

COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

SEPTIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE
LE TRACHOME

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE

Addis Ababa, Ethiopie
23-25 février 2006

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Financé par :
La Fondation Conrad N. Hilton
La Fondation du Lions Clubs International
L'Initiative Internationale du Trachome



cnhf



COMPTES RENDUS RECAPITULATIFS

**SEPTIEME REVUE ANNUELLE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE
TRACHOME**

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

**Addis Ababa, Ethiopie
23-25 février 2006**



Une infirmière en santé publique de 23 ans ayant reçu une formation en matière de chirurgie du trichiasis, Mahlet Baynesagne Miheretu, a réalisé plus de 1 400 chirurgies depuis 2004. Ses accomplissements, dignes d'éloges, et sa réussite en tant que chirurgienne du trichiasis en ont fait un modèle dans le cadre de l'Initiative SightFirst de Lions-Centre Carter dans l'état régional d'Amhara, en Ethiopie. Deux années de suite, Madame Mahlet a été nommée la chirurgienne du trichiasis la plus productive du programme.



**“La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE”
7^{eme} Revue Annuelle des Programmes de Lutte Contre le Trachome
Addis Ababa, Ethiopie**



REMERCIEMENTS

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter est financé grâce à des dons généreux de la Fondation Conrad N. Hilton et la Fondation du Lions Clubs International (LCIF). La septième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome recevant un soutien du Centre Carter a été rendue possible grâce à la générosité de la Fondation Conrad N. Hilton, de LCIF et de l'Initiative Internationale du Trachome (ITI).

Nous tenons à faire mention des personnes ayant participé à la préparation de ces comptes rendus. Nous leur sommes reconnaissants pour leur contribution et soutien.

Elizabeth Cromwell
Paul Emerson
Lisa Rotondo
Amos Sam-Abbenyi

Note :

L'inclusion de l'information des Comptes Rendus de la Revue des Programmes de Lutte contre le Trachome ne constitue pas une « publication » de cette information.

RESUME ANALYTIQUE

La septième revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome a été organisée du 23 au 25 février 2006, conjointement par le Centre Carter et l'Initiative Internationale du Trachome (ITI). C'est la première fois que la revue se tenait dans un pays où le trachome est endémique au regard tant de l'ampleur du problème que des progrès accomplis. La revue s'est tenue à Addis Ababa, Ethiopie. Le fait d'organiser la revue dans ce pays a permis d'engager bien davantage nos collègues éthiopiens qui ont pu partager certains des secrets de leur réussite avec le reste du groupe. Outre les délégations des six programmes recevant une assistance du Centre Carter, étaient également présents nos collègues de l'Initiative Internationale du Trachome et des représentants des programmes soutenus par l'ITI au Sénégal, en Tanzanie, au Maroc, au Kenya et en Mauritanie. En reconnaissance du thème ***La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE***, des présentations ont été faites par 12 programmes nationaux et 11 organisations collaboratrices. Des séances spéciales ont également eu lieu.

A l'instar des années précédentes, la revue de Programme avait pour objet de faire le point des programmes nationaux de lutte contre le trachome, de mettre en avant les obstacles rencontrés aux niveaux de la planification et de la mise en œuvre de ces programmes, de discuter des solutions et de partager les expériences, encourageant par ailleurs le partage et l'uniformisation de l'information.

Des évaluations triennales de l'impact faites dans trois pays (Soudan du Sud, Niger et Mali), représentait un point saillant des séances spéciales. Certes, l'expansion et la couverture de la stratégie CHANCE sont relativement hétérogènes et pourtant, ces présentations ont montré que la stratégie CHANCE pouvait avoir un net impact sur la prévalence des signes du trachome. Toutes les présentations ont noté des réductions, d'un ordre de grandeur de 90% après trois ans d'intervention. Sans qu'elles s'accompagnent pourtant d'une fanfare ou cérémonie spéciale, ces présentations témoignent d'un grand pas en avant, apportant d'excellentes nouvelles pour tous les programmes de lutte contre le trachome. Elles sont la preuve de l'efficacité de CHANCE et, si nous continuons nos efforts, c'est avec optimisme que nous pouvons croire que les objectifs de GET2020 seront atteints.

Le matin du troisième jour a été entièrement consacré à la présentation et à la discussion sur les méthodes d'enquête et leur application pour se donner des mesures initiales, suivre les progrès et classer les domaines d'intervention prioritaires. Les caractéristiques d'ERTEA, d'enquêtes aléatoires par grappes et de l'Evaluation rapide du Trachome ont été présentées, de pair avec plus d'exemples du terrain. Deux présentations particulièrement importantes traitaient de l'enquête nationale sur la cécité, des problèmes de vision et du trachome en Ethiopie ainsi que d'une enquête représentative du Nigeria. L'enquête de l'Ethiopie promet finalement d'apporter des chiffres exacts et collectés de manière plus rigoureuse sur l'ampleur du problème du trachome en Ethiopie, qui faciliteront la planification au niveau national. L'enquête du Nigeria nous montre qu'avec

un budget relativement petit et une période relativement courte, il est possible de collecter des données locales étayant un programme à échelle nationale.

