires au Sud du Soudan qui coordonnait les activités dans ces régions. Les enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre endroits en 2001 et dans un troisième en 2002. Le bureau du Centre Carter qui soutient les activités dans les régions du GOSS s'est déplacé de Nairobi au Kenya à Juba au Soudan en 2005. Actuellement, le programme estime qu'il existe plus de 1,6 million de personnes exposées au risque de contracter le trachome dans le Soudan du Sud. Actuellement, le Centre Carter dans le Soudan du Sud soutient la stratégie intégrale CHANCE avec un financement de LCIF.

Calendrier des évènements – Gouvernement du Soudan du Sud

- Janvier 2005 : signature de l'Accord de paix
- 2006 : création du ministère de la santé du gouvernement du Soudan du Sud
- 2007 : mise en place du programme de lutte contre le trachome MS/GOSS
- 2008 : Première revue annuelle du programme de lutte contre le trachome et création de l'équipe spéciale de lutte contre le trachome

Epidémiologie du trachome dans le Soudan du Sud

Le programme de lutte contre le trachome du GOSS intervient dans des régions où la prévalence du trachome cécitant est extrêmement élevée et où même les enfants de moins de 5 ans souffrent déjà du trichiasis. Parfois il est difficile pour le programme d'avoir accès à ceux qui sont le plus exposés au risque, à cause de l'insécurité et du mauvais état des routes. Cette situation est compliquée par une infrastructure sanitaire précaire, une infrastructure physique réduite au minimum et de solides croyances et pratiques culturelles qui freinent le changement comportemental. Il existe de nombreux groupes nomades mobiles et un grand nombre de personnes déplacées.

Des enquêtes sur la prévalence réalisées dans les états comme Nile, Jonglei, Unity, Eastern and Central Equatoria, indiquent une prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans de l'ordre de 54,4%. La prévalence de TT chez les enfants âgés de moins de 15 ans s'élève à 1,4% et elle est de l'ordre de 11% chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

Tableau 1: Prévalence du trachome dans le Soudan du Sud

Districts (Comtés)	Enfants âgés de 1 à 9 ans			Enfants âgés de < 15 ans	Personnes âgées de 15 ans et plus
	TF	TI	TF & TI	TT	TT
South Bor (Paluer)	77,2	63,6	87,8	0,5	10,0
South Bor (Padak)	65,2	63,6	76,5	0,1	10,0
Twic East (Kongor)	33,2	29,2	43,3	0,1	5,5
Pibor (Boma)	53,1	39,4	60,3	3,0	12,3
Kiech Kuon	63,0	51,9	80,2	2,2	14,7
Ayod	80,1	60,7	88,3	5,2	14,6
Juba (Katigiri)	45,5	24,5	50,0	0,2	1,3
Terekeka (Tali)	64,7	35,3	72,6	0,3	4,1
Kapoeta East (Narus)	35,4	23,8	41,5	0,6	6,3
Budi (Kimatong)	40,0	41,9	60,3	3,5	17,0

Accomplissements du programme en 2008

Chirurgie (CH)

Dans le Soudan du Sud, la chirurgie du trichiasis est réalisée dans des établissements de santé tels que l'hôpital universitaire de Juba, l'hôpital Normeca à Kapoeta, et le Centre des soins de santé primaires d'Ayod. Les partenaires qui apportent une aide en 2008 aux interventions chirurgicales du Gouvernement du Soudan sont les suivants : le Centre Carter, CBM et International Medical Relief Fund (IMRF). Un total de 11 camps de chirurgie ont été déployés en 2008, durant lesquels 2 000 personnes ont été opérés. De plus, 1 704 chirurgies ont été réalisées lors de la prestation de services de routine. Actuellement, 17 chirurgiens ont obtenu la certification de l'OMS et 14 sont actifs.

Tant que d'autres enquêtes sur la prévalence n'auront pas été faites, le programme ne peut pas estimer le nombre de personnes qui attendent d'être opérées. D'après les estimations actuelles des régions enquêtées, il existe 244 563 personnes de tout âge souffrant du trichiasis. L'opération des enfants constitue un défi programmatique qui serait unique, aussi bien dans le Soudan du Sud que dans certaines parties de l'Ethiopie.

Antibiotiques (A)

Dans le Soudan du Sud, la distribution en masse d'antibiotiques se déroule dans des endroits choisis au sein de la communauté. Les stations de distribution sont choisies à l'aide des responsables de terrain, des communautés où le trachome est endémique et du gouvernement local, en tenant compte des déplacements de la population vers les pâturages et les points d'eau. La mobilisation commence au moins cinq jours à l'avance et les équipes de distribution sont composées de quatre à cinq agents de santé communautaires formés en plus des responsables de terrain du Centre Carter. La participation active des communautés dans la distribution des médicaments contribue à la mobilisation réussie de tous les membres communautaires. Le programme ne pourra pas calculer son but final d'intervention en ce qui concerne la distribution d'antibiotiques tant que les enquêtes ne sont pas achevées. Un total de 14 districts ont bénéficié de la distribution d'antibiotiques jusqu'à la fin de 2008.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Dans les zones d'intervention du gouvernement du Soudan du Sud, l'éducation sanitaire est confiée à des agents de santé communautaires formés, notamment de :

- Superviseurs du trachome, de la dracunculose et des soins de santé primaires
- Agents de santé communautaires dans les dispensaires des ONG
- Agents des soins de santé maternelle et infantile (accoucheuses traditionnelles et responsables de la vaccination)
- Enseignants du primaire
- Animateurs communautaires et agents d'hygiène travaillant pour les ONG partenaires intervenant au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
- Agents communautaires de santé animale faisant partie des ONG qui fournissent des services vétérinaires

Des responsables de terrain, des conseils techniques et des volontaires passent des vidéos sur le trachome pour sensibiliser au problème. Onze écoles dans les districts du Greater Bor reçoivent une éducation sanitaire de routine à l'aide de boîte à images et des formations sur le trachome sont également dispensées lors des services religieux dans les districts du Greater Bor. Une vidéo sur CHANCE a été mise au point en 2008 ainsi que trois vidéos sur le trachome dans les langues Dinka, Nuer et Toposa. Le programme estime qu'il atteint 3 081 villages avec une éducation sanitaire continue. Le but final d'intervention est d'atteindre tous les 4 662 villages endémiques. Le programme espère encourager les communautés à identifier leurs propres indicateurs, à fixer des stratégies et des buts et à mettre au point des outils pour la mise en œuvre du programme.

Changement environnemental (CE)

La construction de latrines avance lentement dans le Soudan du Sud à cause des conditions instables du sol et du coût élevé des matériaux qui ne peuvent pas être achetés sur le marché local et qui doivent être importés de l'Ouganda ou du Kenya. Généralement, on recommande la latrine à fosse ventilée et améliorée. Des partenaires ONG fournissent les matériaux et les outils pour creuser et les ménages fournissent la main-d'œuvre. Le programme a l'intention d'évaluer la possibilité de construire en 2009 des latrines familiales dans le Soudan du Sud en utilisant la technologie durable.

L'approvisionnement en eau relève de la responsabilité du Ministère des Coopératives et du Développement Rural. Ce même ministère est responsable de la formulation de directives pour l'approvisionnement en eau et de la protection et de la remise en état des puits creusés à la main et des puits forés construits avec l'aide des partenaires ONG. Suite au caractère co-endémique de la dracunculose et du trachome, le programme du trachome a bénéficié d'interventions d'approvisionnement en eau entrant dans le cadre de la lutte contre la dracunculose.

Tableau 2 : Accomplissements du programme en 2008

Activités	Cibles	Résultats	Cibles du Centre Carter	Résultats du Centre Carter
Personnes opérées du trichiasis	6 000	3 704	5 000	1 700
Chirurgiens du trichiasis formés	37	10	11	8
Doses d'azithromycine distribuées	1 326 194	464 974	1 326 194	464 974
Doses de tétracycline distribuées	33 154	13 668	33 154	13668
Education sanitaire (villages)	4 662	3 081	4 662	3 081

Cibles pour 2009

- Faire une enquête sur la prévalence du trachome dans deux districts de l'état Upper Nile et districts non identifiés des états Lakes et Unity.

Chirurgie du trichiasis (CH)

- Former 12 nouveaux chirurgiens du trichiasis (11 avec le soutien du Centre Carter)
- Opérer 5 000 personnes du trichiasis (3 000 avec le soutien du Centre Carter)

Antibiotiques (A)

- Distribuer l'azithromycine à 480 000 personnes (dans les zones d'intervention du Centre Carter dans les états Eastern Equatoria et Jonglei)
- Distribuer la pommade de tétracycline à 20 000 personnes

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Cibler 4 662 villages accessibles pour l'éducation sanitaire portant sur l'hygiène personnelle et la construction de latrines

Changement environnemental (CE)

- Promouvoir la construction de 500 latrines familiales dans les villages d'endémicité



Formation de chirurgiens à Akobo, mai 2009.

Tableau 1. Récapitulatif des Interventions de Programmes de Lutte Contre le Trachome (pays recevant une assistance du Centre Carter)

Données Nationales Indiquées pour 2008 lors de la Dixième Revue Annuelle des Programmes, Atlanta, 11 au 13 février 2009

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
				GOS*	GOSS**			
N & CE								
Nombre de villages avec l'éducation sanitaire	1 120	8 487	4 500	239	3 081	3 190	6 425	27 042
Villages ciblés	6 000	4 000	4 500	120	4 662	3 232	6 460	28 974
Couverture en pourcentage	18,7%	212,2%	100,0%	199,2%	66,1%	98,7%	99,5%	93,3%
Nombre de latrines familiales construites	1 808	13 410	11 636	N/A		384 274	6 121	417 249
Nombre de latrines familiales ciblées	5 000	14 000	11 400	N/A	1 000	400 996	7 500	439 896
Couverture en pourcentage	36,2%	95,8%	102,1%	N/A	0,0%	95,8%	81,6%	94,9%
Antibiotiques (A)								
Azithromycine								
Traitements	147 122	5 445 392	5 750 612	248 559	464 974	15 213 333	N/A	27 269 992
Cibles 2008	950 000	9 520 739	8 008 098	292 164	1 326 194	22 750 000	1 435 800	44 282 995
Couverture en pourcentage	15,5%	57,2%	71,8%	85,1%	35,1%	66,9%	N/A	61,6%
Tétracycline								
Traitements		98 232	146 843	4 072	13 668	401 491	10 782	675 088
Cibles 2008	36 400		146 843	5 743	33 154	568 750	14 000	804 890
Couverture en pourcentage	N/A	N/A	100,0%	70,9%	41,2%	70,6%	77,0%	83,9%
Chiurgie (CH)								
Chirurgies	130	4 180	2 500	1 380	3 704	63 262	9 672	84 828
Cibles 2008	1 000	12 000	12 530	3 000	6 000	177 354	9 950	221 834
Couverture en pourcentage	13,0%	34,8%	20,0%	46,0%	61,7%	35,7%	97,2%	38,2%

*GOS: Gouvernement du Soudan

**GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud

Tableau 2: Cibles Annuelles des Programmes Nationaux de Lutte Contre le Trachome 2009

Présentées lors de la Dixième Revue Annuelle des Programmes, Atlanta, 11 au 13 février 2009

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie‡	Nigeria	Total
				GOS*†	GOSS**			
Chirurgie								
Personnes opérées du trichiasis	2 000	17 100	15 659	-	5 000	95 000	8 000	142 759
Antibiotique								
Distribution en masse d'azithromycine (personnes)	N/A	7 245 423	8 206 388	-	480 000	13 500 000	1 435 800	30 867 611
Distribution de la pommade tétracycline (personnes)	N/A	147 866	164 128	-	20 000	270 000	40 000	641 994
Nettoyage du visage								
Education sanitaire (village)	N/A	9 000	561	-	4 662	3 232	13 240	30 695
Changement environnemental								
Latrines familiales à construire	5 000	16 000	15 000	-	500	157 648	10 500	199 648

* GOS: Gouvernement du Soudan

†Cartographie de la prévalence du trachome en cours dans les zones du GOS.

**GOSS: Gouvernement du Soudan du Sud

‡Cibles présentées sont uniquement pour l'Etat régional d'Amhara

Tableau 3. Récapitulatif des interventions soutenues par le Centre Carter

Interventions cumulatives par pays, 1999-2008									
Indicateurs	Ghana**	Mali**	Niger**	Soudan		Ethiopie	Nigeria**	Totaux	
				GOS***	GOSS***				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/A	1 491	0	2 251	3 817	124 716	26	132 275
	Nouveaux chirurgiens du trichiasis formés	N/A	25	0	66	69	585	N/A	745
A	Doses d'azithromycine distribuées	N/A	0	0	1 299 697	1 293 840	22 753 291	N/A	25 346 828
	Doses de pommade de tétracycline distribuées	N/A	0	0	8 128	211 127	1 383 216	N/A	1 602 471
N	Villages avec une éducation sanitaire*	50	1 334	557	239	3 081	2 898	321	8 480
	Ecoles avec une éducation sanitaire	49	138	374	49	80	1 362	211	2 263
	Nouvelles personnes formées pour l'éducation sanitaire	8 079	15 815	4 450	1 654	20 070	61 524	3 041	114 633
CE	Latrines familiales construites	6 997	48 011	31 308	0	439	727 856	26 947	841 662
	Nouveaux maçons formés	N/A	2 896	936	0	N/A	N/A	1 910	5 742

*Données 2008 seulement.

**Le soutien du Centre Carter au Nigeria et au Ghana se concentre sur les interventions N et CE. Le Centre Carter a commencé à soutenir la stratégie CHANCE intégrale au Niger et au Mali en septembre 2008. Un soutien indirect pour la mise en œuvre des quatre composantes de CHANCE sous l'angle logistique et conseils technique est apporté aux programmes sur demande.

