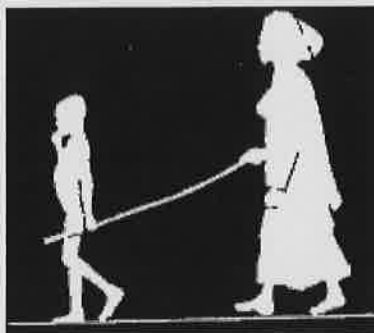


COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

**PREMIERE REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE
TRACHOME REALISES AVEC L'ASSISTANCE DU CENTRE CARTER**



**Le Centre Carter
10-11 février 2000**

**Financée par :
Fondation Conrad N. Hilton
Fondation *Lions Clubs International***

cnhf



TABLE DES MATIERES

Résume analytique.....	1
Introduction.....	3
Programme de Lutte contre le Trachome au Mali.....	4
Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana.....	9
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger.....	12
Programme de Lutte contre le Trachome au Soudan.....	18
Programme de Lutte contre le Trachoma au Ethiopie.....	21
« N » et « CE » DE la strategie CHANCE.....	24
Indicateurs de suivi et d'évaluation.....	26
Tableaux récapitulatifs.....	29
ANNEXE I : La maladie.....	31
ANNEXE II : Programme.....	32
ANNEXE III : Liste des participants.....	33
Remerciements.....	34

LISTE DES SIGLES

CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CBM	Christoffoel Blinden Mission
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHANCE	Chirurgie, Traitement Antibiotique, Nettoyage du visage et Changer l'Environnement
CMA	Christian Mission Aid
CRS	Croix Rouge Suisse
DFID	Département du Développement International
ERT	Evaluation rapide du Trachome
HKW	Helen Keller Worldwide
IOTA	Institut d'Ophthalmologie tropical d'Afrique
ITI	Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome
MS	Ministère de la Santé
MSP	Ministère de la Santé Publique
NPPB	Programme National pour la Prévention de la Cécité
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PLT	Programme de Lutte contre le Trachome
SSI	SightSavers International
TCC	Le Centre Carter
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WVI	World Vision International

RESUME ANALYTIQUE

La première revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome, réalisé avec l'assistance du Centre Carter, s'est tenu les 10 et 11 février 2000, au siège du Centre Carter à Atlanta. La revue des programmes avait pour objectif de faire le point de chaque programme national de lutte contre le trachome, d'identifier les défis/problèmes rencontrés lors de la mise en place des programmes nationaux de lutte contre le trachome, d'évaluer les entraves et les problèmes tout au long de la mise en œuvre des programmes et de discuter des solutions, ainsi que d'encourager le partage et l'uniformisation de l'information en insistant sur les indicateurs du suivi et de l'évaluation de programme. Les discussions sur les volets « N » et « CE » de la stratégie CHANCE¹ ont été mis en exergue lors de cette revue.

Les coordinateurs des programmes nationaux de lutte contre le trachome représentant les Ministères de la Santé du Ghana, du Mali et du Niger ont assisté à la revue, au même titre que le partenaire principal du Centre Carter, à Khartoum, au Soudan. En outre, les représentants et les conseillers techniques résidents du Centre Carter de l'Ethiopie, du Mali, du Niger, du Nigeria et du Soudan ont également participé à la réunion. Des représentants de la Fondation Conrad N. Hilton, de la Fondation *Lions Clubs International* (LCIF), de Pfizer Inc., de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de Helen Keller Worldwide (HKW), de HealthNet-Soudan, des *Centers for Disease Control and Prevention* aux Etats-Unis (CDC) et de l'Université Emory ont également participé. Le Président Carter a souhaité la bienvenue aux participants par téléphone lors de la réunion.

Chaque programme national a préparé une présentation d'une demi-heure sur l'histoire et la situation de son programme national de lutte contre le trachome, suivie par une heure de discussion avec tous les participants. Le coordinateur national a présenté l'information du programme entier dont les activités sont soutenues par le Centre Carter et d'autres partenaires. Les présentations contenaient des données épidémiologiques et des études sociologiques sur le trachome dans chaque pays, ainsi qu'une mise à jour sur les interventions du programme en train d'être réalisé. L'on a également présenté des plans de suivi et d'évaluation du programme et des partenariats avec d'autres ministères et organisations de développement international. Les discussions portaient sur les réussites, les contraintes et les défis des programmes nationaux, ainsi que sur les buts et objectifs pour l'année 2000. A la fin de la réunion, les participants ont fait des recommandations à l'intention des divers pays leur suggérant comment améliorer leurs efforts de lutte contre le trachome et comment renforcer les volets « N » et « CE » de la stratégie CHANCE mise en œuvre par le programme national.

Puisqu'il s'agissait de la première revue des programmes se tenant pour ces Programmes de Lutte contre le Trachome dont la plupart sont en train d'être mis en place, les données disponibles étaient limitées, mais un bon départ a été pris. Ces Comptes Rendus sont un

¹ CHANCE est le sigle pour :

Chirurgie pour remédier à un trachome à un niveau avancé,
Antibiotiques pour traiter le trachome avec inflammation (tétracycline topique ou azithromycine par voie buccale),
Nettoyage du visage et des mains pour prévenir la transmission de chlamydia, et
Changer l'Environnement afin d'élargir l'accès à l'eau potable et à une meilleure hygiène dans les ménages.

document qui aide à démontrer le degré de maturité et les accomplissements futurs de ces programmes.

INTRODUCTION

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter a démarré ses activités en 1998, travaillant en collaboration avec les Ministères de la Santé du Ghana, du Mali et du Niger, avec un soutien de la Fondation Conrad N. Hilton. En 1999, grâce à l'Initiative *SightFirst* de Lions-Centre Carter, le Centre a élargi ses activités de lutte contre le trachome et a commencé à apporter une assistance à l'Ethiopie et au Soudan. Le Centre Carter travaille directement avec des gouvernements nationaux, des *Lions Clubs* locaux et d'autres organisations partenaires afin de lutter contre le trachome par le biais d'interventions à base communautaire, de recherche opérationnelle et de plaidoyer.

S'inspirant de l'expérience des Programmes d'Eradication de la Dracunculose et de Lutte contre l'Onchocercose, le Centre Carter maintient la priorité accordée à l'éducation sanitaire et à la mobilisation communautaire – encourageant et habilitant les gens à s'aider eux-mêmes. A cette fin, le Centre aide les programmes nationaux de lutte contre le trachome à faire des études épidémiologiques, sociologiques et de recherche opérationnelle. Ces études sont des enquêtes de prévalence et des études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en vue d'obtenir une information initiale sur le trachome. Le Centre apporte également une assistance aux Ministères de la Santé pour mettre en œuvre des interventions de lutte contre le trachome insistant sur les volets « N » et « CE » de la stratégie CHANCE.

Le travail en partenariat pour mettre en œuvre les programmes de santé est l'un des principes fondamentaux suivis par le Centre Carter. En effet, le Centre travaille en étroite collaboration avec des Ministères de la Santé chaque fois que possible, surtout avec le coordinateur national du programme de lutte contre le trachome. Le Centre collabore également avec d'autres organisations internationales intervenant au niveau de la lutte contre le trachome et de la prévention de la cécité, telles que Christoffoel Blindlen Mission, Sight Savers International (SSI), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Croix Rouge Suisse, Orbis, l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), Helen Keller Worldwide (HKW) et World Vision International (WVI). La Fondation Conrad N. Hilton et la Fondation *Lions Clubs International* (par le biais de l'Initiative *SightFirst* de Lions/Centre Carter) sont les principaux bailleurs soutenant les activités de lutte contre le trachome du Centre Carter.

MALI

Présenté par le Docteur Doulaye Sacko, Directeur
PNLC/MSP, Mali

Evaluation

A l'instar d'un grand nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, la cécité est un grave problème de santé publique au Mali. Des enquêtes isolées sur la cécité réalisées entre 1980 et 1990 indiquaient que 14 400 personnes (1,2% de sa population) étaient aveugles. La cataracte (45%), le trachome (25%) et le glaucome (9%) sont les principales causes de la cécité. Visant à traiter le problème de la cécité dans le pays, le MSP a mis en place un programme national de prévention de la cécité en 1994. Des efforts importants ont été faits pour inclure les services primaires de soins oculaires aux services de soins de base. Par conséquent, 500 membres du personnel sanitaire sans formation préalable en matière de soins oculaires ont reçu une formation portant sur les services primaires des soins oculaires afin de fournir les services nécessaires à la population.

S'agissant tout particulièrement de la lutte contre le trachome, le Mali a mis en place, en 1996, un programme national de lutte contre le trachome intégré à d'autres activités de prévention de la cécité. En 1998, un comité national du trachome a été créé dans le cadre du programme de lutte contre cette maladie. Le comité comprenait des représentants des Ministères de l'Education, de l'Environnement, du Développement rural et de l'Approvisionnement en Eau et des ONG, telles que Helen Keller Worldwide (HKW), le Centre Carter, l'Institut d'Ophtalmologie tropical d'Afrique (IOTA), *Sight Savers International* (SSI) et l'OMS. Ce comité travaille en étroite collaboration avec l'UNICEF, l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI) et la Fondation Edna McConnell Clark.

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome a été réalisée de février 1996 à mai 1997 et a confirmé que, de fait, le trachome était un grave problème dans le pays. L'enquête a montré des cas estimés de trachome de l'ordre de 2,5% chez les femmes de moins de 15 ans, un nombre estimé de cas de TF/TI de 34,9% pour les enfants de 0 à 10 ans et 85 000 personnes avec des trichiasis ayant besoin d'une intervention chirurgicale (carte, graphique, Tableaux 1 et 2).

Interventions

L'enquête de prévalence a permis au programme de déterminer ses priorités et de fixer des objectifs pour l'année 2000 : 550 000 enfants de moins de 10 ans bénéficieront d'un traitement antibiotique ophtalmique et 2 000 personnes obtiendront une intervention chirurgicale pour le trichiasis parmi 85 000 cas de trichiasis (1 500 interventions de trichiasis ont été faites en 1999). Autres objectifs du programme pour 2000 : formation de 15 chirurgiens spécialisés en trichiasis, distribution du Zithromax™ au sein de groupes choisis (total de 800 000 personnes) dans la région de Koulikoro, renforcement de la formation concernant les stratégies d'intervention pour la lutte contre le trachome à tous les niveaux, établissement du suivi et de l'évaluation et amélioration la collaboration intersectorielle.