***GOS/GOSS: Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud

Tableau 4. Programmes de lutte contre le trachome soutenus par le Centre Carter

Récapitulatif des interventions par pays, janvier - décembre 2008

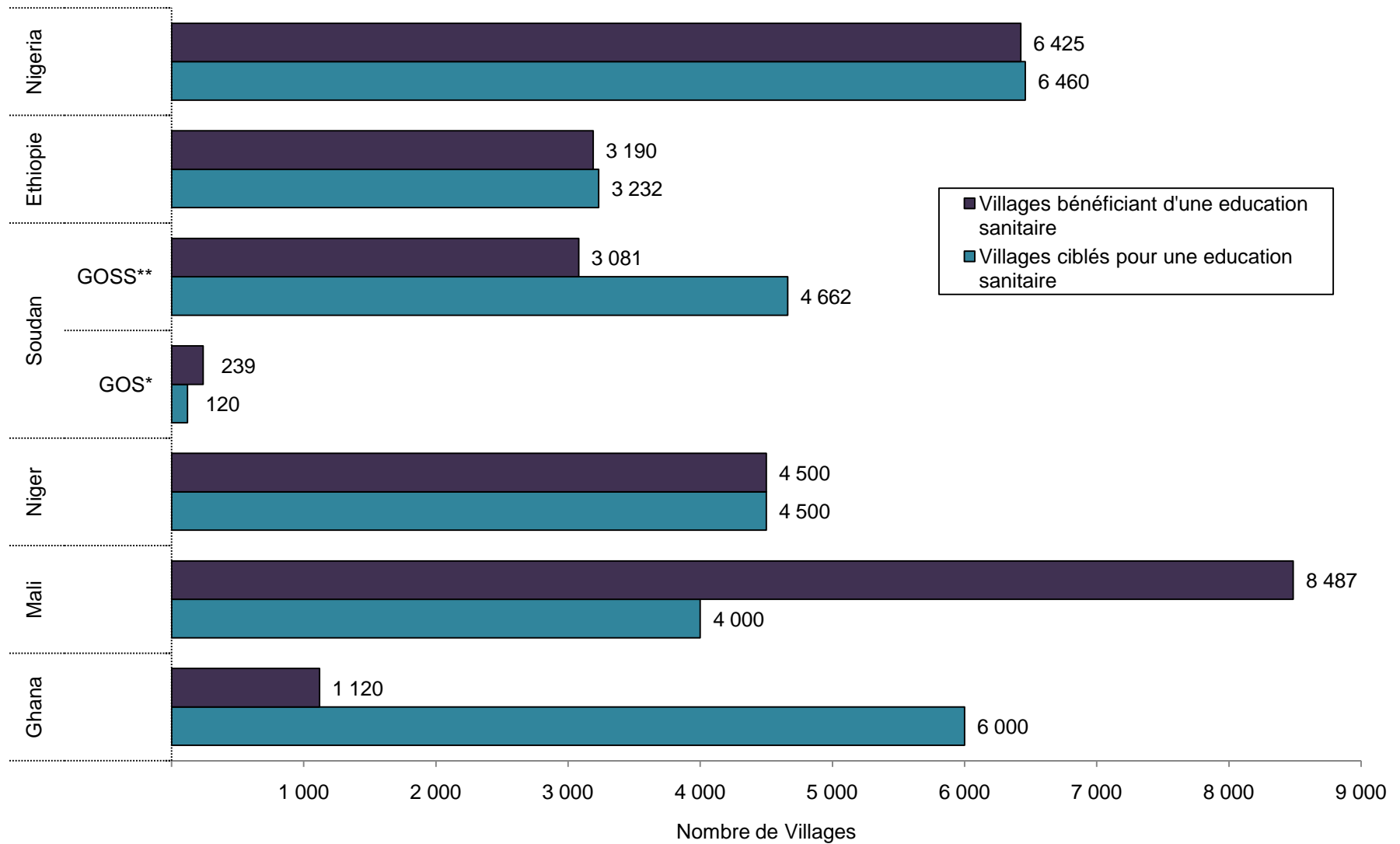
Indicateurs	Ghana	Mali*	Niger*	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total	
				GOS**	GOSS**				
CH	Personnes opérées du trichiasis	N/D	1 491	0	111	1 700	31 561	N/D	34 863
	Personnes ciblées	N/D	N/D	N/D	N/D	6 000	101 187	N/D	107 187
	Pourcentage	N/D	N/D	N/D	N/D	28,3%	31,2%	N/D	32,5%
	Nouveaux chirurgiens formés	N/D	25	0	10	8	185	N/D	228
A	Doses d'azithromycine distribuées	N/D	N/D	N/D	248 559	464 974	12 631 873	N/D	13 345 406
	Population ciblée	N/D	N/D	N/D	292 164	1 326 194	10 938 752	N/D	12 557 110
	Pourcentage	N/D	N/D	N/D	85,1%	35,1%	115,5%	N/D	106,3%
	Doses de pommade de tétracycline distribuées	N/D	N/D	N/D	4 072	13 668	352 152	N/D	369 892
N	Villages avec une éducation sanitaire	50	1 334	557	239	3 081	2 898	326	8 485
	Ecoles avec une éducation sanitaire	0	N/D	374	28	0	6 181	N/D	6 583
	Nouvelles personnes formées pour l'éducation sanitaire	0	657	418	664	17 823	36 846	1 228	57 636
CE	Latrines familiales construites	1 808	12 271	6 594	N/D	N/D	373 677	6 121	400 485
	Cible pour les latrines	5 000	12 500	5 000	N/D	N/D	400 996	7 500	430 996
	Pourcentage	36,2%	98,2%	132,2%	N/D	N/D	93,2%	81,6%	92,9%
	Nouveaux maçons formés	N/D	512	165	N/D	N/D	N/D	1 330	2 007

*Le Centre Carter a commencé à apporter un soutien aux activités chirurgicales au Mali et au Niger en septembre 2008. Les cibles chirurgicales annuelles pour 2008 ne sont pas applicables.

**GOS/GOSS: Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud.

Figure 1. Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire, pays soutenus par le Centre Carter

Données présentées par les programmes nationaux du janvier à decembre 2008

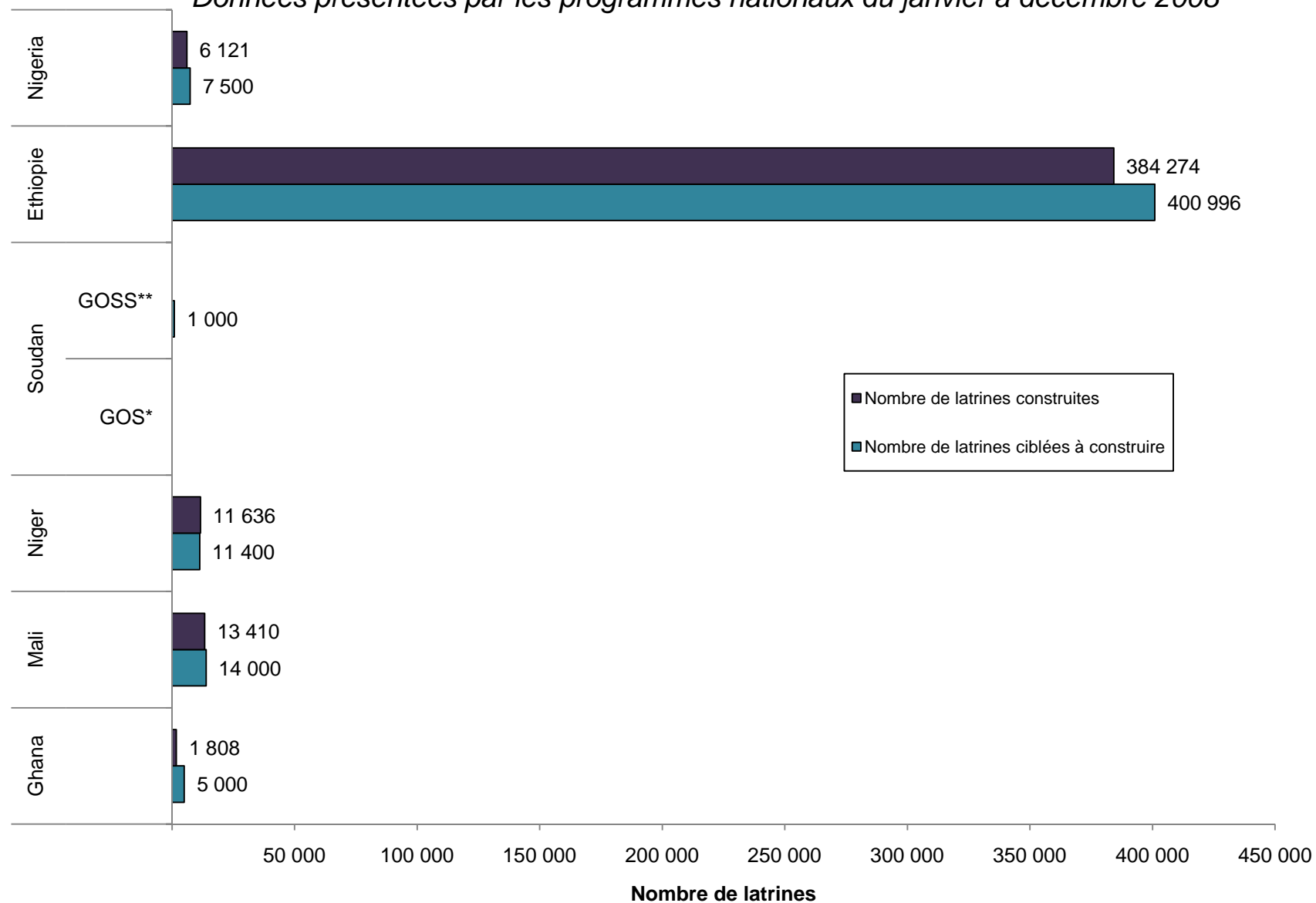


*GOS: Government of Sudan

**GOSS: Government of Southern Sudan

Figure 2. Latrines familiales construites, pays soutenus par le Centre Carter

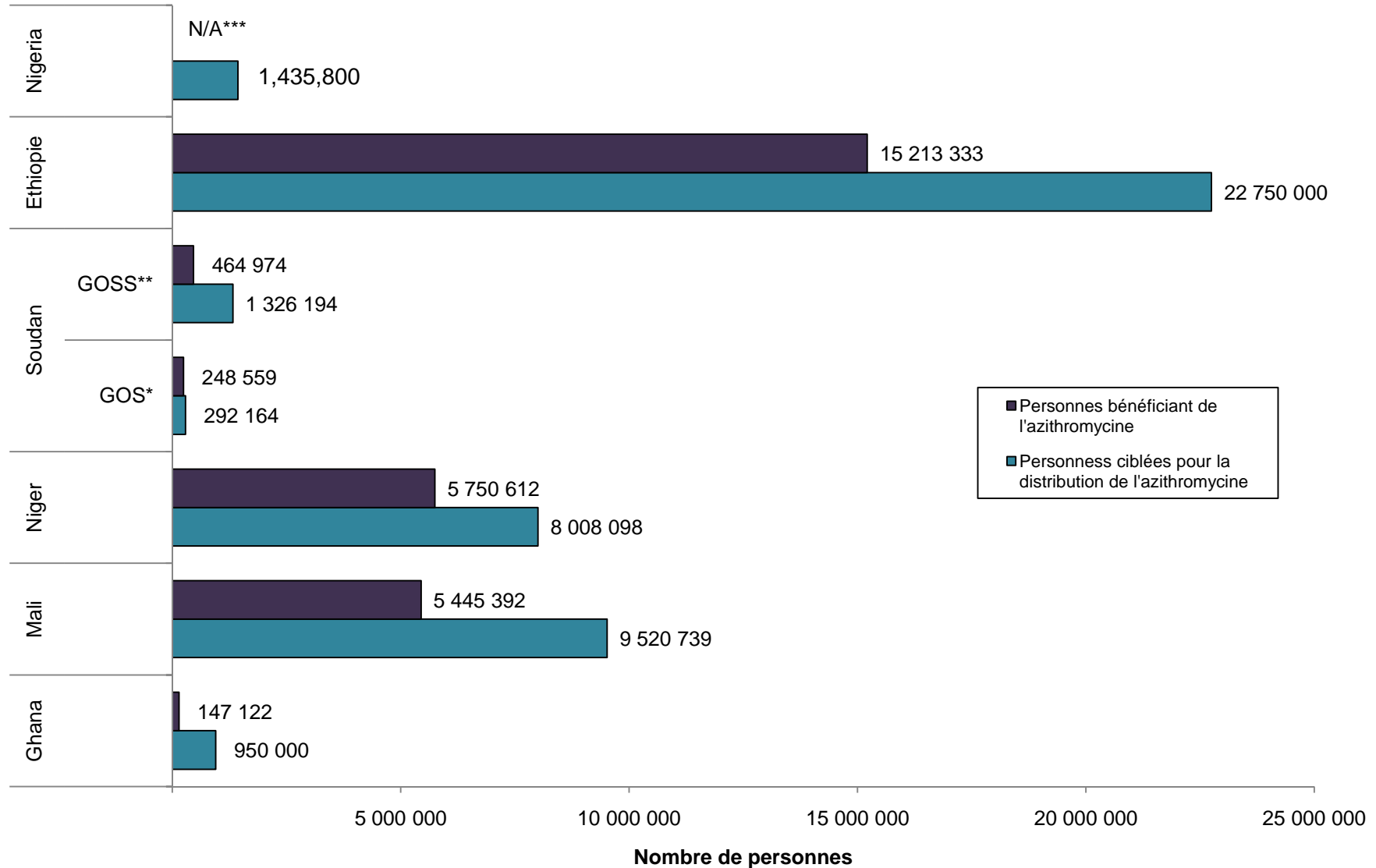
Données présentées par les programmes nationaux du janvier à décembre 2008



*GOS: Government of Sudan

**GOSS: Government of Southern Sudan

Figure 3. Distribution de l'azithromycine, pays soutenus par le Centre Carter
Données présentées par les programmes nationaux du janvier à décembre 2008