Afin de traiter les volets « N » et « CE » du programme, le programme national collabore avec le centre national de l'éducation sanitaire à base communautaire et a réalisé une étude CAP en 1997 pour aider à élaborer des messages d'éducation sanitaire pour le trachome dans la région de

Koulikoro. Le programme a redémarré sa campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) en janvier 1998 dans la région de Koulikoro en formant 80 agents de santé communautaires en matière de trachome. Une autre étude CAP est prévue dans la région de Koulikoro. Le programme cherche à renforcer les stratégies d'éducation sanitaire pour le trachome et à déployer un plaidoyer pour l'amélioration de l'environnement en 2000. HKW participe à la santé scolaire dans toutes les régions où l'organisation apporte une assistance aux efforts de lutte contre le trachome.

Le manque de soutien politique et le manque de personnel pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE sont parmi les principaux problèmes identifiés par le programme.

Recommandations

- Le programme national devrait chercher à accroître le taux des interventions chirurgicales du trichiasis afin de diminuer le nombre important de patients qui attendent une telle intervention.
- Le programme national devrait demander que le MSP nomme une personne dont la mission est de fournir un soutien programmatique au coordinateur national.
- Le programme devrait inviter l'UNICEF à faire partie du comité de lutte contre le trachome.

Note supplémentaire

En principe, l'UNICEF aidera à lutter contre le trachome dans la région de Gao.

Zone d'intervention proposée pour le programme de lutte contre le trachome - Mali



La zone muancée indique
la région d'intervention

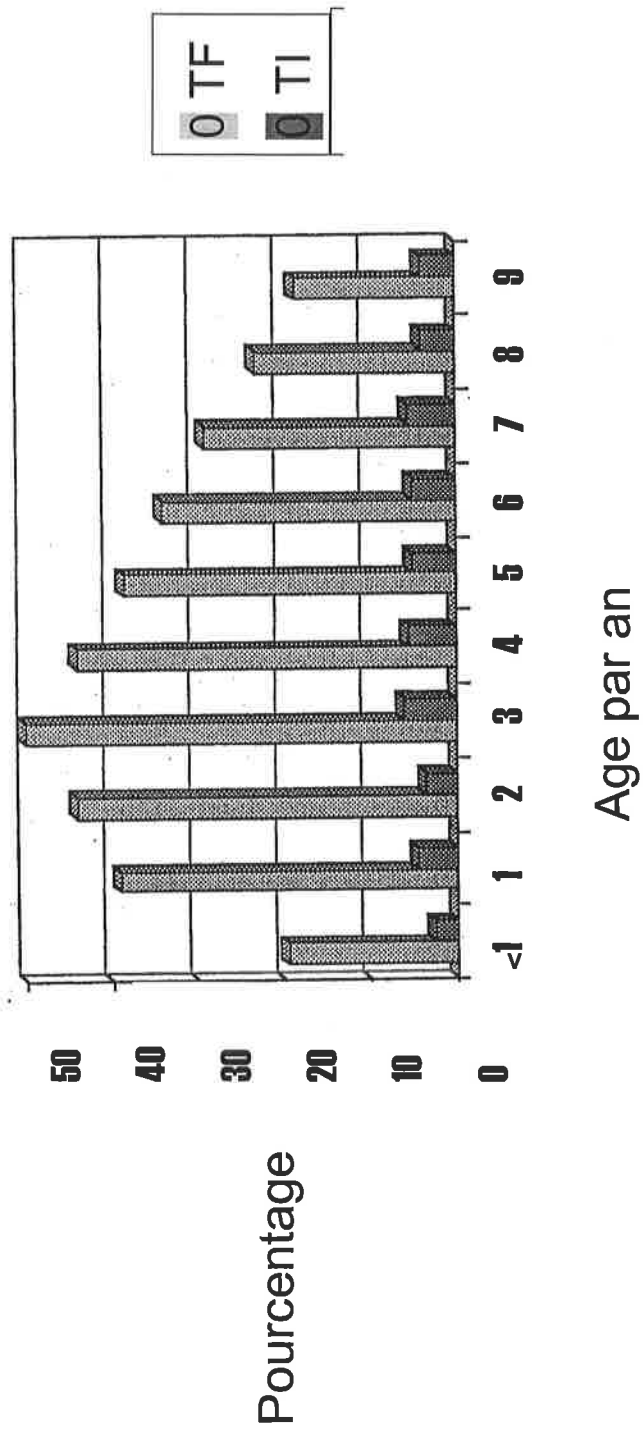
Résultats récapitulatifs de l'enquête de la prévalence du trachome
Programme de lutte contre le trachome - Mali

Régions	Prévalence du TF/TI (enfants < 10 ans)	Prévalence du TT (femmes > 15 ans)	Nombre de cas de TT estimés *
Kayes	42.50%	3.30%	17,500
Koulikoro	33.50%	3.90%	23,000
Sikasso	31.70%	2.90%	19,000
Ségou	23.10%	1.80%	12,000
Mopti	44.10%	1.70%	10,500
Tombouctou	31.70%	1.20%	2,500
Gao-Kidal	46.20%	0.70%	1,200
Total	34.90%	2.50%	85,700

Source: Résultats préliminaires de l'enquête de la prévalence du trachome, Février 1996 - Mai 1997, présentés par le Programme Nationale de Lutte contre la Cécité et l'IOTA le 26 Février 1998.

* Basé sur l'hypothèse de la prévalence de cas du TT chez les hommes est 50% de celle des femmes.

Répartition du TF/TI en fonction de l'âge



GHANA

Présenté par le Docteur Maria Hagen, coordinatrice nationale
Programme de Lutte contre le Trachome, Ghana

Evaluation

Le Programme national des soins oculaires a démarré en 1991 avec la création d'un secrétariat des soins oculaires et d'une coordinatrice nationale. Ce secrétariat est responsable de tous les Programmes nationaux de Prévention de la Cécité et des comptes rendus à la Direction des Soins institutionnels et la Direction de la Santé Publique au sein du Ministère de la Santé. Le programme a pour objectif général de fournir un ensemble complet de soins oculaires et d'augmenter la prestation de services, de 40% à 60% de la population d'ici 2001. Actuellement, il existe 75 centres de soins oculaires sur l'ensemble de la région, 40 ophtalmologues et 190 infirmiers ophtalmologiques. Il existe également des agents formés dans le domaine sanitaire et autres domaines (généralistes, infirmiers communautaires, volontaires à base communautaire) dispensant des soins de santé primaires ou des soins oculaires.

La cataracte et le glaucome sont des graves problèmes de santé au Ghana, suivis du trachome. Le trachome existe essentiellement dans les régions chaudes et sèches au Nord du pays, tout particulièrement dans le *Northern Region* et le *Upper West Region*. Etonnant de noter que le *Upper East Region* située à côté de ces deux régions connaît relativement peu de cas de trachome (et de dracunculose), chose probablement due à sa configuration géographique (meilleur approvisionnement en eau).

Il n'est pas possible de déterminer, à partir des données existantes, des estimations des cas de trichiasis et de TF/TI. Par conséquent, l'on prévoit de réaliser des études sur la prévalence du trachome dans le *Northern Region* et le *Upper West Region*.

Interventions

Les rapports actuels n'indiquent pas le nombre de personnes avec TF/TI traitées par antibiotiques car les antibiotiques sont également utilisés pour d'autres formes de conjonctivite. Entre 100 et 120 personnes ont subi une intervention du trichiasis en 1999. Mais il faut déterminer le nombre total de cas de trichiasis dans le pays pour mesurer l'impact de l'intervention et connaître le nombre de cas de trichiasis en attente. Les études de prévalence prévues identifieront les cas de trichiasis nécessitant une opération chirurgicale dans certaines régions choisies de l'étude.

Suite à une réunion concernant la lutte contre le trachome, une équipe spéciale nationale de Lutte contre le Trachome, composée de membres du personnel national et régional du Ministère de la Santé dont les Services d'Education Sanitaire (Services d'Education du Ghana) et de Recherche pour la Santé, d'ophtalmologues, des services d'approvisionnement en eau et assainissement et d'organisations internationales non gouvernementales (ONG) a été créée, en décembre 1990, sous la présidence du responsable du Service des Grandes Endémies. Le but de l'initiative de lutte contre le trachome est d'éliminer la cécité imputable à cette maladie. Les objectifs spécifiques sont les suivants : accroître la capacité en matière d'intervention chirurgicale du trichiasis, diminuer la prévalence du trachome actif et collaborer avec d'autres organisations pour mettre en œuvre les volets N et CE de la stratégie CHANCE. Les partenaires de l'équipe spéciale de Lutte contre le Trachome sont le Centre Carter, la Croix Rouge Suisse, Christoffel Blinden Mission

(CBM), *World Vision International* (WVI), *Sight Savers International* (SSI), l'Initiative Internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), l'OMS, l'UNICEF et le Département pour le Développement International (DFID). Cette équipe spéciale cherche à garantir que les activités de lutte contre le trachome sont mises en œuvre sur le terrain et intégrées au système de soins de santé jusqu'au moment où sera mis sur pied un programme national de lutte contre le trachome. Afin de faciliter les activités de lutte contre le trachome, un responsable de telles activités vivant dans les zones touchées, ainsi qu'un personnel focal aux niveaux régional et local responsable du trachome, doivent être nommés aux fins de travailler avec des équipes sanitaires régionales et locales et de réaliser les activités de lutte contre le trachome sur le terrain.

Il existe des données isolées provenant d'études précédentes faites dans le district de Daboya en 1996 et de Yapei en 1997, tous deux dans le *Northern Region*, indiquant la présence du trachome. A la fin de 1999, une évaluation rapide du trachome a été faite dans le *Northern Region* et le *Upper West Region* afin de retenir en priorité des communautés et de réaliser des interventions spécifiques dans le cadre de la stratégie CHANCE. Cette étude a été effectuée dans 122 sous-districts des deux régions (une communauté par sous-district) dont 70% avaient besoin d'une intervention dans le cadre de la stratégie CHANCE. La présence des cas de TT, des cas de TF/TI et les visages sales des enfants faisaient partie des indicateurs examinés. D'autres études comprenaient également un essai de distribution de Zithromax™ dans le sous-district à l'Ouest de Daboya et une étude CAP avec des groupes de discussion focalisée et des enquêtes auprès des ménages concernant le trachome, dans les cinq districts de la *Upper West Region* (UWR). Les résultats préliminaires des groupes de discussion indiquent que les communautés connaissent le trachome et le trichiasis. Ces discussions ont également permis d'identifier les termes locaux utilisés pour décrire les maladies. Les communautés ont indiqué quelles étaient, à leur avis, les causes de la maladie, de sa transmission et les mesures prises pour traiter le trachome. Les principaux problèmes identifiés concernaient l'accès limité aux ressources sanitaires (distance et coût) pour les communautés, faisant que les patients se tournent d'abord vers les remèdes traditionnels. Des agents de santé rendent visite occasionnellement aux communautés, mais ne traitent pas les problèmes oculaires, orientant uniquement vers les services de santé.