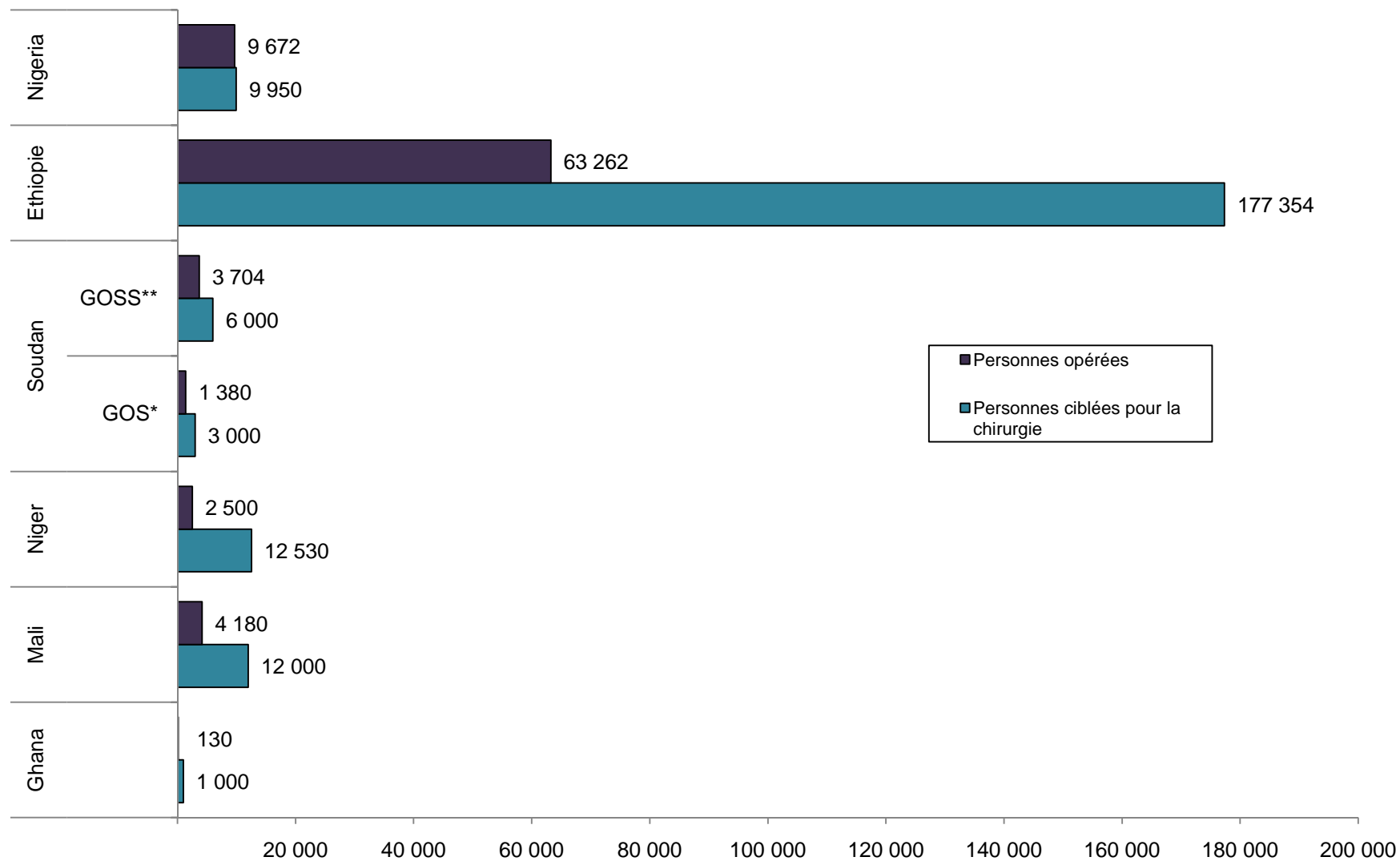


*GOS: Government of Sudan

**GOSS: Government of Southern Sudan

***Bien que le cible de distribution a été présenté, Nigeria n'a pas reçu son don de l'azithromycine de Pfizer Inc en 2008.

Figure 4. Personnes opérées du trichiasis, pays soutenus par le Centre Carter
Données présentées par les programmes nationaux du janvier à décembre 2008



*GOS: Government of Sudan

**GOSS: Government of Southern Sudan

Figure 5. Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire
Données présentées par les programmes nationaux du 2001 à 2008

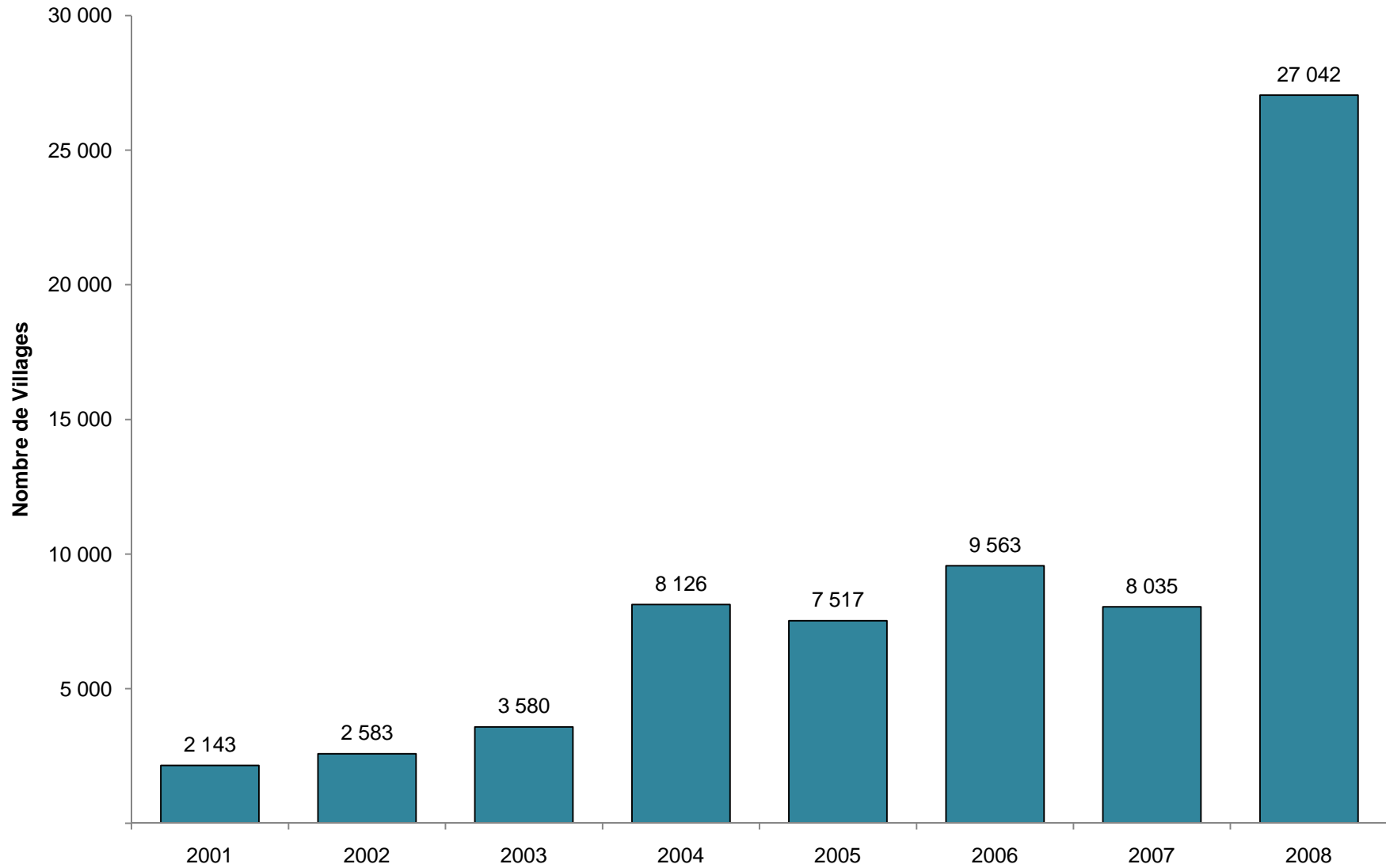


Figure 6. Latrines familiales construites
Données présentées par les programmes nationaux du 2002 à 2008

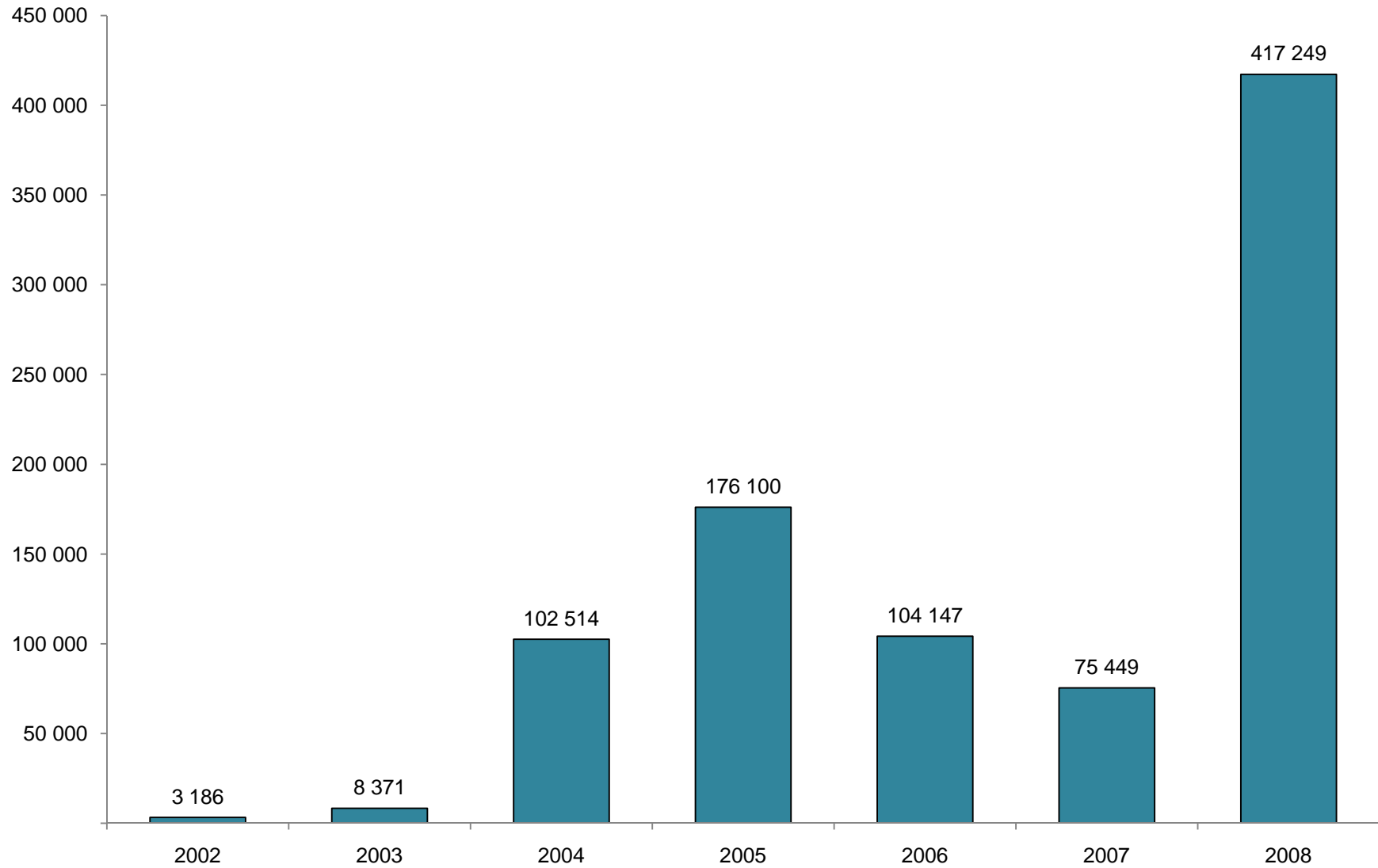
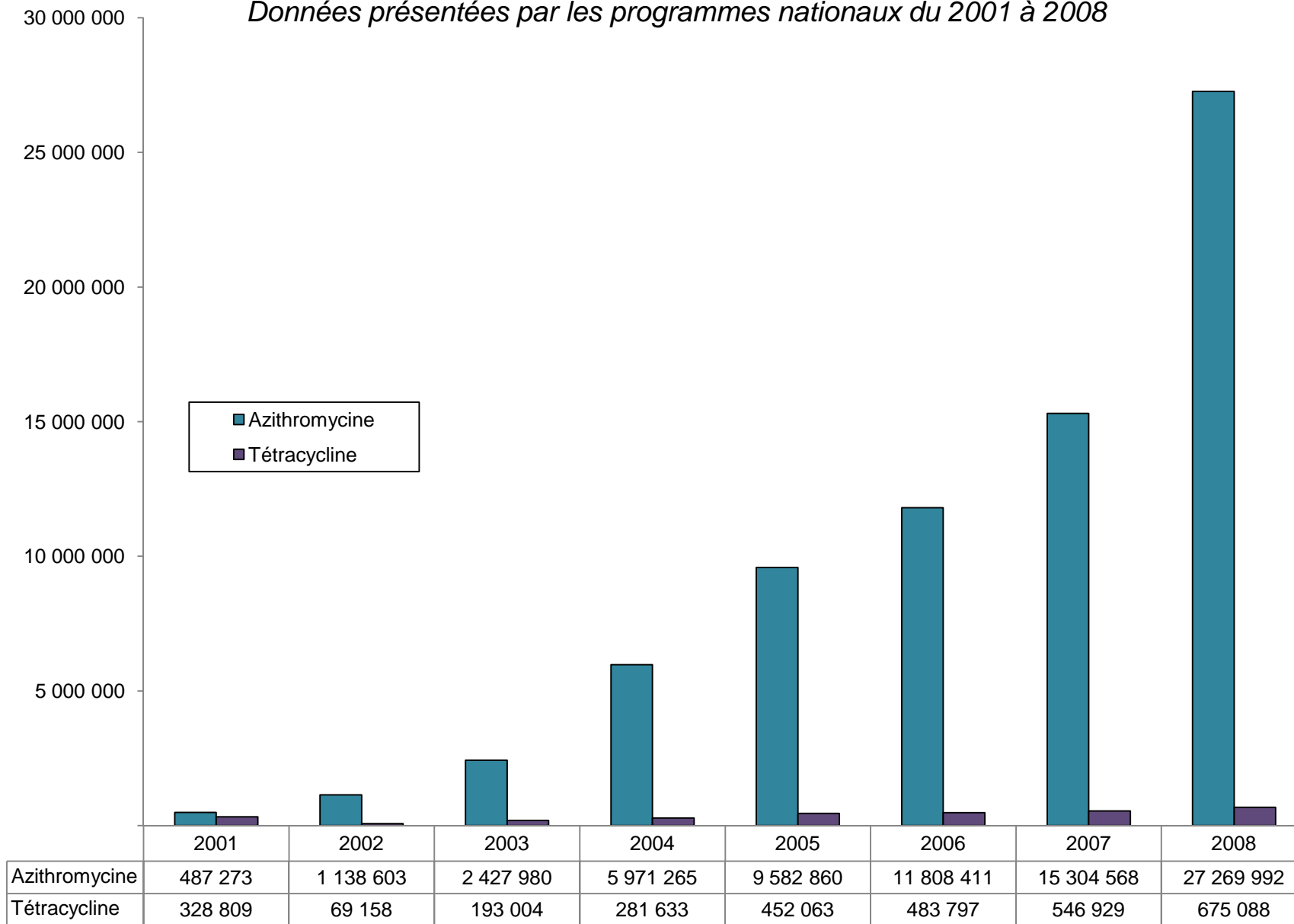


Figure 7. Distribution des antibiotiques

Données présentées par les programmes nationaux du 2001 à 2008



Les avantages secondaires de CHANCE

Présenté par Paul Emerson, le Centre Carter Atlanta

La lutte contre le trachome s'inscrit dans une série d'interventions sanitaires dans les pays d'endémicité qui partagent un même but : améliorer la santé générale d'une population pour que les buts économiques et de développement puissent être atteints. En effet, une nation en bonne santé est une nation productive. Le trachome est avant tout une maladie environnementale de la pauvreté. Il n'existe pas une seule voie de transmission et la manifestation prend deux formes : maladie active bénigne chez les enfants et trichiasis invalidant et handicapant chez l'adulte. La lutte contre le trachome repose sur une stratégie intégrée de prévention et de soins qui permet, si elle est appliquée dans son intégralité, de transformer les communautés en brisant le cycle de la maladie et de la pauvreté. De tels avantages qui ne sont pas associés directement au trachome sont appelés « les avantages secondaires. »

Avantages secondaires de la chirurgie

L'opération des cas de TT non seulement évite la cécité qui s'en suivrait mais elle comporte également d'importants avantages pour la personne opérée et sa famille. L'espérance de vie de l'aveugle et de l'invalidé est plus courte que celles des gens qui n'ont pas perdu la vue et, par conséquent, nous pouvons espérer de nombreuses années de vie en plus pour ceux opérés. Le trichiasis s'accompagne de douleurs, de l'incapacité à travailler, de stigmatisation et de honte et nombreux autres facteurs qui diminuent la qualité de la vie. La réversion du TT a souvent été décrite comme une seconde naissance par les patients qui sont redevenus dès lors des membres productifs de leur famille, capables à nouveau de travailler dans les champs, de faire la cuisine et de s'occuper des enfants. Des parents avec des troubles de vision dépendent de leurs enfants qui doivent les guider et les soigner de jour à jour. La chirurgie du TT libère ces enfants de leurs obligations et leur donnent ainsi la chance de fréquenter l'école et de profiter d'une enfance active et agréable.

Avantages secondaires des antibiotiques

Les principales causes de la mortalité infantile dans les pays où le trachome est endémique sont généralement le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Souvent, les enfants sont affectés par de multiples parasites, souffrant en même temps de plusieurs affections, et cette co-infection conjuguée à une mauvaise nutrition les rend encore plus vulnérables au paludisme ou aux infections des voies respiratoires qui causent souvent leur mort. L'antibiotique macrolide, l'azithromycine, donné pour combattre le trachome, est également efficace contre d'autres parasites sanguins du paludisme, des infections des voies respiratoires, des maladies diarrhéiques et autres infections bactériennes. Dans les environnements où l'accès à l'antibiotique est limité, l'effet est percutant sur le traitement d'un grand nombre de pathologies co-existantes. Des enfants plus forts et plus robustes pourront mieux se défendre contre des infections supplémentaires qui risqueraient d'avoir un effet très néfaste. Les adultes traités avec de l'azithromycine peuvent également bénéficier du traitement fortuit des maladies sexuellement transmissibles et autres affections.

Avantages secondaires de l'éducation sanitaire et du changement comportemental

Point possible de se laver le visage sans se laver les mains. Et nous savons que c'est le lavage des mains avec du savon qui comporte l'effet le plus important parmi toutes les interventions contre les infections des voies respiratoires et des maladies diarrhéiques. Outre le lavage des mains, les programmes de lutte contre le trachome cherchent à promouvoir des comportements positifs en matière d'hygiène et d'assainissement concernant l'emploi de l'eau et l'utilisation des latrines. L'adoption de ces comportements positifs permettra de réduire la transmission de tous les pathogènes féco-oraux, y compris les helminthes et schistosomes transmis par le sol.

Avantages secondaires de la promotion des latrines et de l'approvisionnement en eau

La promotion des latrines fait partie de la lutte contre le trachome puisqu'elle réduit la population des mouches qui viennent s'attaquer aux yeux. Aussi, est-il important d'évacuer les matières fécales humaines avec les bonnes mesures d'hygiène car ainsi la transmission de tous les pathogènes féco-oraux est réduite. De plus des latrines scolaires séparées ont été construites pour les filles avec des serrures et cela a permis d'augmenter la fréquentation scolaire des élèves plus âgées. L'eau est indispensable à la santé et à l'hygiène. Le moyen primordial et la clé de la réussite pour une meilleure santé de la communauté résident dans la promotion d'une eau de boisson salubre.

Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter

Présenté par Aryc Mosher, le Centre Carter Atlanta

En 2006, le Ministère fédéral de la santé de l'Éthiopie a invité le Centre Carter à venir se joindre à l'effort éthiopien pour répondre au besoin de 20 millions de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides (MDII). Invitation qui a mené ensuite à la création du Programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter. Depuis 2006, le programme apporte une assistance pour l'achat et la distribution des MDII en Éthiopie et au Nigeria, pour la recherche opérationnelle pour la lutte contre le paludisme ainsi que pour la mise en œuvre de la stratégie du changement de comportement et de communication.

Le Centre Carter a fourni un total de trois millions de MDII pour la lutte contre le paludisme en Éthiopie. Ont été distribuées en plus 278 000 MDII au Nigeria pour réduire la transmission du paludisme et de la filariose lymphatique. Le Centre Carter travaille également en partenariat avec le Ministère de la santé nigérian pour aider à distribuer plus de 500 000 moustiquaires supplémentaires achetées par le biais d'autres sources.

Ethiopie

En Éthiopie, le Centre a intégré les interventions de lutte contre le paludisme aux programmes existants de lutte contre le trachome et l'onchocercose afin de créer deux nouveaux programmes : MALTRA dans la Région d'Amhara et MALONCHO dans les régions de Beneshangul Gumuz, Gambella, Oromiya et SNNPR. Cette approche intégrée fait appel aux dirigeants et volontaires communautaires désignés pour aider les agents de santé à mettre en œuvre ces interventions, maximisant ainsi les ressources et l'efficacité du programme.



Education sanitaire pour la lutte contre le paludisme et le trachome pendant la semaine de MALTRA.

Outre la distribution des MDII, le Centre Carter a revu plusieurs enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) afin de retenir des comportements positifs communs et de noter les conceptions erronées sur la transmission du paludisme. Le programme a formulé quatre messages clés de communication pour le changement de comportement visant à contrecarrer ces conceptions erronées. La composante d'éducation sanitaire du programme a également présenté à chaque public cible des actions faisables pour prévenir la transmission du paludisme : « dormir sous une MDII chaque nuit pendant toute l'année », « donner les MDII en priorité aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans », « bien accrocher et prendre soin de votre moustiquaire et se rendre au dispensaire en cas de fièvre ». Ces messages ont été intégrés à une importante campagne médiatique déployée dans la région d'Amhara en Éthiopie, appelée la semaine MALTRA. Pendant une semaine complète, avant la

distribution de masse de l'azithromycine, une camionnette a parcouru les zones participantes, diffusant les messages susmentionnés sur le paludisme, informant sur la transmission et la prévention du trachome et indiquant les dates et heures de la future distribution de médicaments.

Le Centre Carter apporte encore un autre type d'aide au Ministère fédéral de la Santé sous forme de formation en gestion de données pour le personnel de santé régional et zonal. Cette formation renforcera la capacité du personnel national et régional à détecter et à répondre aux épidémies du paludisme et soutiendra les interventions de lutte contre le trachome et l'onchocercose. Le projet MALONCHO utilise le traitement à base communautaire avec le modèle gestion de données et distribution d'ivermectine pour mesurer l'utilisation et la couverture des MDII distribuées.

Le Centre Carter soutient également la recherche opérationnelle pour renforcer au sein du Ministère de la santé éthiopien les capacités nécessaires pour mettre en œuvre un programme intégral de lutte contre le paludisme. En décembre 2006, une enquête de base sur les indicateurs du paludisme a été réalisée pour évaluer la couverture des interventions de lutte contre le paludisme et le comportement de recherche de traitement ainsi que la prévalence du paludisme dans tous les groupes d'âge. Une enquête de suivi sur les indicateurs du paludisme a été faite fin 2007. Une évaluation de la durabilité des MDII est faite actuellement. Cette enquête déterminera le taux de perte de l'insecticide et la dégradation physique des MDII chaque année sur une période de trois ans.

Nigeria

Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter a réalisé une enquête sur la prévalence du paludisme et une enquête sur la distribution des MDII dans le Sud-Est du Nigeria. Les résultats de ces enquêtes permettent au programme de lutte contre le paludisme d'évaluer les indicateurs du paludisme et de comparer les stratégies de distribution entre les différentes régions. De plus, le programme de lutte contre le paludisme du Nigeria a l'intention d'examiner l'impact de la distribution des MDII sur la prévalence du paludisme et de la filariose lymphatique. Le programme de lutte contre le paludisme du Nigeria est actif dans les états d'Ebonyi, Imo, Nassarawa et du Plateau.

Mise à jour de l'étude Amélioration du Trachome dans le Nord de l'Amhara (TANA)

Présenté par Nicole Stoller, la Fondation Francis I. Proctor

L'étude TANA a pour objet d'étudier le rôle des antibiotiques et de la construction de latrines dans la lutte contre le trachome dans les régions d'hyperendémicité du district de Goncha Seso Enesie dans la région de l'Amhara en Ethiopie. Cette étude est réalisée grâce à un partenariat entre le Centre Carter, le Ministère de la santé éthiopien et la Fondation Francis I. Proctor à UCSF. Elle est financée par les National Institutes of Health.

Conception de l'étude

L'étude TANA comporte trois buts de recherche :

1. *Etudier la fréquence optimale de la distribution en masse d'antibiotiques* : L'OMS recommande des traitements annuels des communautés. Par ailleurs, une étude faite antérieurement par la Fondation Francis I. Proctor a montré que la distribution biannuelle d'azithromycine pourrait être plus efficace pour éliminer l'infection oculaire au niveau local. Nous comparerons les communautés recevant des traitements annuels (volet A) et celles avec des traitements biannuels (volet B).
2. *Etudier l'effet protecteur possible du seul traitement des enfants*: La plupart des infections oculaires touchent les enfants entre un et cinq ans alors que la plupart des adultes ne sont pas porteurs de l'infection. Et pourtant, l'OMS recommande actuellement le traitement d'une communauté entière. Dans ce volet de la recherche, nous cherchons à déterminer s'il est possible, en traitant uniquement les enfants, d'obtenir un effet protecteur pour la population entière. Dans le volet C, seuls les enfants seront traités tous les trois mois, pendant une année. Dans le volet D, tous les membres des communautés participantes recevront un traitement retardé à un an et seront comparés au volet C.
3. *Etudier l'impact des latrines sur l'infection à trachome* : On étudiera la construction et promotion intensives des latrines pour déterminer l'impact des latrines sur le taux de récurrence de l'infection oculaire au sein d'une communauté après la distribution en masse des antibiotiques. Les communautés dans le volet F recevront un traitement initial sans autres interventions. Les communautés dans le volet G recevront un traitement initial doublé de la construction intensive de latrines et de la promotion de leur utilisation.

Le but auxiliaire est d'étudier l'impact de la distribution des antibiotiques dans l'ensemble de la communauté sur 1) la mortalité infantile et 2) la résistance aux microbes.

Avancement de l'étude et résultats préliminaires

L'équipe de l'étude de TANA a effectué huit visites de recherche jusqu'à présent, pour le suivi de 30 mois s'achevant en décembre 2008. Pratiquement 25 000 participants ont été recrutés.

Efficacité des latrines

Pendant la première année de l'étude, l'étude a réalisé des activités intensives de construction de latrines, mettant en place les « équipes des latrines » dans le volet latrines. Dix huit agents d'extension sanitaire ont reçu une formation portant sur la construction de latrines et, ensemble, ils ont construit un total de 2 193 nouvelles latrines. La couverture en latrines était de pratiquement 80%, y compris les latrines nouvelles et existantes.

Cette étude n'a pas été en mesure de montrer l'impact de l'effet des latrines sur l'infection en l'espace de deux ans. Au moment de l'enquête initiale, le taux d'infection parmi les enfants était de 43% dans le volet sans latrines (volet F) et de 45,5% dans le volet latrines (volet G). A 24 mois, après la distribution des antibiotiques et les travaux de construction des latrines, les niveaux d'infection ont baissé dans les deux volets à 14,6% et 14,8% respectivement.

Effet troupeau de la distribution en masse des antibiotiques

Les volets C et D devaient répondre à la question suivante : pouvons-nous traiter uniquement les enfants et voir un changement dans la prévalence sur l'ensemble de la communauté ? Le volet « enfants uniquement » a été traité une fois par trimestre pendant une année. Les taux d'infection chez les enfants ont chuté, passant de 48,4% au moment de l'enquête initiale à 3,6% à 12 mois. Dans le volet de comparaison, l'infection était de 45,6% à 12 mois.

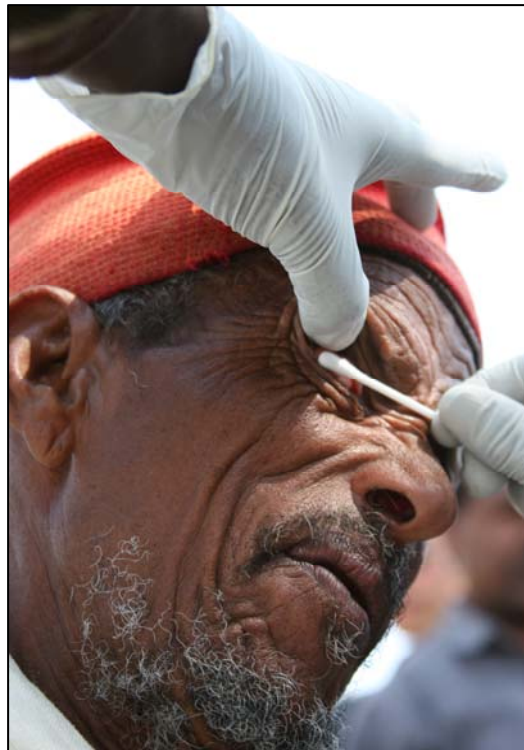
Donc, en traitant les enfants, on a pu réduire de moitié l'infection chez les adultes de 15,5% au moment de l'enquête initiale à 8,2% à 12 mois. La prévalence dans le volet de comparaison était de 12,7% à 12 mois.