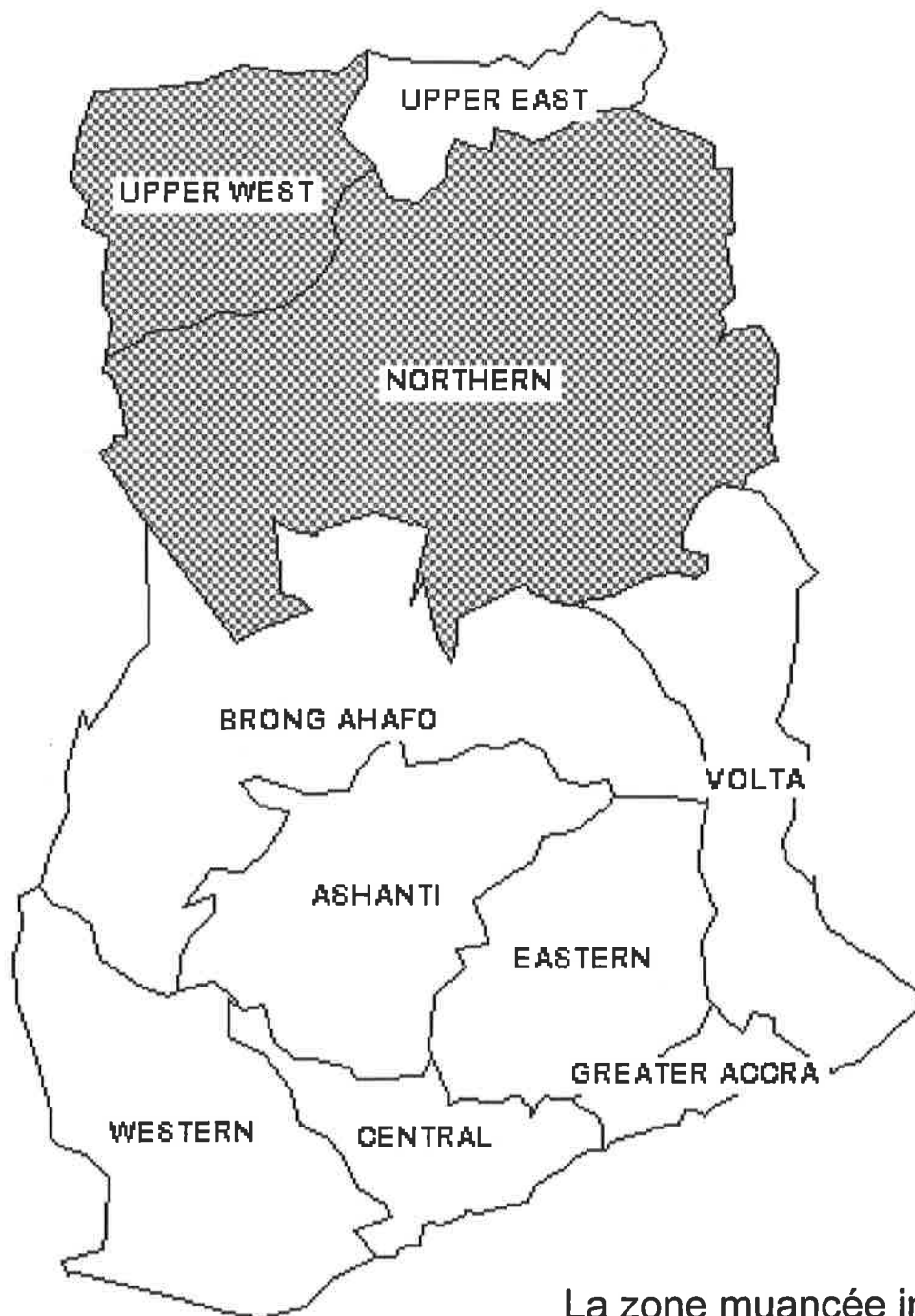
Les études CAP permettront de mettre au point du matériel pour l'éducation sanitaire. En 1997, une activité annuelle de prévention de la cécité se concentrait sur l'onchocercose et le trachome.

Les activités futures planifiées pour l'équipe spéciale du Ghana concernent les études de prévalence devant être réalisées dans le *Northern Region* et la *Upper West Region*, une étude CAP dans la région du Nord, la demande auprès de l'ITI pour recevoir des dons de Zithromax™ et la formation de professionnels des soins oculaires (10 infirmiers ophtalmologiques) en matière d'intervention chirurgicale du trichiasis. Les districts de Tumu et Wa commenceront à utiliser la Stratégie CHANCE dans la *Upper West Region*, au même titre que les districts de Savelugu, Tolon et Tamale dans la *Northern Region*. Des études de la prévalence devant dégager des données initiales ont déjà démarré dans ces cinq districts.

Recommandation

- L'Equipe spéciale de Lutte contre le Trachome devrait continuer à réaliser des études de prévalence dans la *Northern Region* et la *Upper West Region*.

Zone d'intervention proposée pour le programme de lutte contre le trachome - Ghana



La zone muancée indique
la région d'intervention

NIGER

Présenté par le Docteur Abdou Amza, Ophthalmologue
Chu-hôpital Lamorde, Niger

Evaluation

Une enquête sur la prévalence de la cécité réalisée en 1998 montre qu'environ 198 000 personnes (2,2% de la population) sont frappées par la cécité au Niger. Les principales causes de la cécité sont les suivantes : cataracte (45%), trachome (25%) et glaucome (22%). Un programme national de prévention de la cécité a été démarré en 1987 avec neuf ophtalmologues et 60 chirurgiens spécialisés dans le trichiasis dont 20 sont des infirmiers ophtalmologues. Le programme travaille en étroite collaboration avec le comité de lutte contre le trachome créé en 1999 par les Ministères de la Santé, de l'Eau et du Développement social et de l'Education. Les partenaires internationaux sont le Centre Carter, Lions, Helen Keller Worldwide (HKW), Christoffel Blinden Mission (CBM), l'Agence Musulmane Africaine (AMA) et l'OMS.

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome a été réalisée dans huit régions, notamment la capitale, Niamey, de 1997 à 1999. Les résultats indiquent que 43,7% des enfants de moins de 10 ans souffraient de TF/TI et que 1,7% des femmes de plus de 15 ans avaient le trichiasis (Tableaux 1 et 2). La prévalence la plus élevée du trachome était identifiée dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi (cartes).

Interventions

Une étude CAP a été réalisée en 1997 à Zinder, avec l'assistance de HKW, cherchant à connaître les opinions des communautés concernant l'intervention chirurgicale. Du matériel d'éducation sanitaire a été réalisé en fonction des résultats. En 1999, 704 interventions chirurgicales du trichiasis ont été réalisées (707 en 1998). Tous les établissements sanitaires reçoivent une pommade antibiotique, mais celle-ci peut être utilisée à nombreuses fins faisant qu'il est difficile d'estimer le nombre d'antibiotiques ophtalmiques utilisés tout particulièrement pour le trachome. Le programme prévoit d'intensifier les interventions à Zinder, Diffa et Maradi, régions où le trachome est le plus endémique. Les objectifs sont les suivants : faire des interventions chirurgicales pour tous les cas de TT dépistés ; traiter tous les cas de trachome avec une pommade ophtalmique ; réaliser des activités d'hygiène/assainissement concernant le trachome ; établir une carte du trachome – en fonction des études de la prévalence, réaliser des études CAP à Diffa et Maradi ; et former et équiper le personnel aux fins d'atteindre les objectifs présents.

Les contraintes suivantes ont été identifiées comme des entraves au niveau de la réalisation du programme de lutte contre le trachome : accès limité des patients aux formations sanitaires et au personnel de santé (y compris les chirurgiens), nombre insuffisant de trousse chirurgicales, coût de l'intervention chirurgicale, hésitation des patients face à l'intervention, approvisionnement peu fiable de tétracycline, manque de supervision à tous les niveaux, approvisionnement insuffisant en eau potable, manque d'hygiène et d'assainissement, contraintes religieuses et problèmes logistiques.

Aussi, les défis pour le programme consistent-ils à renforcer l'acceptation de l'intervention chirurgicale du trichiasis chez les patients, de vérifier l'adhésion au traitement de tétracycline de

six semaines chez les patients grâce à une campagne d'IEC intensifiée et d'élargir l'accès aux points d'eau salubre dans les zones rurales.

Notes supplémentaires

Le Programme nigérien de Lutte contre le Trachome (TCP) doit fixer des buts, objectifs et cibles pour le programme et a besoin d'un budget garanti pour répondre à tous ses besoins. De plus, le programme doit fixer ses indicateurs pour mesurer la réussite en fonction de sa capacité.