Il est important de noter que le traitement trimestriel dépasse de loin les recommandations actuelles de l'OMS. Nous cherchons à pousser l'idée plus loin et de voir si l'infection chez les adultes pourrait être éliminée après trois années de traitement annuel ou biennuel des enfants.

Résistance pneumococcique

Des écouvillons naso-pharyngiens (NP) ont été prélevés en vue d'examiner la résistance pneumococcique dans le volet traitant uniquement les enfants. Des écouvillons ont été prélevés dans le volet C au début et à nouveau après 12 mois. Des écouvillons de NP ont également été prélevés dans le volet traitement retardé à 12 mois (volet D).

La résistance aux macrolides (antibiotiques comme l'azithromycine ou clindamycine) a augmenté significativement dans le volet traité. D'autres études ont montré que la résistance pneumococcique disparaît deux ans après l'arrêt de la distribution de l'antibiotique. La résistance à la tétracycline a également augmenté et pourrait être due ou non à la distribution de tétracycline à usage local. Il n'y avait aucun changement dans la résistance à la pénicilline. La pénicilline est utilisée bien plus couramment que les macrolides dans cette région particulière de l'Ethiopie.



Prélèvement d'écouvillons de PCR pour l'étude de TANA.

Enquête de la prévalence élevée du trachome actif chez les adultes soudanais

Présenté par Jonathan King, le Centre Carter Atlanta et
Bruce Gaynor, la Fondation Francis I. Proctor

Le Programme de lutte contre le trachome au Soudan a demandé qu'une évaluation soit faite des résultats de l'enquête sur la prévalence indiquant que le trachome actif était constaté plus souvent chez les adultes que chez les enfants. En juillet 2008, le Dr Bruce Gaynor et M. Jonathan King ont collaboré avec le Programme de lutte contre le trachome au Soudan pour examiner ce résultat.

Les signes cliniques du trachome actif (degré TF et TI de l'OMS) apparaissent le plus souvent chez des jeunes enfants car l'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue dans ce groupe d'âge. Par contre, les lésions cicatricielles et le trichiasis sont plus courants chez les adultes suite aux récurrences d'infections et d'inflammations tout au long de la vie. En 2006, les enquêtes sur le trachome dans la localité de Dongola ont indiqué une prévalence du TF supérieure à 20% chez les adultes âgés de 30 ans et plus alors que la prévalence du TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans était inférieure à 10%. Lors d'enquêtes récentes en 2008, une prévalence élevée de TF chez les adultes était également notée dans l'état de Gezira. Nous avons envisagé les hypothèses suivantes pour expliquer ces résultats surprenants : la couverture antibiotique chez les enfants, lors de distributions antérieures, était plus élevée que chez les adultes ; autre problème oculaire ressemblant au trachome est indiqué comme TF ; ou erreurs de codage lors de la collecte et de l'analyse des données d'enquête.

L'enquête a commencé par un atelier avec les examinateurs des équipes d'enquêtes précédentes sur la prévalence afin de revoir le Système OMS de classement simplifié du trachome. Les participants se sont exercés à classer des photographies numériques et des patients. La performance des examinateurs individuels a été mesurée à l'aide d'un ensemble de photographies standardisées dans le contexte d'une salle de classe et ensuite, à l'aide d'un test standardisé, avec des patients sur le terrain. L'analyse statistique de l'exercice de classement a été faite pour déterminer l'accord entre observateurs et un examinateur senior. Cette procédure permet au programme national de choisir les meilleurs examinateurs pour réaliser les enquêtes sur la prévalence du trachome. Les outils de formation qui ont servi à cet exercice sont disponibles auprès du Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter et ont été mis au point par le Dr Jeremiah Ngondi.

Tous les participants se sont déplacés sur le terrain pour examiner les habitants de deux villages de l'état de Gezira où les enquêtes (faites trois mois avant cette évaluation) ont indiqué un niveau de TF supérieur à 10% chez les adultes. Avant l'arrivée des participants, les habitants du village se sont réunis dans une zone en attente de l'examen. Nous avons pris un échantillon systématique de 50 habitants, hommes et femmes, de tout âge. Les participants de l'atelier ont examiné les yeux de chaque personne retenue. Sur les 100 personnes examinées, nous avons trouvé cinq cas de trachome actif et six cas de concrétions conjonctivales chez les adultes.

Nous souhaitons également examiner à nouveau les patients qui avaient un TF et qui ont été traités. Nous nous sommes rendus dans un village où les enquêtes récentes indiquaient que 13% des patients examinés souffraient d'un TF, la majorité d'entre eux des adultes. Sur les dix-huit patients, onze étaient disponibles pour un nouvel examen. Un cas adulte de TI a été constaté, deux adultes avaient des concrétions et les yeux des huit restants étaient normaux.

De plus, nous avons effectué une analyse PCR pour dépister la présence de l'ADN de *Chlamydia* dans un écouvillon oculaire de spécimens prélevés chez des personnes dans une communauté indiquant une prévalence élevée de trachome actif chez des adultes. Nous avons choisi un échantillon aléatoire systématique de 50 habitants dans la communauté indiquée qui n'avaient pas été examinés ou qui n'avaient pas reçu de traitement lors des activités liées aux enquêtes. La conjonctive tarsienne droite de chaque personne retenue a été examinée pour détecter les signes cliniques du trachome et ensuite un écouvillon a été prélevé pour les échantillons PCR. Au total, 50 écouvillons et cinq écouvillons témoins aléatoires ont été prélevés, traités et analysés. Tous les 55 écouvillons étaient négatifs, aucun ne

contenant de l'ADN de *C. trachomatis*, et aucun des habitants examinés n'avaient un degré OMS TF ou TI.

Un examen systématique a également été fait de la gestion des données de l'enquête et de l'analyse avec double saisie de données des formulaires standardisés dans la base de données Epi-Info. Ces ensembles de doubles données sont comparés et les erreurs de saisie sont corrigées. Les programmes de re-codage et d'analyse ont été revus : il n'existait aucune erreur dans la présence ou l'absence de signes cliniques par âge.

Lors de cet exercice, le Dr Gaynor a expliqué nos observations en utilisant la photographie numérique. La Figure 1 indique la présence de concrétions observées couramment chez les adultes. Les concrétions conjonctivales sont de petits nodules granuleux qui se trouvent sur la paupière supérieure et inférieure. Ils sont associés au vieillissement, des épisodes récurrents de conjonctivite chronique, et au trachome. La plupart des concrétions sont asymptomatiques et ne demandent aucun traitement. Dans les cas symptomatiques ou sévères, ils sont excisés.

Les résultats de l'enquête laissent donc penser que la prévalence élevée de TF qui avait été signalée chez les adultes est le résultat d'un diagnostic erroné de concrétions prises pour des follicules trachomateux. Les concrétions sont courantes chez les adultes partout dans le monde et sont parfois difficiles à discerner des follicules trachomateux. Une formation répétée et pratique à l'aide photographies numériques et d'examen des patients sur le terrain permettra aux programmes nationaux d'améliorer les compétences des examinateurs et de renforcer la validité des résultats obtenus des enquêtes sur la prévalence du trachome.

Figure 1. Concrétions diagnostiquées par erreur comme TF.



Semaine de MALTRA

Présenté par Teshome Gebre, le Centre Carte Ethiopie

La semaine combinée paludisme et trachome (MALTRA) cherchait à apporter une éducation sanitaire sur la prévention du trachome et du paludisme, le traitement des populations éligibles avec l'azithromycine ou de la pommade oculaire tétracycline, la consultation des cas fébriles pour passer les tests de diagnostic rapide du paludisme et dispenser un traitement à ceux positifs. Des activités d'éducation sanitaire et de mobilisation communautaire en masse ont été organisées grâce aux messages radiophoniques, au soutien des services de santé et à une camionnette médiatique mobile. Cette approche novatrice à l'expansion des activités compte deux traits particuliers : l'intégration de la lutte contre le paludisme à une maladie tropicale négligée (trachome) et le traitement sur une courte période de millions de personnes à l'aide de l'azithromycine.

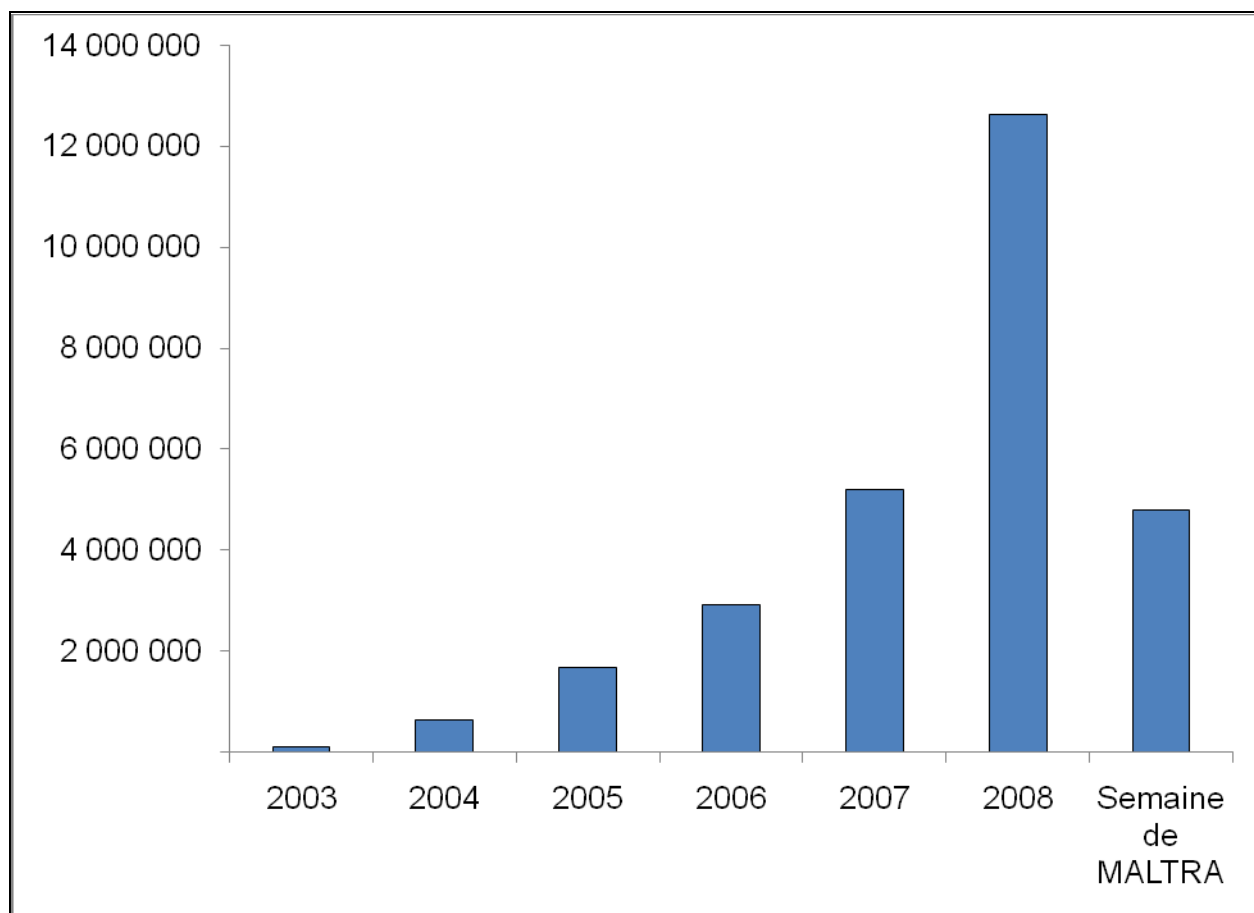
Le 17 novembre 2008, Son excellence Girma Wolde Giorgis, Président de la République démocratique de l'Ethiopie, a distribué la première des cinq millions de doses d'azithromycine devant être données pour la lutte contre le trachome dans l'Abaye Piccolo en présence du chef du bureau sanitaire régional, Président de l'état régional d'Amhara, des Lions locaux et du personnel du Centre Carter et de l'ITI. Le même matin, un armée de 13 000 agents de santé, volontaires, personnel du Centre Carter et Lions éthiopiens est allée travailler dans l'ensemble de l'Amhara oriental ciblant la population entière des 135 districts, à savoir pratiquement cinq millions de personnes. Pour reprendre les mots du Lion Dr Tebebe Y. Berhan, « la formidable réussite de la semaine de MALTRA témoigne bien du pouvoir du partenariat Lions-Centre Carter et de ce qui peut être réalisé lorsque nous joignons nos efforts. »

L'année précédente, le personnel des programmes intégrés de lutte contre le paludisme et le trachome a consacré un temps considérable à la distribution des antibiotiques. Cette activité a donc diminué le temps qu'il lui restait pour planifier les campagnes de chirurgie, l'éducation sanitaire et la promotion de latrines. Aussi, pour augmenter l'efficacité de ces efforts, on a décidé que tous les traitements planifiés (10 à 17 millions par an) seraient dispensés dans le cadre de deux semaines de campagne en masse, organisées à six mois d'intervalle, une dans la moitié orientale de l'état et l'autre à l'occident. La semaine intégrée du paludisme et du trachome est une idée qui a fort plu au ministre de la santé le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus et elle est également soutenue avec enthousiasme par le Bureau régional de la santé.

Un total de 2 467 équipes composées d'un agent d'extension sanitaire et d'autres membres du personnel de santé ainsi que de trois volontaires locaux ont reçu chacune des toises, des comprimés d'azithromycine, des tests de diagnostic rapide pour le paludisme, des médicaments de première intention pour le paludisme (association médicamenteuse à base d'artémisinine et de chloroquine), des registres de recensement, des directives de traitement et du matériel d'éducation sanitaire. Plus de 7 000 volontaires communautaires ont soutenu les activités de distribution. Les équipes sont parties travailler à pied autour de leur village, commençant par l'éducation sanitaire et apportant des traitements, à partir d'un endroit central dans leur village et ensuite en effectuant une opération de ratissage pour trouver les personnes manquantes grâce à des visites porte-à-porte. L'opération a mis en œuvre 93 membres supérieurs du personnel de santé nommés coordinateurs au niveau woreda et un total de 551 superviseurs de terrains déployés pour suivre de près la performance des équipes de traitement au niveau communautaire.

Quarante-cinq woredas (districts) en total étaient ciblés pour la semaine de MALTRA. En l'espace d'une semaine seulement, un total de 4,8 millions de personnes résidant dans 1 052 kebeles (villages) ont reçu un traitement de masse à base d'antibiotiques contre le trachome. La figure 1 compare la distribution d'antibiotiques de la semaine de MALTRA et le rendement annuel de l'administration en masse du médicament dans la région d'Amhara.

Figure 1: Tendence de l'administration en masse de médicaments dans la Région d'Amhara, 2003-2008



Il ne faut pas sous-estimer la portée de la semaine de MALTRA. Pendant cette première semaine de MALTRA, les programmes Lions-Centre Carter ont traité plus de personnes que les rendements cumulatifs du programme de 2000 à 2006. La semaine MALTRA démontre la capacité d'un programme intégré à arriver à des niveaux sans précédents de rendement sur une brève période.

Etude sur la durabilité des moustiquaires en Ethiopie

Présenté par Stephen Smith, U.S. Centers for Disease Control and Prevention

Un grand nombre de programmes de lutte contre le paludisme en Afrique distribuent des moustiquaires durables imprégnées aux insecticides (MDII) en partant du principe que les moustiquaires ont une durée de trois à cinq ans. Cette hypothèse repose sur les tests de laboratoire qui ne mesurent que le taux d'insecticide perdu suite au lavage. On ne dispose que de peu d'information sur la perte d'insecticide et la détérioration physique des MDII sur le terrain et cela pourrait d'ailleurs dépendre énormément de facteurs climatiques et culturels. Il nous faut mieux comprendre la détérioration des MDII pour en informer les organismes chargés de l'approvisionnement et pour guider les fabricants vers la mise au point de MDII améliorées.

Dans le cadre d'un suivi à la distribution par le Centre Carter en 2007 de PermaNet™ 2.0, 200 moustiquaires ont été recueillies auprès de familles dans la région d'Amhara (zones de East Gojjam et South Gondar), SNNPR (zone de Kaffa) et Oromiya (zone de Jimma) de l'Ethiopie, trois ou six mois après la distribution pour évaluer la détérioration physique et insecticide après l'utilisation à court terme. Dans chaque zone, deux kebeles ont été choisis et 25 moustiquaires ont été rassemblées de chaque kebele. Si on a cherché dans la mesure du possible de choisir aléatoirement les sites de collecte, il n'était pourtant pas possible d'arriver à une véritable collecte aléatoire suite aux limitations logistiques et de temps. Les moustiquaires rassemblées à Jimma avaient été utilisées depuis six mois et celles provenant des autres zones depuis trois mois.

Dans chaque maison, on a confirmé les moustiquaires fournies par le Centre Carter en comparant le numéro de lot imprimé sur l'étiquette et le numéro de lot dont on sait qu'il a été distribué dans la zone. Sur les 200 moustiquaires collectées, 169 appartenaient effectivement au lot de MDII achetées par le Centre Carter. Les 31 moustiquaires non confirmées (toutes rassemblées dans la zone de Kaffa) ont été prises également car les familles affirmaient qu'elles avaient été acquises lors de la distribution du Centre Carter et que nous manquions de temps pour faire une recherche plus étendue des moustiquaires confirmables.

Sur les 169 moustiquaires confirmées, 57,4% des MDII étaient endommagées. Des trous d'au moins 0,5 cm dans l'axe le plus long étaient constatés au taux de trois par moustiquaire utilisée pendant trois mois et six par moustiquaire utilisée pendant six mois. Les trous plus grands (plus de 10 cm dans l'axe le plus long) étaient constatés au taux de 0,03 par moustiquaire après trois mois et 0,20 après six mois. Il ne semble pas que les gens aient essayé de réparer ces moustiquaires.

Le niveau de deltaméthrin (insecticide) dans 166 du total des 169 MDII se situait dans la gamme attendue pour les nouvelles moustiquaires et toutes les nouvelles moustiquaires ont obtenu de bons résultats dans l'essai biologique mesurant la capacité insecticide. Les données de cette étude sur la durabilité montrent que même si les moustiquaires provenant du Centre Carter avaient gardé leur insecticide, la détérioration physique avait pourtant commencé tôt et avait progressé rapidement. La détérioration des moustiquaires pourrait causer une réduction prématurée de l'efficacité de la protection. On recommande que les campagnes d'éducation sanitaire soulignent l'importance des soins et réparations des moustiquaires pour en prolonger la durée.

Les études TTT : Le traitement du trichiasis trachomateux

Présenté par Saul Rajak, The London School of Hygiene and Tropical Medicine

Données générales

L'infection répétée par *Chlamydia trachomatis* cause la formation de tissus cicatriciels à l'intérieur de la paupière, la conjonctive. Avec le temps, la paupière se réverse (entropion) et les cils commencent à frotter la cornée, d'où une cicatrisation cornéenne cécitante, affection connue sous le nom de trichiasis. Pour éviter la cécité trachomateuse, on effectue une chirurgie d'éversion de la paupière pour retourner les cils tournés vers l'intérieur. Le traitement n'est pourtant que d'une efficacité partielle car souvent le trichiasis revient. Le présent projet de recherche vise à mettre au point des stratégies pour fournir un meilleur traitement aux personnes souffrant de trichiasis et pour renforcer la formation des agents de soins de santé dispensant les services chirurgicaux.

Vue d'ensemble du projet

Cette étude est réalisée à Bahir Dar, état régional d'Amhara en Ethiopie. Il s'agit d'un projet de collaboration entre le London School of Hygiene and Tropical Medicine, le Centre Carter et le Bureau sanitaire régional éthiopien et elle est financée en grande partie par Band Aid Trust.

Le projet comprend deux importants essais aléatoires, cas-témoins, pour étudier les méthodes de traitement du trichiasis. Le premier essai clinique compare l'utilisation de deux matériaux de suture de l'opération du trichiasis : les sutures en soie qui doivent être enlevées après une semaine et les sutures en Vicryl qui sont laissées in situ jusqu'à ce qu'elles se dissolvent. On pense que le taux de récurrence après la chirurgie est plus faible avec les sutures Vicryl. Si cela peut être confirmé, cela aurait un impact notable sur la réussite de cette opération très pratiquée. Le second essai compare la chirurgie précoce de la paupière et l'épilation pour la prise en charge du trichiasis mineur lors des étapes précoces où la maladie n'a pas encore atteint un stade avancé.

Le projet comprend également une étude se penchant sur la productivité des chirurgiens du trichiasis en Ethiopie. Etude dont les résultats devraient guider le programme chirurgical en Ethiopie et permettre d'augmenter le rendement des chirurgiens. Un DVD sur la formation en matière de chirurgie du trachome est également mis au point et pourra servir lors de la formation chirurgicale.

Progrès à ce jour

L'équipe du projet comprend un coordinateur, un coordinateur de terrain, deux chauffeurs-logisticiens, cinq infirmières de salle d'opération, huit assistants de terrain et cinq laborantins. Une formation supplémentaire a été donnée aux chirurgiens dans le cadre de cette étude pour qu'ils puissent standardiser leur technique chirurgicale. Soixante-treize agents de santé communautaire (agents d'extension sanitaire) ont été formés et chargés d'identifier et de mobiliser les patients souffrant de trichiasis dans leur endroit.

De mars à juillet 2008, 1 300 patients ont été recrutés pour chacun des deux essais aléatoires avec cas et témoins. Le recrutement des patients (et le traitement) s'est fait dans le cadre de 16 campagnes dans des centres de santé périphériques de la région d'Amhara. Un total de 3 410 chirurgies de la paupière ont été réalisées et 882 patients dans l'essai épilation ont reçu des pinces de haute qualité pour s'épiler et une formation sur la manière de les utiliser pour épiler les paupières qui grattent l'œil.

Le suivi à six mois s'est fait de septembre 2008 à janvier 2009. Malgré des pluies abondantes et des pistes souvent impraticables, on a réussi à localiser 90% des participants de l'étude. Des suivis supplémentaires seront faits tous les six mois jusqu'au milieu de 2010 moment auquel les résultats de l'essai seront analysés et publiés.

L'étude se penchant sur la productivité des chirurgiens du trichiasis en Ethiopie et la mise au point du DVD de formation chirurgicale sont prévus pour 2009.

Résultats disponibles

Les données initiales provenant de tous les patients recrutés pour les essais sont en train d'être analysées. Les résultats préliminaires ont montré qu'une proportion (30-40%) des patients avec TT avaient des cils déviés plutôt qu'un véritable entropion et que l'épilation semble protéger contre l'opacité de la cornée pour les patients avec TT majeur et ne semble pas affecter le niveau d'opacité cornéenne pour le TT mineur.

Résultats anticipés

Dans les deux années à venir, ces essais devraient informer la prise en charge du trichiasis. Les futurs résultats des études permettront de répondre aux questions suivantes:

1. Les sutures absorbables en Vicryl sont-elles du moins aussi bonnes que la soie pour la chirurgie du TT ?
2. L'épilation est-elle une autre option valide remplaçant la chirurgie pour les patients avec TT mineur ?
3. Quels sont les taux de récurrence chirurgicale pour la chirurgie du TT dans la région d'Amhara en Ethiopie ?
4. L'infection bactériologique conjonctivale est-elle associée à la récurrence ?
5. Quels sont les niveaux d'infection à Chlamydia chez les patients avec TT dans la région d'Amhara ?
6. Quels sont les marqueurs inflammatoires associés à l'inflammation de la conjonctive et la récurrence du TT ?

Niger et Mali : De la lutte contre le trachome à son élimination

Présenté par Lisa Rotondo, le Centre Carter Atlanta

En 2008, le soutien apporté par le Centre Carter aux programmes nationaux de prévention de la cécité au Niger et au Mali a pris une nouvelle forme. Après 10 années de travail, les indicateurs du processus ont montré que le Centre avait appuyé les deux ministères de la santé au niveau des activités suivantes : éducation sanitaire dans 1 800 villages, formation de pratiquement 20 000 personnes en matière d'éducation sanitaire, construction de plus de 70 000 latrines familiales et formation de 3 500 maçons en ce qui concerne la construction des dalles. Cherchant à rediriger les programmes vers les buts de l'élimination, les programmes ont effectué une évaluation plus globale pour déterminer à quelle distance ils se trouvaient de l'élimination du trachome d'ici 2015. Le Centre Carter s'est trouvé revigoré par le soutien renouvelé de la Fondation Conrad N. Hilton et un partenariat raffermi avec Helen Keller International.

Cherchant à réorienter le soutien du Centre Carter vers les cibles d'élimination, les programmes ont réuni, analysé et avant tout organisé les données du programme, notamment les résultats de l'enquête sur la prévalence et les données sur les interventions. Des ateliers se sont tenus pendant lesquels les programmes nationaux, les régions d'intervention et leurs partenaires ont déterminé les lacunes actuelles et ont planifié la future mise en œuvre de la stratégie CHANCE. La démarche a été guidée par le document de l'Organisation mondiale de la Santé « Lutte contre le trachome : un guide pour les responsables de programmes » qui peut être téléchargé à l'adresse suivante : http://www.who.int/blindness/causes/trachoma_documents.

Les pays ont commencé à organiser les données de l'enquête sur la prévalence pour voir dans le détail les répercussions de la maladie dans chaque pays. Il est important de déterminer le nombre de personnes avec trachome actif et le nombre avec trichiasis dans chaque district où la maladie est endémique. Les données de l'enquête la plus récente ont été compilées dans un tableur, créant un simple outil pour guider la planification des programmes. On a organisé les données de l'enquête en termes de critères d'élimination :

- Atteindre un taux de TF de moins de 5% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans ;
- Atteindre un taux de TT de moins d'un cas pour 1 000 personnes dans la population totale (inférieur à 0,1% dans la population totale).

Après avoir combiné tous les résultats de l'enquête dans un tableau, on a utilisé différentes couleurs pour déterminer les interventions nécessaires. Le nombre total de TT en attente d'être opérés a été calculé par district (en utilisant des chiffres à jour sur le nombre d'habitants) ainsi que le nombre minimal de personnes devant être opérées pour atteindre le seuil fixé par l'intervention. On a conseillé aux programmes de planifier des interventions pour atteindre toutes les personnes souffrant de TT – 100% du nombre en attente. Le tableur des données de prévalence doit être mis à jour régulièrement lorsque de nouvelles enquêtes sont faites et doit utiliser les formules pour les calculs automatiques.

Les programmes ont calculé sur la base des données de prévalence les buts finals d'intervention (BFI). Les programmes nationaux doivent être conscients du caractère changeant et souple des BFI sachant que lorsque les nouvelles données d'enquête sont disponibles, les résultats permettront aux programmes de calculer des cibles d'intervention annuelles et des BFI plus précis. Ensuite, les programmes peuvent classer par ordre prioritaire les interventions en fonction de la charge de morbidité, examiner les lacunes actuelles dans la mise en œuvre et discuter de la manière d'atteindre toutes les régions et tous les districts pour atteindre les cibles de l'élimination.

Les programmes chirurgicaux devraient envisager toutes les stratégies possibles pour atteindre tous les patients TT en évaluant les ressources humaines et logistiques disponibles, en se donnant des directives nationales pour les interventions chirurgicales (notamment la formation des chirurgiens actifs à l'aide du manuel de certification en TT de l'OMS) et en mettant en place une structure de supervision pour l'activité

continue. Il s'est avéré utile pour planifier les activités de distribution des antibiotiques de créer un tableau avec toutes les données de distribution. Les programmes devraient utiliser les estimations effectives de la taille de la population rurale et cibler 100% de ceux à risque. Les directives générales pour la planification de la distribution en masse sont les suivantes :

- 98% de la population cible recevra de l'azithromycine (80% de comprimés, 18% de suspension);
- 2% de la population cible recevra de la tétracycline.

Les programmes devront évaluer où se déroulent actuellement les activités et où elles sont nécessaires. Les programmes et les organisations chercheront à combiner les forces pour élargir leur champ d'action et prévoir l'expansion des activités pour un impact plus prononcé en travaillant avec les partenaires en place. Les programmes devraient prêter une attention spéciale à la manière dont l'éducation sanitaire peut renforcer les activités chirurgicales et la distribution en masse des antibiotiques. Sur le plan du changement environnemental, les programmes pourront calculer la construction de latrines en utilisant des estimations à jour sur l'assainissement, provenant des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappes à multiples indicateurs ou autres dossiers nationaux et la dernière estimation sur le nombre d'habitants.