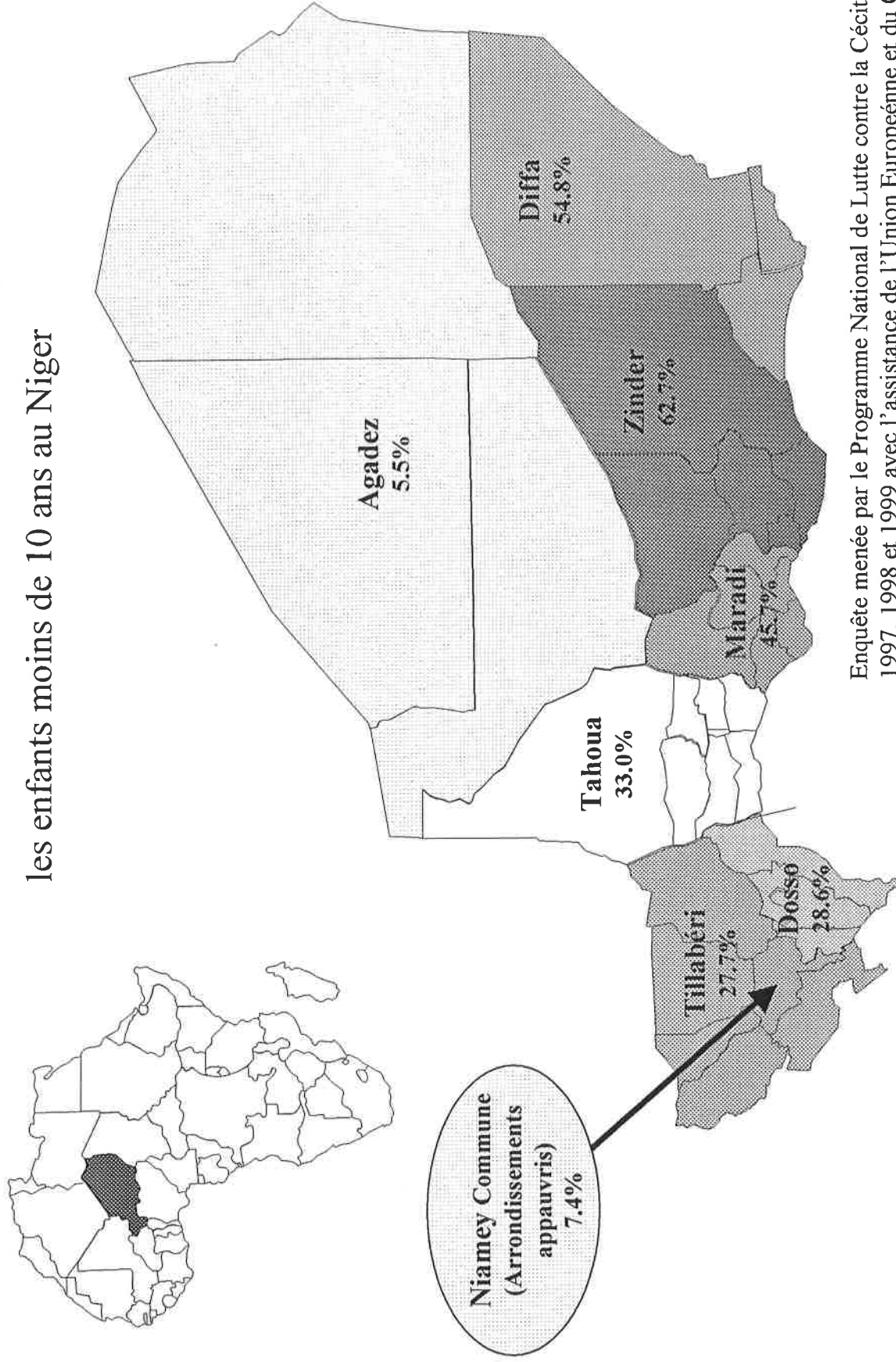
Les plans du Programme devraient accorder une place importante à la définition des objectifs de formation (superviseurs, agents de santé, volontaires) et faire un suivi du nombre de villages couverts, avec le taux de couverture et le nombre de séances d'éducation sanitaire réalisées.

HKW apporte une assistance depuis 1996 au niveau de l'éducation sanitaire sur le trachome dans cinq districts du Département de Zinder. L'organisation prévoit d'élargir l'assistance pour l'éducation sanitaire et les interventions chirurgicales dans deux districts supplémentaires du même département en 2000.

Recommandations

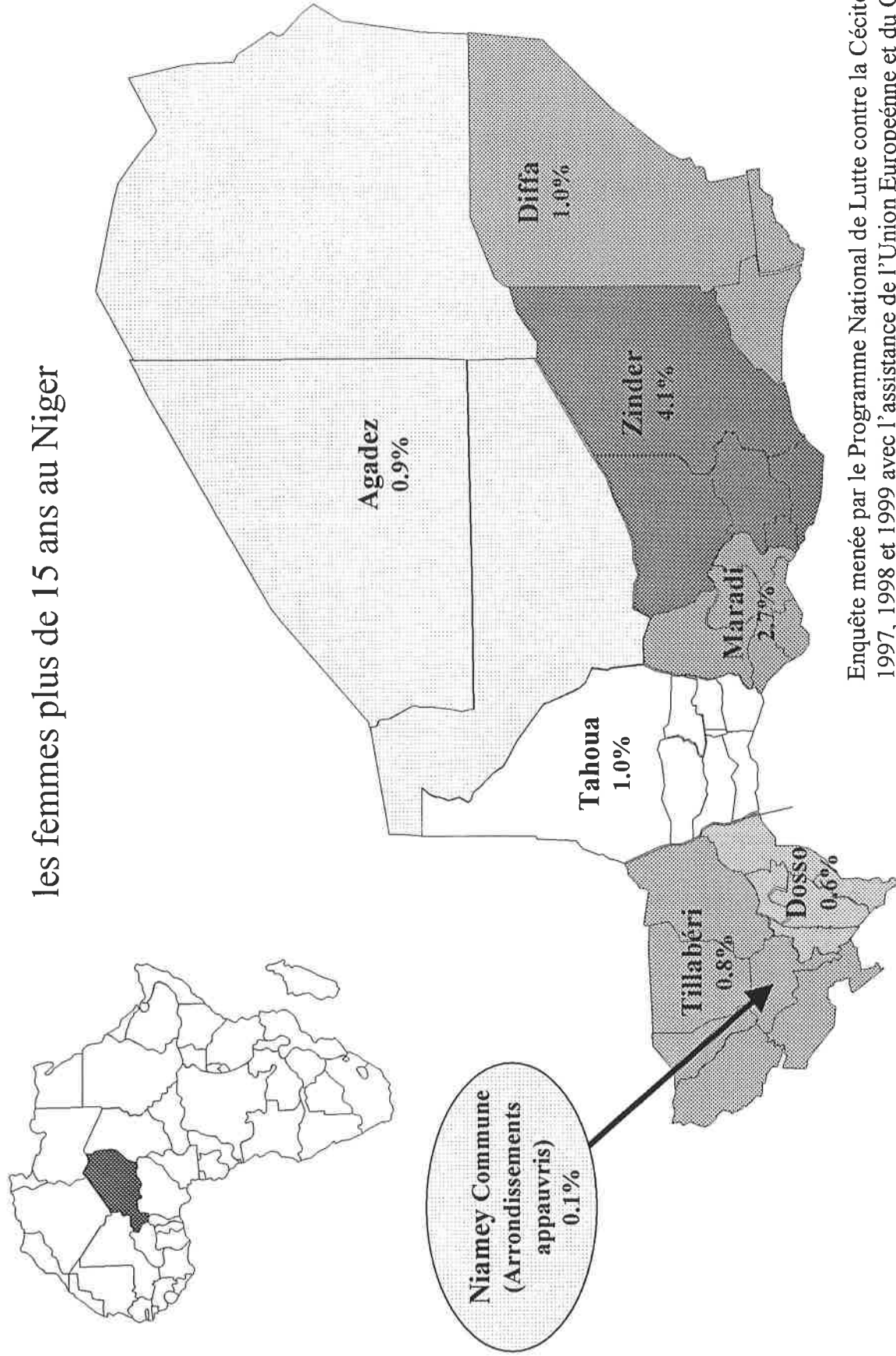
- Les chirurgiens formés pour opérer le trichiasis n'ont pas obtenu les trouses chirurgicales nécessaires pour faire leur travail après la formation. Le programme devrait garantir que ces fournitures sont disponibles pour le personnel formé.
- Le programme devrait inviter l'UNICEF à faire partie du comité national, surtout pour les interventions communautaires et l'approvisionnement en eau/assainissement.

Prévalence du trachome actif chez les enfants moins de 10 ans au Niger



Enquête menée par le Programme National de Lutte contre la Cécité en 1997, 1998 et 1999 avec l'assistance de l'Union Européenne et du Centre Carter.

Prévalence du trichiasis chez les femmes plus de 15 ans au Niger



Enquête menée par le Programme National de Lutte contre la Cécité en 1997, 1998 et 1999 avec l'assistance de l'Union Européenne et du Centre Carter.

Résultat de l'enquête nationale de la prévalence du trachome au Niger
Table 1 : Résultat de TF et TI pour enfants moins de onze ans

	Population Totale moins de 11 ans*	TF	TF (%)	TI	TI (%)
Agadez	113,734	6,255	5.5	455	0.4
Diffa	62,854	34,444	54.8	19,988	31.8
Dosso	508,953	145,560	28.6	20,867	4.1
Maradi	691,020	315,796	45.7	94,670	13.7
Tillabery	811,187	224,699	27.7	27,580	3.4
Tahoua	589,775	194,626	33.0	1,844	4.1
Zinder	611,942	383,688	62.7	91,179	14.9
Niamey	221,618	16,400	7.4	665	0.3
TOTAL	3,611,084	1,321,468	36.6%	257,248	7.1%

* Source des données de la population : Projections Démographiques 1994-2025; Ministère du Développement Social, de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant; République du Niger

Enquête basée sur un échantillon représentatif des zones rurales de toutes les régions. L'échantillon de la ville de Niamey est basé sur des arrondissements appauvris.

Résultat de l'enquête nationale de la prévalence du trachome au Niger

Table 2 : Résultats de TT chez les femmes plus de 15 ans, et estimation de nombre de cas de TT chez les adultes plus de 15 ans

	Nbres de Femmes > 15 ans	Nbres d'Hommes > 15 ans	Total	TT (%) chez les femmes	TT Femmes et Hommes*
Agadez	92,949	90,638	183,587	0.9%	1,108
Diffa	61,364	63,973	125,337	1.0%	827
Dosso	377,037	383,304	760,341	0.6%	3,029
Maradi	557,875	507,918	1,065,793	2.7%	19,634
Tahoua	472,825	435,748	908,573	1.0%	6,181
Tillabery	671,934	660,568	1,332,502	0.8%	7,137
Zinder	548,775	559,741	1,108,516	4.1%	30,150
Niamey	170,865	187,771	358,636	0.1%	233
NATIONAL	2,953,624	2,889,661	5,843,285	1.7%	68,299

*On estime que la prévalence de cas de TT chez les hommes est 1/3 de celle des femmes. De plus, on estime qu'il n'y a pas de cas de TT chez les enfants moins de 15 ans. Cependant, certains données confirment la présence de TT chez les enfants âgés de 8 ans.

Source des données de la population : Projections Démographiques 1994-2025; Ministère du Développement Social, de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant; République du Niger

Enquête basée sur un échantillon représentatif des zones rurales de toutes les régions. L'échantillon de la ville de Niamey est basé sur des arrondissements appauvris.