Les programmes nationaux et leurs partenaires continueront à rechercher toutes les occasions possibles de maximiser l'impact du programme. Il y aura moyen d'harmoniser ou d'intégrer les activités entre les programmes nationaux et entre les ONG. Il est possible en effet d'utiliser un seul jeu de matériel d'éducation sanitaire sur l'ensemble du pays ou de passer un seul contrat radiophonique pour une diffusion dans toutes les régions d'endémicité. Moutlt sont les possibilités de partager les ressources. Les Ministères de la santé, les ONG à l'appui et les organisations partenaires devraient avoir un seul objectif commun et faire la plus grande contribution possible en fonction de leurs capacités.

Au regard des fonds limités, les programmes au Niger et au Mali se sont donnés des objectifs réalistes et un calendrier d'exécution de la stratégie CHANCE, dès maintenant jusqu'à l'élimination. On a mis au point des calendriers provisoires de la future prévalence et des enquêtes de la couverture ont été formulées en notant également les déficits de ressources. Les programmes ont commencé en 2009 avec une direction nouvellement propulsée et un engagement renouvelé pour atteindre l'élimination du trachome cécitant d'ici 2015.



Participants de l'atelier du programme national au Mali, novembre 2008.

Trichiasis et genre

Présenté par Paul Courtright, Centre Kilimanjaro pour l'ophtalmologie communautaire

Un grand nombre d'enquêtes sur la prévalence du trachome constatent qu'il existe un plus grand nombre de femmes que d'hommes souffrant du trichiasis. La fréquence du trichiasis chez les femmes s'explique souvent en termes d'exposition plus grande à l'infection oculaire à Chlamydia suite à leurs responsabilités ménagères et proximité des enfants tout au long de la journée. Souvent elles dorment également avec les enfants pendant la nuit. Si tout le monde reconnaît que les femmes sont davantage affligées par le trichiasis trachomateux comparées aux hommes, il n'existe pourtant pas d'examen systématique fait des enquêtes disponibles sur la prévalence dans la littérature collégiale.

En 2008, une recherche de la littérature a été faite pour identifier les enquêtes sur la prévalence du trachome, à base de population, utilisant le système de classification simplifiée de l'OMS avec des données sur le trichiasis. Dans les 53 études identifiées, 24 de 12 pays différents répondaient aux critères d'inclusion suivants : (1) publiée dans une revue avec examen collégial ; (2) utilise une méthode d'échantillonnage à base de population pour déterminer la prévalence du trichiasis ; (3) utilise le système de classification simplifiée de l'OMS et (4) notifie la prévalence du trichiasis soit par sexe ou apporte une information suffisante pour calculer le nombre de cas de TT (numérateur) et le nombre de dépistages (dénominateur) pour les deux sexes.

Les données sur la prévalence ont été mises ensemble pour une méta-analyse estimant le ratio de probabilité/risque. Ce ratio chez les femmes comparé aux hommes était de 1,82 (intervalle de confiance 95% [IC] 1,61-2,07). Les ratios de probabilité dans le cadre d'enquêtes individuelles se situaient dans une fourchette allant de 0,83 (IC 95% 0,40-1,73) dans le Myanmar à 3,82 (IC 95% 2,36-6,19) en Ethiopie. Il existait des différences significatives du point de vue statistique dans les probabilités de contracter le trichiasis par genre dans le cadre de 18 des 24 études dont toutes ont montré que les femmes couraient plus de risque que les hommes. Ces données confirment l'hypothèse selon laquelle les femmes portent une charge de trichiasis plus élevée que les hommes et cette charge persiste parmi toutes les populations étudiées. Faut-il cibler les femmes spécifiquement et délibérément pour la chirurgie du trichiasis si on veut atteindre le but de l'élimination de la cécité imputable au trachome.

Sous l'angle programmatique, le ratio de probabilité récapitulatif nous rappelle clairement que les pays où le trachome est endémique n'ont aucune chance d'atteindre le but de l'élimination du trachome cécitant (actuellement, selon la définition, il s'agit de la réduction du TT au sein de la population entière à 0,1% ou moins) s'il ne s'attaque pas au biais du genre et cible tout particulièrement les femmes pour la chirurgie du trichiasis. Si le but de l'alliance globale est d'éliminer la cécité imputable au trachome d'ici 2020 (GET 2020), les programmes doivent absolument dispenser des services chirurgicaux qui ciblent délibérément et spécifiquement les femmes.

Enquête sur la couverture de la distribution en masse des antibiotiques

Présenté par Elizabeth Cromwell, le Centre Carter Atlanta

Actuellement, les programmes nationaux de lutte contre le trachome estiment la couverture de la population à laquelle est distribuée l'antibiotique en divisant le nombre de doses distribuées par soit (1) la population totale dans les régions d'endémicité ou (2) la population totale ciblée par la distribution. Si ces calculs nous donnent une estimation générale de la couverture de la distribution, il n'existe pourtant pas à l'heure actuelle de méthode standard pour valider les rapports de distribution servant de base au programme pour indiquer les résultats. Ces calculs connaissent plusieurs limitations risquant de biaiser les estimations : utilisation de rapports de distribution qui risquent d'être incomplets, rapports falsifiés ou manquants et quantités de médicaments perdus et volés qui sont indiqués comme médicaments consommés, d'où des estimations de la couverture gonflées artificiellement. Lorsque les données sur la population ne sont pas fiables, la couverture de la population est souvent surestimée ou sous-estimée.

Sans une méthode fiable pour évaluer la couverture, les programmes nationaux risquent de mesurer inexactement la portée des interventions du programme « A » et de donner une fausse notion de l'impact de la distribution des antibiotiques dans les évaluations des programmes. La présente enquête vise à comparer la couverture auto-notifiée et la couverture auto-notifiée validée par rapport au calcul classique de couverture de la population.

Une distribution en masse d'antibiotiques a été faite en mai 2008 dans trois *payams* (sous districts) du comté d'Akobo dans le Soudan du Sud. Cette distribution a utilisé l'approche site central : la population a été mobilisée pour se rendre au site de distribution le plus proche à deux heures de marche maximum de la communauté. Au moment du traitement, une marque a été mise sur le petit doigt d'une main ou l'autre du bénéficiaire avec une encre indélébile.

Une enquête aléatoire en grappe auprès de la population, en deux stades, a été réalisée dans 25 villages choisis au hasard dans les trois *payams*. Dix ménages ont été choisis aléatoirement dans chaque grappe. Un entretien a été fait avec chaque chef de ménage en utilisant un questionnaire standard pour noter la participation indiquée dans la distribution et on a compté tous les membres du ménage en utilisant un formulaire de recensement qui note le statut de participant et vérifie la présence de la marque d'encre. Un total de 247 entretiens avec les chefs de ménage ont été organisés et 1 101 personnes ont été recensées. En plus, 257 réponses ont été obtenues par des personnes remplaçant des membres absents de la famille.

Un total de 11 149 doses ont été distribuées, selon les indications, lors de la distribution à Akobo. La méthode routine pour calculer la couverture parmi la population éligible totale nous donne une couverture de 20,9% (11 149/50 000). Selon l'enquête, l'estimation de la couverture générale (non pondérée) pour la distribution entière s'élevait à 61,4%. La différence dans les résultats de couverture nous montre que l'estimation de la population est inexacte. Les résultats indiquent également une moyenne de 57,8% de participants auto-notifiants vérifiés avec l'encre. On a également identifié des facteurs prédictifs, significatifs du point de vue statistique : âge plus jeune, présence d'un agent de santé dans la communauté, connaissance de la distribution chez le chef de famille et emplacement d'un site de distribution au sein de la communauté. Lorsque les données de population et les rapports de distribution ne sont pas fiables, les programmes devraient utiliser une enquête par grappe de la couverture en antibiotique pour valider les rapports.

Manuel sur les femmes et le trachome

Présenté par Paul Courtright, Centre Kilimanjaro pour l'ophtalmologie communautaire

Dans les pays où le trachome est endémique, genre et accès équitable à la stratégie CHANCE vont généralement de pair. Si le trachome affecte tant les hommes que les femmes, il n'en reste pas moins que les femmes et les filles sont affligées de manière disproportionnée par la maladie et sont souvent servies également de manière disproportionnée par les programmes de lutte contre le trachome. Les femmes et les filles ont un accès limité à la chirurgie, à la couverture antibiotique et aux interventions d'hygiène et d'assainissement alors que ce sont pourtant elles qui en ont besoin le plus. Le manuel technique « Femmes et Trachomes » est un outil utile pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, les décideurs et les organisations internationales les aidant à mettre au point des programmes de lutte contre le trachome qui atteignent tant les hommes que les femmes tout en suggérant divers moyens pour améliorer délibérément l'accès aux interventions pour les femmes.

Le manuel sur les femmes et le trachome vise à améliorer au sein d'un programme de lutte contre le trachome la capacité à fixer des cibles, à suivre la couverture des activités d'un programme et à améliorer les interventions du changement de comportement dans l'angle équité entre les genres. Faisant un examen approfondi de la stratégie CHANCE, le manuel donne des directives programmatiques pour assurer un accès équitable des femmes au volet curatif de la stratégie, notamment l'intervention chirurgicale et la distribution d'antibiotiques. Il montre également comment on peut cibler les aspects préventifs, le changement de comportement et l'éducation sanitaire tout spécifiquement sur les femmes et les filles. Des outils sont présentés aux responsables des programmes pour les aider à mobiliser les individus et les communautés et à encourager l'adoption de comportements positifs qui permettront de réduire la transmission du trachome. Changement environnement et questions liés au genre servent de toile de fond sur laquelle ressort le rôle des femmes dans les projets d'assainissement et d'hygiène à impulsion communautaire. Le manuel comprend de nombreux exemples et études de cas du terrain sur le thème donné. Si le manuel se concentre largement sur l'Afrique subsaharienne, des exemples sont pourtant donnés de l'Asie. Les outils d'ailleurs s'appliquent à toute une gamme d'autres contextes.

Un soutien technique s'avère nécessaire actuellement pour les responsables des programmes de lutte contre le trachome, les planificateurs et les partenaires internationaux pour encourager l'application équitable de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome. Au niveau individuel, les femmes dans les communautés où le trachome est endémique bénéficieront directement des interventions adaptées tout spécialement à leur position socio-économique unique. Si elles examinent les questions liées au genre, les autorités sanitaires, régionales et nationales pourront mesurer les progrès faits en vue d'atteindre les buts finals d'intervention. En outre, une gestion de programme sensible aux questions liées au genre équipe les ministères de la santé de bons outils de planification stratégique. Disposant d'une solide base de données, les partenaires nationaux et internationaux pourront apporter un véritable soutien technique et un plaidoyer logique défendant les femmes contre le trachome.

Le soutien financier pour cette publication provient de la Fondation Elfenworks.

Le manuel peut être obtenu sous forme imprimée auprès du Programme de lutte contre le trachome du Centre Carter et peut être téléchargé du site suivant : www.cartercenter.org or www.kcco.net.

Intensifier l'éducation sanitaire en Ethiopie

Présenté par Mulat Zerihun, le Centre Carter Ethiopie

En 2008, le Centre Carter de l'Ethiopie et le Bureau sanitaire régional de l'Amhara ont convenu de la nécessité de renforcer la mise en œuvre actuelle de la stratégie CHANCE et de mobiliser les communautés pour qu'elles participent aux activités de la semaine de MALTRA en novembre. Une approche complète s'avérait nécessaire pour assurer la mobilisation et l'éducation sanitaire servant au renforcement du soutien communautaire pour les interventions du programme de lutte contre le trachome, d'encourager des niveaux élevés de participation au sein de la population et de créer un programme de changement de comportement durable.

Cherchant à donner une base à un programme de changement de comportement approprié et accessible, le Centre Carter en Ethiopie et le Bureau sanitaire régional de l'Amhara ont décidé qu'il fallait commencer par quantifier les pratiques existantes d'écoute des médias et recherche d'information. Une enquête a donc été faite sur les habitudes médiatiques. Elle devait mesurer le nombre de gens possédant une radio ou une télévision, voir quelles étaient leurs heures d'écoute préférées et déterminer s'il existe des médias imprimés, des affiches ou pancartes pour cibler la population alphabétisée. Elle examinait également le rôle des dirigeants communautaires et des aînés en tant que source d'information sanitaire. Cette enquête a été réalisée dans cinq zones de West Amhara. Choisi par échantillonnage aléatoire et à multiples stades, des entretiens ont été organisés avec 1 499 personnes à l'aide d'un questionnaire standardisé dans la langue locale, l'Amharique. Les participants de l'enquête étaient des chefs de ménages, des mères d'enfants de moins 10 ans et des jeunes adultes de 11 à 18 ans.

Dans cette enquête, 52,0% des répondants étaient des femmes et un tiers des participants étaient des jeunes adultes âgés de 11 à 18 ans. Pratiquement tous les répondants faisaient partie du groupe ethnique amharique (92,0%) et l'agriculture était leur occupation prépondérante (68,0%). Dans l'ensemble, 51,0% des répondants ont indiqué qu'ils possédaient une radio et 66,0% ont indiqué qu'ils écoutaient la radio au moins une fois dans leurs vies. La plupart des répondants ont fait savoir qu'ils préféreraient écouter la station radiophonique de l'Amhara (77,0%). Les nouvelles et les feuilletons étaient leurs programmes radiophoniques préférés. L'enquête a examiné les heures d'écoute préférées, retenant le matin et le soir comme les créneaux où la plupart des gens écoutent la radio.

Une analyse à deux variables de l'écoute radiophonique et de l'âge des répondants a montré que les répondants plus jeunes écoutaient plus souvent la radio au moins une fois dans leur vie que les personnes plus âgées bien que la différence ne soit pas significative du point de vue statistique. Pareillement, la différence entre les hommes et les femmes qui écoutaient la radio n'était pas significative du point de vue statistique. L'éducation était corrélée à l'écoute radiophonique. Plus le niveau d'éducation était élevé, plus le répondant était susceptible d'écouter la radio et la différence était significative du point de vue statistique.

Un nombre moindre de gens possédaient une télévision (1,0%) bien que 33,0% regardaient au moins une fois dans leur vie la télé en dehors de chez eux. Les répondants ont indiqué qu'ils regardaient la télévision chaque semaine dans des endroits publics comme les marchés et les écoles l'après-midi. Peut-on penser que la diffusion de vidéos d'éducation sanitaire chaque semaine dans des endroits publics est une méthode efficace pour atteindre le public cible.