SOUDAN

Présenté par le Professeur Mamoun Homeida, coordinateur national/onchocercose
Académie des Sciences médicales et Technologie, Soudan

Evaluation

Pendant plus de 17 ans, la pauvreté et la guerre civile ont détruit l'infrastructure et l'économie du Soudan. Les soins de santé ont également souffert de cette situation politique. Certes, il existe un ophtalmologue dans chaque état soutenu par le Gouvernement du Soudan, mais il n'existe que peu, voire aucun service préventif. Dans bien des régions au Sud du pays, les services de santé sont fournis par le biais du consortium *Operation Lifeline Sudan/Sud* (OLS/S). OLS/S comprend 30 ONG qui, de concert avec l'UNICEF, réalisent des programmes de santé pour les populations locales et en collaboration avec ces dernières.

Le trachome est depuis longtemps une grave maladie au Soudan affectant un pourcentage important de la population dans toutes les parties du pays. Avant 1999, l'information sur le trachome venait essentiellement des dossiers des hôpitaux et des centres de santé et de certains faits recueillis auprès du gouvernement et du personnel médical de l'OLS/S. Dans le cadre de la proposition *SightFirst* de *Lions* en 1999, le Centre Carter a aidé le Ministère de la Santé au niveau fédéral à faire une étude sur la prévalence dans deux régions extrêmement endémiques, Malakal et Wadi Halfa, au Sud et au Nord du Soudan, respectivement (carte). L'étude à Malakal constatait que 45% des enfants entre 1 et 10 ans souffraient d'un trachome actif et que 10% des femmes de plus de 30 ans souffraient du trichiasis. A Wadi Halfa, 47% des enfants entre 1 et 10 ans souffraient d'un trachome actif et 2,4% des femmes de plus de 30 ans avaient le trichiasis. Ces résultats, tant au Nord qu'au Sud du Soudan, dépassent les seuils fixés par l'OMS, déclarant le trachome un grave problème de santé publique.

Dans les zones bénéficiant d'une aide de l'OLS/S, certains faits recueillis auprès du personnel des soins de santé indiquent que le trachome est très répandu et d'un niveau avancé. Il n'existe que peu de données scientifiques disponibles sur les infections oculaires en général, mais 12% à 18% des visites dans les centres de santé, notifiées mensuellement par les ONG, concernent des maladies oculaires non spécifiées. Une importante étude de santé réalisée dans le district de Lankien de l'état du Haut Nil par une ONG (Christian Mission Aid) indiquait des niveaux élevés du trachome inflammatoire et du trichiasis.

Interventions

Afin de traiter le problème, un programme de lutte contre le trachome a été mis en place dans les régions contrôlées par le gouvernement en fonction d'expériences acquises dans le cadre du programme de lutte contre l'onchocercose et basées sur le modèle de l'équipe spéciale de Lutte contre l'Onchocercose (NOTF) et de l'éradication de la dracunculose. Un Comité consultatif technique du trachome a été créé en juin 1999 pour superviser les questions techniques et de coordination du programme. Un ophtalmologue de niveau supérieur, un épidémiologiste, un pharmacologiste clinique, un éducateur de la santé, le représentant du Centre Carter et le personnel du MS font partie du Comité Consultatif Technique. Les principaux partenaires internationaux du programme de lutte contre le trachome sont le Centre Carter et la Fondation *Lions Clubs International* (LCIF).

Le programme prévoit une série d'activités dont des études CAP et l'élaboration de matériel d'éducation sanitaire, la formation des agents et de volontaires et des activités de mobilisation et d'éducation de la communauté. Le programme prévoit d'intensifier l'éducation sanitaire pour le nettoyage du visage, notamment dans les régions où l'eau est facilement accessible. L'expérience a montré que les villageois soudanais n'adhèrent pas au traitement antibiotique local pour une maladie des yeux. Par conséquent, le programme prévoit d'utiliser la stratégie du traitement antibiotique par voie générale dans le cadre de la stratégie CHANCE dans le Haut Nil, à Wadi Halfa et dans les camps des personnes déplacées (près de Khartoum). Le Programme de Lutte contre le Trachome pense fermement qu'il faut obtenir du Zithromax™ pour un programme réussi au Soudan.

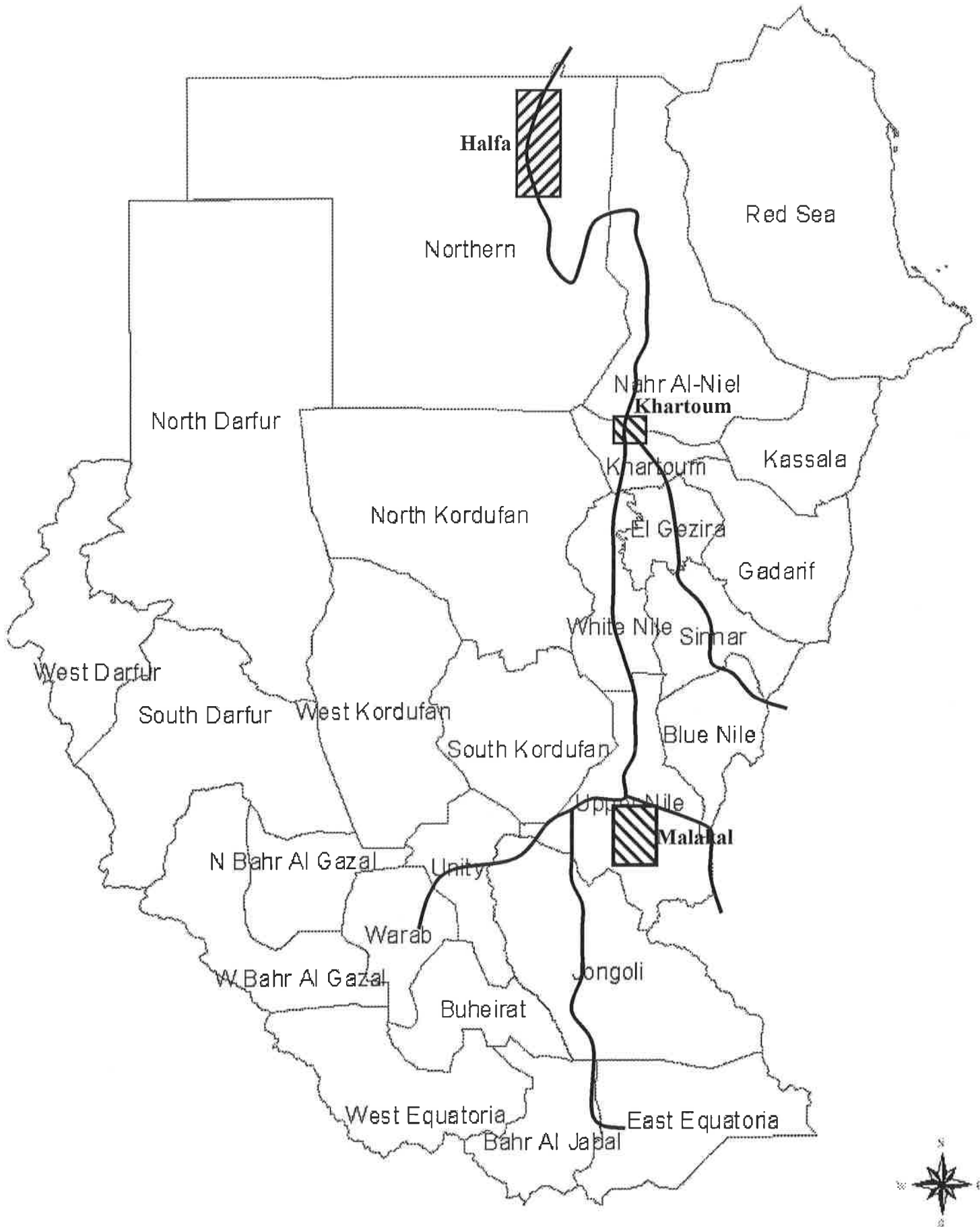
Les activités de lutte contre le trachome dans les régions aidées par l'OLS/S sont contrôlées et supervisées par le Centre Carter/Nairobi, au nom de l'Equipe spéciale de Lutte contre le Trachome au Soudan. Le programme sera réalisé dans certaines régions choisies par des ONG partenaires dont Christian Mission Aid (CMA) et MedAir dont les deux ont des programmes bien établis de soins de santé primaires dans les communautés cibles. Chaque ONG réalisera la stratégie CHANCE intégrale dans le cadre des programmes existants. Les bureaux du Centre Carter à Nairobi et de Lokichokio (Kenya) travailleront avec les deux ONG dans le cadre de la recherche, de la formation, de la surveillance et du traitement. A l'instar de l'Equipe spéciale nationale contre l'Onchocercose et du Programme d'Eradication de la Dracunculose, le coordinateur national à Khartoum s'exprimera pour le programme de tout le Soudan.

Les défis du programme sont les suivants : impossibilité d'accéder aux villages suite à la guerre et aux pluies ; nature nomade de la communauté ; manque d'accès à l'eau salubre ; manque d'adhésion au traitement avec la pommade, forçant le programme à dépendre essentiellement des antibiotiques oraux ; et difficultés à cibler des communautés mobiles pour leur apporter des messages d'éducation sanitaire et autres services.

Note supplémentaire

Le programme doit choisir une personne contact pour le trachome au Soudan. Le Gouvernement du Soudan devrait être représenté lors des réunions de l'OMS concernant le trachome.

Soudan



ETHIOPIE

Présentation sur les activités du Centre Carter

Par Monsieur Teshome Gebre, représentant de pays, Centre Carter, Ethiopie

Evaluation

La prévalence de la cécité en Ethiopie serait parmi la plus élevée au monde. L'on estime que 900 000 personnes (1,5% de la population) sont aveugles et que six millions souffrent de problèmes de vision. Une étude de la prévalence à l'échelle nationale n'a pas été faite, mais les données cliniques indiquent que les principales causes de la cécité sont les cataractes (40%) et le trachome (30%). L'Equipe de la Prévention de la Cécité du Ministère de la Santé estime qu'il existe un million de cas de trichiasis et 10 millions de cas de trachome actif nécessitant un traitement en Ethiopie. Toutefois, le Ministère de la Santé ne reconnaît toujours pas le trachome comme un grave problème de santé publique.

Les services curatifs des soins oculaires en Ethiopie sont très limités. Il n'existe que 54 ophtalmologues (dont 43 travaillent dans la capitale) et 46 assistants médicaux en ophtalmologie (11 dans la capitale) desservant 60 millions de personnes. Chose encore plus importante, les services oculaires préventifs n'existent pratiquement pas et il n'existe pas non plus une politique sanitaire nationale concernant les maladies oculaires et les soins oculaires.

Structure du programme

En 1986, le Programme National de Prévention de la Cécité (NPPB) a été créé en tant que programme vertical centralisé avec 39 membres du personnel technique et de soutien. En 1993, le NPPB était réorganisé dans le cadre du Département de l'Epidémiologie du ministère en tant qu'Equipe de Prévention de la Cécité avec un chef d'équipe et deux experts. Actuellement, la réorganisation est en cours combinant la prévention de la cécité et les activités de lutte contre d'autres maladies, diminuant encore davantage la capacité de l'Equipe de Prévention de la Cécité. Il n'existe pas encore de programme national de lutte contre le trachome, pas plus qu'il n'existe un coordinateur national des activités de lutte contre cette maladie. Un des grands problèmes que rencontre l'initiative de lutte contre le trachome est le fait que le trachome ne soit pas reconnu comme un problème de santé publique par le gouvernement. Il n'existe pas de soutien du gouvernement et du Ministère de la Santé pour améliorer les soins oculaires. Actuellement, il n'existe pas de politique sanitaire concernant les maladies oculaires et les soins oculaires. Le manque de services et de matériel pour les soins oculaires et l'insuffisance de professionnels des soins oculaires sont des contraintes de taille. En plus, l'absence de coordinateurs régionaux pour les activités de prévention de la cécité complique encore la tâche de travailler dans les zones rurales où vivent les communautés touchées. Toutefois, une équipe informelle nationale pour la prévention de la cécité a été créée par diverses organisations intervenant dans le domaine de la santé oculaire. L'équipe informelle comprend des représentants des *Lions Clubs* de l'Ethiopie, de CBM, d'Orbis International, du Centre Carter et de *Help Age*/Ethiopie. Le chef de l'Equipe de la Prévention de la Cécité du ministère est un membre actif et important de cette équipe spéciale. Sous peu, l'OMS et l'UNICEF feront partie de cette équipe spéciale informelle.

Le MS est très décentralisé à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne l'organisation des soins oculaires. Des bureaux sanitaires régionaux, des départements sanitaires des différentes

zones et des bureaux de santé des woredas sont responsables de la prestation des soins oculaires à la population. Ces niveaux administratifs ne sont pas très efficaces pour la réalisation des activités de prévention de la cécité à cause d'un manque de personnel et de ressources. Aussi est-il très important pour les nouvelles initiatives de lutte contre le trachome de former et d'aider le personnel des soins oculaires au niveau périphérique.

Interventions

Depuis le début de l'initiative *SightFirst* de Lions-Centre Carter, le Centre Carter/Ethiopie travaille en relation étroite avec l'Equipe de Prévention de la Cécité du ministère, ainsi que les membres d'autres ONG intervenant au niveau de la lutte contre le trachome, et le *Lions Clubs*/Ethiopie. Le Centre Carter en Ethiopie prévoit d'aider le MS à réaliser la stratégie CHANCE dans les régions d'Amhara et de Tigre (carte) en insistant sur les volets « N » et « CE. » Les objectifs spécifiques de cette collaboration consistent notamment à évaluer l'ampleur du trachome et de la cécité dans des régions choisies en réalisant des études de la prévalence, des études CAP, en mettant en place un système de surveillance du trachome, en élaborant du matériel d'éducation sanitaire et en organisant les programmes de santé scolaire dans les régions de l'intervention. Le Centre Carter participe également à la lutte contre le trachome par le biais de l'Initiative de Formation en Santé publique de l'Ethiopie, programme national recevant une assistance du Centre Carter, qui aide les universités et les centres de formation en santé publique en matière de renforcement des capacités, réorientation des programmes de formation et réalisation du matériel pédagogique. Actuellement, le programme est en train de mettre au point un module de formation pour le trachome destiné aux agents de santé.

Notes supplémentaires

Le manque de professionnels des soins oculaires ne devrait pas entraver l'initiative de lutte contre le trachome qui est axée sur des interventions préventives et non curatives.

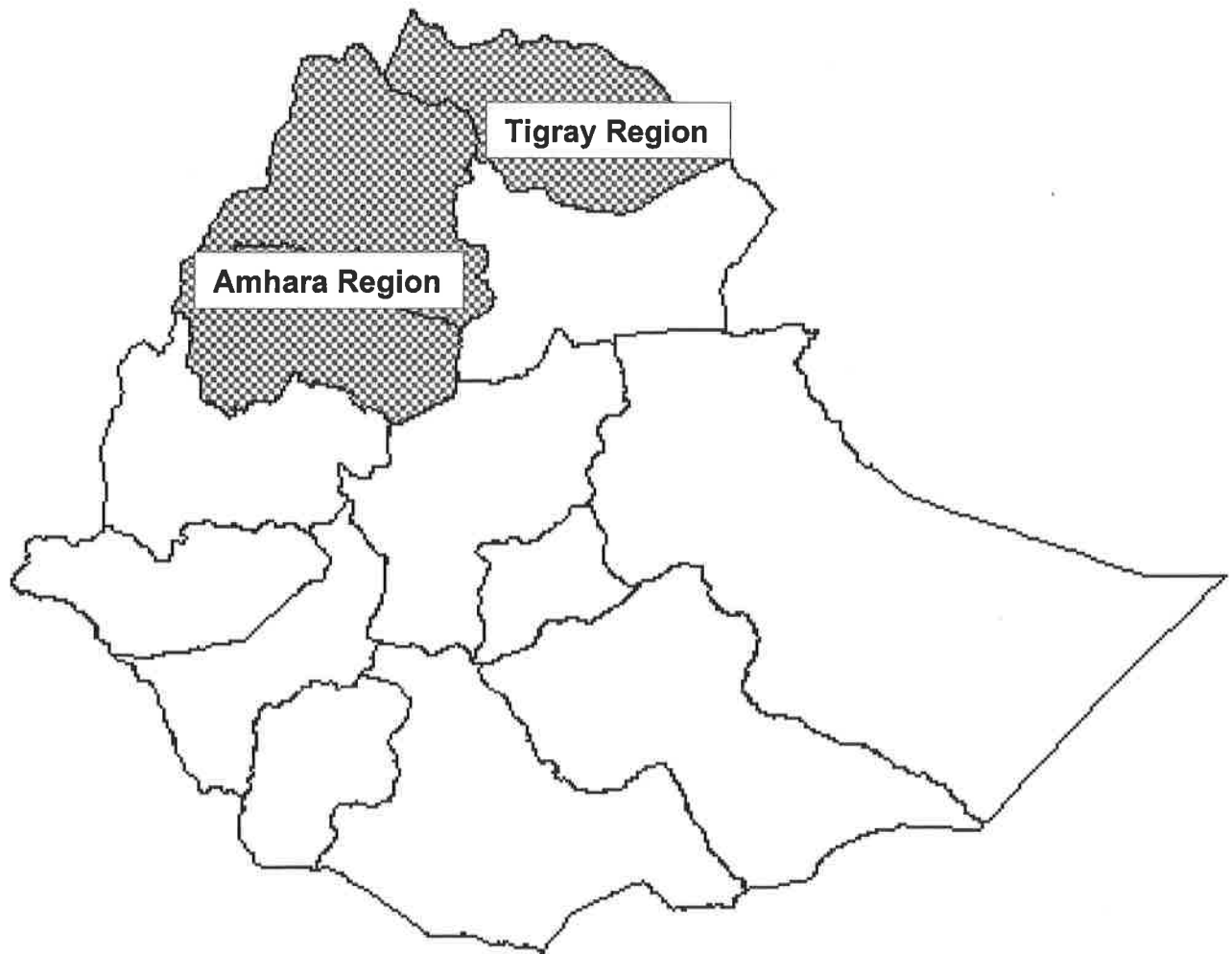
Pour traiter le volet « CH » de la stratégie CHANCE, la collaboration entre Lions-Centre Carter pourrait être utilisée pour encourager des camps Lions chaque année avec une équipe mobile d'agents de santé réalisant des interventions chirurgicales pour le trichiasis, outre les interventions effectuées par l'hôpital régional.

Si les zones choisies pour l'intervention correspondent aux régions endémiques de la dracunculose, les volontaires de la dracunculose pourraient aider à collecter et à transmettre les données mensuelles une fois le système de surveillance mis en place.

Recommandation

- Le Centre Carter devrait jouer un rôle de plaidoyer par le biais d'une équipe informelle incitant le MS à reconnaître le trachome comme un grave problème de santé publique sur l'ensemble du pays. Le Centre Carter devrait travailler avec le MS régional pour démontrer la gravité du problème en réalisant des études de la prévalence. Ces résultats pourraient être utilisés pour outils de plaidoyer pour démontrer l'ampleur et l'urgence du problème au MS.

Zone d'intervention proposée pour le programme de lutte contre le trachome - Ethiopie



La zone nuancée indique
la région d'intervention

« N » ET « CE » DE LA STRATEGIE CHANCE

Dans le cadre de la stratégie CHANCE pour le trachome, les volets « N » et « CE, » nettoyage du visage et changer l'environnement, sont des interventions très importantes car elles se concentrent essentiellement sur la prévention primaire. De plus, elles peuvent être réalisées sur le terrain avant les volets « CH » et « A. » Les pays peuvent commencer à réaliser des activités préventives dès que les zones endémiques sont déterminées. Les Programmes de Lutte contre le Trachome devraient insister sur le fait qu'outre la lutte contre le trachome, d'autres avantages sanitaires, tels que la réduction d'autres maladies, peuvent être obtenus en améliorant l'hygiène et l'assainissement et en renforçant la disponibilité d'eau potable. Les principaux défis consistent à trouver des manières efficaces d'arriver à la population, de communiquer les messages et d'aider les gens à adopter des comportements de prévention. Au niveau individuel, il est important de sensibiliser et de faire connaître les diverses manières de se protéger soi-même et sa famille contre le trachome. Au niveau communautaire, les activités de sensibilisation sont essentielles pour la réussite de l'éducation sanitaire et de la mobilisation communautaire.