Sur les 48,4% de répondants qui ont indiqué qu'ils savaient lire et écrire, 65,0% lisaient un journal ou une revue au moins une fois dans leur vie. Les données montrent que le centre de santé et la place du marché étaient les principaux endroits où les répondants avaient vu des affiches et 53,0% ont fait savoir qu'ils lisaient les affiches quand ils les voyaient. Dans les contextes à faible alphabétisation, l'utilisation des médias imprimés n'est pas aussi efficace pour atteindre les communautés à la base.

Les résultats de cette enquête ont permis au programme de lutte contre le trachome à Amhara de formuler six nouveaux messages radiophoniques et de les faire passer à la station radiophonique préférée aux heures préférées. Ces messages sont axés sur la construction et l'utilisation des latrines, le

lavage du visage, la participation à la distribution d'antibiotiques et le traitement chirurgical du trichiasis ainsi que sur l'utilisation d'une moustiquaire, le lavage et l'entretien des moustiquaires et la nécessité de consulter un centre de santé en cas de fièvre pour déterminer s'il s'agit du paludisme. Un total de 120 diffusions ont été passées sur les ondes avant, pendant et après les activités de la semaine de MALTRA. En plus, 20 000 brochures, 20 000 dépliants et 4 000 t-shirts ont été produits sur le thème du paludisme et trachome intégrés. Une camionnette de vidéo mobile a été recrutée pour apporter l'éducation sanitaire et mobiliser les communautés pour les interventions de lutte contre le trachome et le paludisme. Le tableau 1 présente l'activité totale de la camionnette vidéo par zone.

Le programme a estimé que le programme de mobilisation sociale avait permis de porter à plus de 90,0% l'adoption de la stratégie CHANCE lors de la semaine de MALTRA. Et en plus, personne ne semblait résister à la participation aux activités de distribution des antibiotiques. Le programme prévoit d'utiliser les données de l'enquête sur les habitudes médiatiques pour promouvoir les activités d'assainissement dirigées par la communauté.

Tableau 1: Nombre de woredas couverts par la camionnette de l'éducation sanitaire, événements et personnes couvertes

Zone	Sensibilisation au paludisme				Sensibilisation au trachome			
	Nombre de jours	# de woredas couverts	# d'événements en soirée	Personnes couvertes	Nombre de jours	# de woredas couverts	# d'événements en soirée	Personnes couvertes
East Gojam	8	8	8	118 600	18	13	14	247 950
West Gojam	7	7	7	218 650	13	10	17	414 000
South Gondar	5	5	5	107 450	2	2	2	28 500
North Gondar	7	6	6	94 950	12	6	12	275 600
Awi	3	3	4	80 700	9	6	9	231 500
Total	30	29	30	620 350	54	37	54	1 197 550

Clubs Lions de l'Éthiopie

Présenté par le Dr Tebebe Y. Berhan, Club Lions District 411A, Éthiopie



Le Lions Club éthiopien est un partenaire de la prévention de la cécité en Éthiopie. Grâce à un soutien généreux de la Fondation internationale des Lions Clubs, les Lions éthiopiens ont célébré un grand nombre d'accomplissements en 2008.

Le renforcement des capacités est la pierre angulaire du travail des Lions. Dans le cadre du Don SF 1176 de SightFirst, les Lions ont pu appuyer une deuxième année de formation pour 19 infirmiers et infirmières ophtalmologues et ils ont aidé à reconstruire le lycée Addet dans l'Amhara. Les Lions sont également un partenaire engagé au niveau de la fourniture de soins oculaires comme la chirurgie du trichiasis et de la cataracte. En 2008, Les Lions ont apporté une aide à 7 242 opérations de la cataracte et 11 618 chirurgies du trichiasis. Les Lions éthiopiens interviennent activement dans les régions de l'Amhara et de Tigray où ils facilitent une variété d'interventions y compris la chirurgie, la distribution d'antibiotiques, la formation des agents de santé, la construction de latrines et l'approvisionnement en eau.

Les Lions éthiopiens ont joué un rôle important dans la préparation et la réalisation des activités de la semaine de MALTRA dans le cadre du partenariat Sight First Lions-Centre Carter. Les Lions ont apporté une assistance capitale mobilisant les gouvernements nationaux et régionaux, les systèmes de santé et les communautés locales. La collaboration entre le Centre Carter en Éthiopie et les Lions a permis au programme d'apporter un niveau de service sans précédent ainsi qu'une éducation sanitaire à presque 5 millions de personnes dans la Région d'Amhara.

Guidés par leur plan stratégique, les Lions visent à éliminer le trachome cécitant des régions d'Amhara et de Tigray, à étendre la lutte contre le trachome aux régions d'Oromia, SNNPR et de Somalie et de fournir 70% des services de dépistage oculaire et erreur de réfraction dans les écoles d'ici 2014. Les Lions servent d'exemple à d'autres organisations partenaires. Les Lions ne sont pas simplement un donateur, leur engagement et vision stratégique leur permet d'apporter directives et plaidoyer que ce soit atteint le but de la prévention de la cécité.



Les Lions éthiopiens lors de la cérémonie de lancement de la semaine de MALTRA.

ANNEXE 1 : La maladie

Le trachome est la plus grande cause de cécité évitable dans le monde. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, 6 millions de personnes sont aveugles à cause du trachome et la plupart sont des femmes. En plus, il existe 540 millions de personnes – soit presque 10% de la population mondiale- qui courent le risque de devenir aveugles ou d'avoir une vue très diminuée. Le trachome est causé par des infections répétées de la conjonctive (revêtement de l'œil et de la paupière) causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis* qui pourraient d'ailleurs être évitées par de simples mesures d'hygiène. La plupart des cas se présentent dans les zones rurales et arides des pays en développement telle que la région sahélienne de l'Afrique où l'accès à l'eau salubre est limité.

Le premier stade de la maladie est appelé *trachome inflammatoire* et il se présente le plus couramment chez les enfants. Le trachome inflammatoire s'accompagne de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée. Il se traduit par une intense et douloureuse inflammation avec épaissement de la conjonctive. Après des cycles répétés de l'infection, des tissus cicatriciels se développent sur la conjonctive. Les femmes sont exposées souvent au trachome inflammatoire puisque ce sont elles qui s'occupent des enfants. Aussi n'est-il guère surprenant que les femmes contractent le trachome chronique deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le trachome se transmet par les écoulements des yeux et du nez des personnes infectées qui risquent d'être présentes sur les mains, les serviettes et les habits. Ces écoulements se transmettent également par les mouches qui sont attirées par les écoulements des yeux et du nez. Plus les paupières du patient sont infectées par chlamydia, plus les marques cicatricielles de la conjonctive que cela entraîne déforment la marge de la paupière et les cils se retournent et se frottent contre la cornée. Cette affection, appelée *trichiasis*, très douloureuse a un effet abrasif sur la cornée favorisant ainsi l'introduction d'autres infections. Le trichiasis horrible en lui-même est également une cause de cécité qui risque d'apparaître très rapidement.

Des progrès récents nous laissent espérer que cette maladie pourra être contrôlée. En 1987, des experts des soins oculaires et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point un simple système de classement du trachome qui a permis de faciliter et de standardiser le diagnostic et l'identification de tous les stades du trachome. En 1996, l'OMS mettait sur pied l'Alliance GET2020 qui réunit les organisations internationales de développement non gouvernementales, les bailleurs de fonds et les chercheurs afin qu'ils concourent tous à l'élimination du trachome. De plus, grâce au soutien de la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) et de l'OMS, la stratégie CHANCE a été créée pour combattre le trachome dans le cadre des interventions communautaires.

Autre développement important : *l'azithromycine*, antibiotique oral pris une ou deux fois annuellement, est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement quotidien avec la pommade à base de tétracycline, traitement qui avait été recommandée auparavant. Afin d'aider les ministères de la santé à mettre en œuvre le volet « A » de la stratégie CHANCE, l'International Trachoma Initiative (ITI), créée grâce à la collaboration de l'EMCF et de Pfizer Inc, gère un don important de Zithromax® (azithromycine) pour le traitement du trachome dans des pays d'endémicité choisis. Le don d'azithromycine de Pfizer Inc est le plus grand don de produits pharmaceutiques brevetés dans l'histoire et l'existence même de ce programme de don a donné l'impulsion nécessaire aux programmes de lutte contre le trachome.

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Mercredi 11 février

8:00	*Navette à l'hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:30	Bienvenue et présentations des participants	Dr Donald Hopkins
9:30 – 10:00	De la lutte contre le trachome à son élimination	Dr Paul Emerson
10:00 – 10:30	<u>Pause café</u>	
10:30 – 11:30	Ghana	Dr Oscar Debrah
11:30 – 12:30	Niger	Dr Kadri Boubacar
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	Annonces	
2:00 – 2:30	Avantages secondaires de CHANCE	Dr Paul Emerson
2:30 – 3:00	Mise à jour de l'OMS	TBD
3:00 – 3:30	Présentation de l'ITI	Dr Adam Zayan
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Surveillance pour la certification de l'élimination du trachome	M. Jonathan King
4:30 – 5:00	Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter	M. Aryc Mosher
5:30	*Départ de la navette pour l'hôtel Indigo*	

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Jeudi 12 février

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Gouvernement du Soudan du Sud	Dr Lucia Kur
10:00 – 11:00	Gouvernement du Soudan	Dr Awad Hassan
11:00 – 11:30	<u>Pause café</u>	
11:30 – 12:30	Ethiopie	Dr Daddi Jima M. Tesfaye Teferi
12:30 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	Annonces	
2:00 – 2:30	Niger et Mali: De la lutte de trachome à son élimination	Mme. Lisa Rotondo
2:30 – 3:00	Mise à jour TANA	Mme. Nicole Stoller
3:00 – 3:30	Enquête de la prévalence élevée du trachome actif chez les adultes soudanais	M. Jonathan King Dr Bruce Gaynor
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Semaine de MALTRA	M. Teshome Gebre
4:30 – 5:00	Etude de durabilité des moustiquaires	Dr Stephen Smith
5:30 – 7:00	*Départ navette pour Hotel Indigo et réception à Bazaar*	

“De la Lutte Contre le Trachome à son Elimination”
Dixième Revue Annuelle de Programmes de Lutte Contre le Trachome
11-13 février 2009

Vendredi 13 février

8:00	*Navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Nigeria	Dr U. Onyebuchi
10:00 – 11:00	Mali	Dr Bamani Sanoussi
11:00 – 11:30	<u>Pause café & Photo du groupe</u>	
11:30 – 12:30	Etude TTT	Dr Saul Rajak
12:30 – 1:30	<u>Déjeuner</u>	
1:30 – 2:00	<u>Visite facultative musée</u> Annonces du programme	
2:00 – 2:30	Trichiasis et genre	M. Jonathan King Dr Paul Courtright
2:30 – 3:00	Expérience éthiopienne pour intensifier l’éducation sanitaire communautaire	M. Mulat Zerihun
3:00 – 3:30	Enquête sur la couverture de la distribution des antibiotiques	Mme. Elizabeth Cromwell
3:30 – 4:00	<u>Pause café</u>	
4:00 – 4:30	Manuel sur les femmes et le trachome	Dr Paul Courtright
4:30 – 5:00	Conclusions et recommandations	
5:30	*Départ de la navette pour hôtel Indigo*	

ANNEXE III : Liste des Participants

Ethiopie

M. Teshome Gebre (Le Centre Carter)
Dr Daddi Jima
Dr Zerihun Tadesse (Le Centre Carter)
M. Tesfaye Teferi (Le Centre Carter)
M. Mulat Zerihun (Le Centre Carter)

Ghana

Dr Oscar Debrah
M. Jim Niquette (Le Centre Carter)

Gouvernement du Soudan

Mme. Zeinab Abdalla (Le Centre Carter)
Dr Nabil Aziz Awad Alla (Le Centre Carter)
Dr Awad Hassan

Gouvernement du Soudan du Sud

M. Gideon Gatpan (Le Centre Carter)
Dr Lucia Kur

Mali

M. Yaya Kamissoko (Le Centre Carter)
Dr Bamani Sanoussi
M. Jim Ting (Le Centre Carter)

Niger

M. Ali Amadou (Le Centre Carter)
Dr. Kadri Boubacar
M. M. Salissou Kané (Le Centre Carter)

Nigeria

Dr Abel Eigege (Le Centre Carter)
Dr Nimzing Jip (Le Centre Carter)
Dr Emmanuel Miri (Le Centre Carter)
Dr Uwaezuoke Onyebuchi

La Fondation Arthur M. Blank

Mme. Barbara Saunders

La Fondation Bill & Melinda Gates

Mme. Erin Shutes

Cambridge University

Dr Jeremiah Ngondi

The Centers for Disease Control and Prevention

Dr Els Mathieu
Dr Stephen Smith

La Fondation Conrad N. Hilton

M. Ed Cain
Mme. Shaheen Kassim-Lakha
Mme. Jennifer Lieberstein

La Fondation Francis. I. Proctor

Dr Bruce Gaynor
Mme. Nicole Stoller

Helen Keller International

M. Chad MacArther

International Trachoma Initiative

Dr Adam Zayan

Johns Hopkins University

Dr Sheila West

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr Paul Courtright

Lions Clubs International Foundation

M. Philip Albano

Le Club Lions Ethiopie

Dr Tebebe Yemane Berhan

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr Saul Rajak

Operation Eyesight

Dr Boateng Wiafe

Pfizer Inc

Mme. Kim Frawley

Research Triangle International

Dr Dieudonné Sankara

Sight Savers International

M. Simon Bush

Taskforce for Child Survival

Dr Mark Rosenberg
Dr Danny Haddad

Vestergaard Frandsen

M. Navneet Garg
Mme. Simone Nikolajsen

World Vision

Dr Joseph de Graft Riverson

Le Centre Carter

Mme. Rebecca Brookshire
Mme. Kelly Callahan
Mme. Elizabeth Cromwell
M. Don Denard
Dr Paul Emerson
Mme. Maureen Goodman
Dr Patricia Graves
Dr John Hardman
Mme. Madelle Hatch
Dr Donald Hopkins
Mme. Nicole Kruse
M. Jonathan King
M. Aryc Mosher
Dr Frank Richards
Mme. Lisa Rotondo
M. Randy Slaven
M. Craig Withers