Si l'on veut obtenir des résultats positifs des interventions concernant les volets « N » et « CE, » nous devons d'abord comprendre les communautés afin d'identifier les facteurs de motivation qui les pousseront à procéder à des changements dans leurs comportements sanitaires et dans leur environnement. Des questions du type suivant « qu'est-ce que les communautés apprécient à propos du nettoyage du visage ? » ou « qu'est-ce que les gens apprécient à propos des latrines ? » sont essentielles pour déterminer comment les communautés perçoivent les facteurs-risques de la maladie et les éventuelles interventions. Les gens de la communauté sont-ils motivés en voyant des enfants avec des visages propres ? Sont-ils préoccupés par un environnement sale ? En posant ce type de question, on arrivera à comprendre les facteurs de motivation que peuvent utiliser les programmes de lutte contre le trachome quand ils travaillent avec les communautés endémiques en tenant compte du fait que ces facteurs peuvent varier d'un environnement à l'autre. Ce processus est une entreprise progressive, mais qui mènera à des interventions durables et réussies.

Diverses stratégies permettent de changer le comportement humain. Ces stratégies, bien qu'elles soient différentes d'un pays à l'autre, seront utiles si elles sont partagées entre ces pays. Comment ces interventions sont-elles réalisées dans les différents pays ? Divers exemples qui se sont avérés efficaces sont l'approche participative, l'approche enfant-à-enfant et l'éducation sanitaire à l'école. Les médias et la communauté peuvent être utilisés pour communiquer les messages d'éducation sanitaire aux communautés à risques.

En préparant les messages sanitaires pour le trachome, il est important de mettre au point des messages clairs, succincts et bien pesés. Ces messages devraient faire ressortir les avantages pouvant être retirés des activités. Par exemple, le nettoyage du visage permet de diminuer la conjonctivite ou l'utilisation des latrines diminue le nombre de mouches. Ces activités doivent être reliées à une meilleure hygiène, là aussi en faisant connaître les avantages d'une telle approche. Si l'on en juge d'après l'expérience des programmes de contrôle de l'onchocercose et de l'éradication la dracunculose, l'objectif du programme de l'onchocercose est de donner à chaque membre d'une communauté endémique du Mectizan™. Tous les messages soutiennent des activités visant à encourager les communautés à prendre le médicament en insistant sur les

résultats : ne pas contracter la maladie et diminuer ou éliminer les symptômes chez les personnes infectées. Dans le cadre du programme d'éradication de la dracunculose, les messages insistent sur le filtrage de l'eau et le fait de ne pas pénétrer dans des points d'eau lorsqu'on est atteint par le Ver de Guinée. Il convient d'élaborer des messages tout aussi clairs et spécifiques ciblant le trachome. En communiquant ces messages, il est important de trouver un moyen de mesurer l'efficacité de ces interventions basées sur le nettoyage du visage, la réduction du nombre de mouches et l'amélioration de l'environnement et de voir dans quelle mesure ils suscitent le changement de comportement et, en dernière analyse, la réduction du trachome. Les indicateurs mesurant les progrès dans le cadre des interventions « N » et « CE » doivent être uniformisés et fixés dès le début des programmes de lutte contre le trachome.

S'agissant des questions relevant de l'amélioration de l'environnement, notamment construire des latrines et installer des points d'eau salubre, les programmes de lutte contre le trachome devront relier les activités sanitaires avec d'autres organisations gouvernementales intervenant dans le domaine des latrines ou de l'approvisionnement en eau. L'expérience a montré par le passé qu'il est difficile pour les Ministères de la Santé de motiver d'autres ministères pour qu'ils participent aux programmes de santé. Pour arriver à cette collaboration, les programmes de lutte contre le trachome devraient réunir et utiliser l'information nécessaire pour outil de plaidoyer pour encourager d'autres groupes à participer aux activités de lutte contre le trachome et autres activités de santé. Les données collectées devraient être facilement disponibles pour démontrer l'urgence et la nécessité pour les autres secteurs de participer aux activités de prévention. Par la suite, les données indiquant l'impact des activités de prévention et reconnaissant les contributions des autres organisations devraient recevoir une attention importante. Cet aspect de rallier d'autres organisations pour la lutte contre le trachome est très important car certaines des interventions nécessaires n'entrent peut-être pas dans la capacité des communautés, par exemple, les interventions concernant l'approvisionnement en eau. La participation d'autres organisations ne devrait pas se limiter aux ministères, mais on pourra également contacter des organisations internationales et des ONG, au même titre que d'autres bailleurs de fonds.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

En démarrant et en réalisant des Programmes de Lutte contre le Trachome, il est essentiel de formuler des indicateurs de programme pour mesurer les progrès, l'impact et les résultats des diverses interventions. Afin de mesurer l'effet d'interventions spécifiques, il faut relier les indicateurs et chaque volet de la stratégie CHANCE. Les Programmes de Lutte contre le Trachome doivent choisir les indicateurs particuliers qui seront utilisés pour le compte rendu de leurs programmes. Les programmes devraient tenir compte de la faisabilité de collecter les données pour ces indicateurs du point de vue ressources financières et humaines nécessaires et calendrier du point de vue évolution de la maladie, ainsi que barrières environnementales. Lors de cette étape, il est important de réaliser une recherche opérationnelle au niveau communautaire pour identifier le type d'indicateurs que devraient suivre les programmes pour étudier les progrès et déterminer à quel niveau ces indicateurs devraient être collectés.

Un grand nombre de Programmes de Lutte contre le Trachome sont démarrés dans divers pays et il est donc important que les programmes se mettent d'accord sur des indicateurs standard clés qui permettront aux pays de comparer l'état d'avancement de leurs programmes par rapport à chaque volet de la stratégie CHANCE. Au départ, tous les programmes devraient avoir des données initiales pour mesurer les progrès faits par leurs programmes. Ces indicateurs peuvent également être utilisés comme outils de plaidoyer permettant ainsi aux gouvernements et bailleurs de fonds de démontrer l'ampleur du problème et d'intensifier le soutien obtenu par les parties intéressées. Ces indicateurs uniformisés utilisés par les différents programmes peuvent être différents ou alors compléter d'autres indicateurs programmatiques des pays.

Indicateurs de la prévalence en général

Tout programme devrait disposer de données initiales sur le trachome avec des chiffres spécifiques pour la prévalence de TT, TS et TFTI. Selon l'OMS, le trachome est jugé un grave problème de santé quand :

- Plus de 20% des enfants entre 1 et 10 ans ont TFTI
- Plus de 30% des femmes de 30 ans ou plus ont TS
- Plus de 1% des femmes de 40 ans ou plus ont TT.

Huit ensembles d'indicateurs ont été proposés par le Centre Carter lors de cette revue des programmes aux fins de discussion et essai de la part des programmes participant à la réunion. Les indicateurs proposés sont les suivants :

- Pourcentage de femmes de plus de 15 ans avec TT
- Pourcentage d'enfants de 1 à 10 ans avec TF/TI
- Pourcentage de la population cible TT ayant reçu une intervention chirurgicale
- Pourcentage de la population cible TF/TI traitée avec des antibiotiques
- Pourcentage de villages cibles ayant reçu une éducation sanitaire
- Pourcentage d'enfants de 1 à 10 ans avec des visages propres (pas de pertes oculaires ou nasales, ni de mouches sur les visages lors de l'observation)
- Pourcentage de communautés endémiques avec la plupart (>50%) des ménages ayant des toilettes ou des latrines couvertes

- Pourcentage de communautés endémiques avec la plupart (>50%) des ménages ayant un point d'eau à un kilomètre du ménage.

Indicateurs pour la chirurgie « CH »

Les discussions concernant les indicateurs susmentionnés concernent les recommandations de l'OMS visant à examiner uniquement les femmes de plus de 40 ans pour dépister le TT. La raison donnée pour ce seuil consiste à éviter de diluer les chiffres car la plupart des personnes qui contractent le TT sont plus âgées. Certains programmes pensaient que le fait de limiter le dépistage du TT à des personnes de plus de 40 ans aurait pour résultat de rater les cas de TT de moins de 40 ans car certains programmes observent des cas de TT chez des personnes de 10 ans. Afin de suivre les directives de l'OMS et dépister tous les cas de TT, le dépistage devrait regrouper tous les âges et les programmes peuvent adopter leur propre indicateur dont des femmes de moins de 40 ans pour TT et maintenir l'indicateur standard de l'OMS aux fins de comparaison avec d'autres pays. Par conséquent, le groupe d'âge utilisé pour notifier TT à des fins programmatiques serait différent de celui utilisé pour les comptes rendus en fonction des normes de l'OMS. Cette méthode permettrait aux pays d'inclure les cas de TT de moins de 40 ans et de leur fournir les services nécessaires.

Autre question concernant les indicateurs pour les interventions chirurgicales : certains pays notifient simplement le nombre d'interventions chirurgicales pour TT. Cet indicateur revêtirait une plus grande signification si le dénominateur, qui devrait être le nombre total de cas de TT du pays (ou une estimation) est compris, modifiant l'indicateur par rapport au pourcentage d'interventions chirurgicales de TT réalisées sur une période donnée, par exemple :

$$\text{Pourcentage d'interventions chirurgicales TT réalisées} = \frac{\text{Nombre de cas de TT opérés par an}}{\text{Nombre de cas de TT estimés dans le pays}}$$

Même si ce pourcentage est très faible, il indiquera l'ampleur du problème et le nombre élevé d'interventions chirurgicales de TT qu'il faut réaliser. L'accroissement de ce pourcentage indiquerait les progrès faits par le programme si le nombre estimé de cas de TT reste inchangé. Si c'est nécessaire, le dénominateur peut être spécifique à une population donnée, par exemple, une région ou un district en particulier.

Outre cet indicateur, les programmes nationaux peuvent adopter leur propre objectif ciblé pour le nombre d'interventions chirurgicales devant être réalisées pendant un an et utiliser cet indicateur pour évaluer leurs propres performances en fonction de la faisabilité des ressources disponibles, par exemple :

$$\text{Pourcentage d'interventions chirurgicales TT réalisées} = \frac{\text{Nombre d'interventions TT réalisées cette année}}{\text{Nombre d'interventions planifiées pour l'année}}$$

Par conséquent, les pays pourraient utiliser les deux indicateurs, le pourcentage d'interventions TT réalisées et le pourcentage d'interventions TT ciblées ; le premier indicateur pour comparer leurs progrès avec ceux des programmes d'autres pays et le second pour mesurer leurs propres progrès par rapport aux objectifs qu'ils s'étaient donnés.

Indicateurs pour les antibiotiques « A »

Concernant les indicateurs pour les antibiotiques, il faut deux types d'indicateurs traitant des antibiotiques oraux et topiques. Dans le cas de l'azithromycine, le nombre de personnes traitées divisé par la population ciblée ou la population à risque pourrait fournir le pourcentage de traitement ciblé réalisé. Mais la plupart des pays utilisent les pommades tétracyclines et, par conséquent, doivent avoir des indicateurs pour mesurer son utilisation pour le trachome. Une série de questions se présentent lorsqu'on examine cet aspect.

- Si le nombre de personnes traitées avec la pommade est mesuré, quel serait le dénominateur et quelle population représente-t-il ?
- Est-ce que les programmes évaluent le nombre de tubes disponibles dans les centres de santé ? Est-ce que cet indicateur assure que la pommade est arrivée aux patients souffrant du trachome sans être distribuée pour d'autres maladies ?
- Est-ce que le fait de compter le nombre de tubes distribués aux centres de santé est un indicateur montrant que la pommade est utilisée tout spécifiquement pour trachome ? Serait-il plus facile pour les programmes de suivre les systèmes de distribution des pommades ou les tubes distribués aux individus ou aux agents de santé des villages ?
- Si la pommade est utilisée par un patient, comment les programmes peuvent-ils mesurer l'adhésion au traitement s'assurant ainsi que le patient utilise la pommade pendant six semaines ? Comment les programmes mesurent-ils l'effet de l'utilisation de la pommade pour TF/TI ?
- Est-ce que les programmes suivent le nombre de cas actifs de trachome dans les communautés où la pommade est disponible ? Si oui, tous les combien ?
- Est-ce que les programmes suivent le nombre de centres de santé avec des pommades et le nombre de villages qui ont accès à la pommade ?

Pour fixer des indicateurs pour les antibiotiques, les pays doivent évaluer les ressources dont ils disposent, identifier les indicateurs qui mesurent le mieux leurs progrès en ce qui concerne la distribution des antibiotiques aux membres communautaires et mettre en place un système de collecte de données aux niveaux de la communauté et des centres de santé.

**Revue des Programmes de Lutte contre
le Trachome 2000
Données de prévalence du trachome**

Pays	Population totale	Prévalence nationale		Prévalence régionale		Notes
		TF/TT	TT	TF/TT	TT	
Mali	10 000 000	35% (1 350 000)	2,5% (85 700)	-	-	TFTI pour < 10 ans TT pour femmes >15 ans
Ethiopie	61 000 000	-	-	-	-	
Ghana	18 000 000	-	-	-	-	TRA dans les deux régions
Soudan	30 000 000	-	-	Malakal - 45%	10%	TFTI pour 1-10 ans
				Halfa - 47%	2,4%	TT pour femmes > 30 ans
Niger	10 000 000	38% (1 321 468)	1,4% (68 299)	-	-	TFTI pour < 10 ans
						TT pour femmes ≥15 ans

- Pas de données

Ghana Mali Niger Soudan Ethiopie

Antibiotiques

Azithromycine					
Traitement (1999)	0	0	0	0	0
Population cible	-	800 000 ¹	-	-	-
Couverture en pourcentage	-	-	-	-	-
Pommade tétracycline					
Traitement (1999)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Population ciblée	-	-	-	-	-
Couverture en pourcentage	-	-	-	-	-

Chirurgie

Interventions chirurgicales en 1999	120 ²	1 500 ²	704 ²	-	-
Population cible	-	85 700	68 299	-	-
Couverture en pourcentage	-	-	-	-	-

- 1 Pour la région de Koulikoro
 550 000 <10% dans la région de Koulikoro
 2 Estimation du programme

ANNEXE I

La maladie

Le trachome est une des grandes causes de cécité évitable au monde. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que six millions de personnes sont aveugles à cause du trachome dont la plupart sont des femmes et que 540 millions de personnes en plus – presque 10% de la population du monde – sont exposées au risque de cécité ou grave défaut visuel. Le trachome est causé par des infections répétées des paupières suite à la bactérie *Chlamydia trachomatis* et peut être évité par le biais d'une simple hygiène. La plupart des cas se présentent dans les zones rurales et arides des pays en développement, telles que la région sahélienne de l'Afrique où l'accès à l'eau salubre est limité.

L'étape précoce et aiguë de la maladie est appelée *trachome inflammatoire*. Elle est surtout courante chez les enfants. Les femmes sont exposées de manière répétée au trachome inflammatoire car elles s'occupent des enfants. Il n'est donc guère surprenant de constater que les femmes développent un trachome chronique deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le trachome se transmet par le biais des écoulements des yeux ou du nez des personnes infectées et il est transmis à d'autres par les mains, les serviettes et les habits ou alors les mouches qui sont attirées par les pertes oculaires et nasales. Quand les paupières du patient souffrant du trachome sont infectées à maintes reprises par chlamydia, les lésions cicatricielles de la conjonctivite déforment le bord de la paupière, causant une inflexion des cils qui irritent la cornée. Cette condition, appelée le *trichiasis*, est source de douleur et de lésion de la cornée pouvant mener par la suite à la cécité.

Des développements récents permettent de nouveaux espoirs de contrôler efficacement cette maladie. En 1987, des experts des soins oculaires et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point un tableau de classement du trachome qui facilite et standardise le diagnostic et l'identification de toutes les étapes du trachome. En 1996, l'OMS créait l'Alliance GET2020 qui réunit des organisations non gouvernementales internationales, des bailleurs de fonds et des chercheurs travaillant ensemble pour lutter contre le trachome. De plus, avec le soutien de la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) et l'OMS, la *stratégie CHANCE* a été créée pour lutter contre le trachome par le biais d'interventions à base communautaire.

Autre développement important : le fait que *l'azithromycine*, antibiotique par voie buccale pris une ou deux fois par an, est aussi efficace pour prévenir le trachome chronique que les six semaines de traitement quotidien avec la pommade pour les yeux à base de tétracycline, traitement recommandé auparavant. Afin d'aider les Ministères de la Santé à réaliser le volet « A » de la stratégie CHANCE, l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome (ITI), créée par voie de collaboration entre l'EMCF et Pfizer Inc. gère un don très important de Zithromax, marque d'azithromycine de Pfizer pour le traitement du trachome dans des pays en développement choisis.

ANNEXE II

PROGRAMME

Jeudi 10 février 2000

9h00 - 9h30	Bienvenue et remarques d'introduction	Dr Donald Hopkins Dr James Zingesser
MALI		
9h30 - 10h00	Présentation du Mali	Dr Doulaye Sacko
10h00 - 10h50	Discussion/recommandations	Dr James Zingesser
10h50 - 11h20	Pause café	
GHANA		
11h20 - 11h50	Présentation du Ghana	Dr Maria Hagan
11h50 - 13h00	Déjeuner au Café Copenhagen <i>(Photo de groupe et visite facultative du Centre Carter)</i>	
13h00 - 13h50	Discussion/recommandations	Dr James Zingesser
NIGER		
13h50 - 14h20	Présentation du Niger	Dr Abdou Amza
14h20 - 14h50	Pause café	
2:50 - 3:40	Discussion/recommandations	Dr James Zingesser
N & CE		
15h40 - 16h40	Discussion : aspects «N » et « CE » de la stratégie CHANCE	Dr James Zingesser
17h00 - 19h00	<i>Réception au Centre Carter</i>	
19h00 - 20h30	<i>Conversations au Centre Carter</i>	

Vendredi 11 février 2000

ETHIOPIE		
9h00 - 9h30	Ethiopie (Rôle du Centre Carter)	M. Teshome Gebre Dr James Zingesser
9h30 - 10h20	Discussion/recommandations	Dr James Zingesser
10h20 - 10h50	Pause café	
SOUDAN		
10h50 - 11h30	Soudan	Prof. Mamoun Homeida M. Bruce Ross
11h30 - 12h20	Discussion/recommandations	Dr James Zingesser
12h20 - 13h20	Déjeuner au Café Copenhagen	
AUTRES THEMES		
13h20 - 15h20	Discussion : Indicateurs de suivi et d'évaluation du programme	Dr James Zingesser
15h20 - 15h50	Pause café	
15h50 - 16h30	Conclusions générales/réflexions	Dr Donald Hopkins

ANNEXE III

LISTE DES PARTICIPANTS

Ghana

Dr Maria Hagan

Mali

Dr Doulaye Sacko

Dr Mamadou Kane

M. Brad Barker (Centre Carter)

Niger

Dr Abdou Amza (Ophtalmologue PNLCC)

Dr Danny Haddad (Helen Keller
Worldwide)

Mr Salissou Kane (Centre Carter)

Soudan

Prof. Mamoun Homeida

M. Bruce Ross (Centre Carter)

M. Elvin Hilyer (Centre Carter)

Mme Irene Goepp (HealthNet International)

Centre Carter

Dr Donald Hopkins

M. Teshome Gebre (Ethiopie)

Mme Marisa Jensen

Mme Dana Latimer

Mme Dana Lee

Mme Misrak Makonnen

Mme Wanjira, Mathai

Dr Emmanuel Miri (Nigeria)

Mme. Megan Reif

Dr Frank Richards

M. Rick Robinson

Dr Ernesto Ruiz

Mme Cynthia Stover

Mme Shandal Sullivan

M. Craig Withers

Dr James Zingesser

Fondation Conrad N. Hilton

Mme Dyanne Hayes

Fondation Lions Clubs International

M. Peter Lynch

Mme Rebecca Teel - Daou

Centers for Disease Control and Prevention

Dr Rachel S. Barwick

Dr Stephen Blount

Dr Daniel Colley

M. Ross Cox

Université Emory

Dr Pik Pin Goh

Dr Deborah McFarland

M. James C. Setzer

Helen Keller Worldwide

Dr Louis D. Pizzarello

Mme Lisa Tapert

Initiative internationale de Lutte contre le Trachome

Dr Joseph A. Cook

M. Jeffrey W. Mecaskey

Pfizer, Inc.

Dr George Flouty

Equipe spéciale pour la Survie de l'Enfant et le Développement

M. Andrew Agle

Dr Charles Mackenzie

Mme Pamela Wuichet

Organisation mondiale de la Santé

Dr André Dominique Négrel

REMERCIEMENTS

Les personnes dont les noms figurent ci-dessous ont aidé à la préparation de ces comptes rendus. Leur contribution et leur soutien ont été grandement appréciés.

Mme Misrak Makonnen
Mme Shandal Sullivan
Dr Rachel Barwick

Le Centre Carter
Le Centre Carter
Le Centre Carter