Étaient présents les coordinateurs des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le trachome représentant les Ministères de la Santé de l’Éthiopie, du Mali, du Ghana, du Niger, du Nigeria, du Gouvernement du Soudan, du Gouvernement du Soudan du Sud, du Maroc, du Sénégal, du Kenya, de la Mauritanie et de la Tanzanie. C’était la première année qu’assistaient des représentants des programmes de la Mauritanie, du Kenya et du Sénégal, pays où le Centre Carter n’assume pas de rôle actif. De plus, les conseillers techniques résidents du Centre Carter et les représentants de l’Éthiopie, du Niger, du Nigeria et du Soudan ont également participé à la réunion. Au titre des autres participants clés, notons la présence de représentants de la Fondation du Lions Clubs International (LCIF), de Helen Keller International (HKI), de Sight Savers International, de World Vision International, de la Fondation Bouamatou, d’Orbis, de Christoffelblinden Mission, des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du London School of Hygiene and Tropical Medicine.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
RESUME ANALYTIQUE.....	ii
LISTE DES SIGLES.....	iv
INTRODUCTION.....	v
Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie.....	1
Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria.....	9
Programme de Lutte contre le Trachome au Niger.....	14
Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana.....	17
Programme de Lutte contre le Trachome du Mali.....	21
Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan et du Soudan du Sud.....	26
Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie.....	37
Programme de Lutte contre le Trachome du Sénégal.....	42
Programme de Lutte contre le Trachome du Maroc.....	44
Programme de Lutte contre le Trachome de la Mauritanie.....	46
Programme de Lutte contre le Trachome du Kenya.....	48
Récapitulatif des tableaux et graphiques	
Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome.....	51
Tableau 2. Objectifs annuels des programmes de lutte contre le trachome.....	52
Tableau 3. Interventions soutenues par le Centre Carter, 1999-2005.....	53
Figure 1. Villages recevant une éducation sanitaire, par pays.....	54
Figure 2. Latrines familiales construites, par pays.....	55
Figure 3. Distribution d’azithromycine, par pays.....	56
Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, par pays.....	57
Figure 5. Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue.....	58
Figure 6. Latrines familiales construites.....	59
Figure 7. Personnes ayant reçu des antibiotiques.....	60
Figure 8. Chirurgie du trichiasis en Ethiopie et dans l’état régional d’Amhara.....	61
Figure 9. Distribution d’azithromycine en Ethiopie et dans l’état régional d’Amhara.....	62

Séances spéciales

Promotion équitable de latrines au Ghana.....	63
Utiliser les mass media pour encourager le changement de comportement dans la lutte contre le trachome.....	66
Eau, assainissement et hygiène : UNICEF.....	68
« Nous ne retournerons pas dans les champs » L'Expérience de Lay Gayint en promotion des latrines.....	70
« Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome : Boîte à outils avec des interventions.....	73
Impact de trois années de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud.....	75
Enquêtes sur la prévalence du trachome dans la région de Koulikoro, au Mali.....	79
Qui, dans la communauté, est infecté par <i>Chlamydia trachomatis</i> ?.....	81
Facteurs affectant la récurrence du trichiasis.....	84
Essai aléatoire avec cas-témoins de l'azithromycine suivant la chirurgie du trichiasis.....	86
Gestion des stocks de Zithromax.....	88
Enquêtes sur la prévalence du trachome.....	92
Enquête sur la prévalence du trachome dans l'état de Katsina.....	96
Enquêtes dans les districts de Magaria et de Matameye de la région de Zinder, Niger.....	98
Enquête nationale sur la cécité et les problèmes de vision en Ethiopie, 2005-2006.....	100
Programme SightFirst et Campagne SightFirst II : Une vision pour tous.....	103
Expansion des activités de lutte contre le trachome.....	105
Fondation Bouamatou.....	107
Elimination du trachome dans les Programmes de Développement zonal de World Vision.....	108
Orbis International, Ethiopie.....	110
Annexe I : La maladie.....	112
Annexe II : Ordre du jour final.....	113
Annexe III : Liste des Participants.....	116

LISTE DES SIGLES

ADP	Programme de Développement zonal
BTF/BIF	But de traitement/d'intervention final
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Comité de Développement du Village
CHANCE	CH irurgie, A ntibiotiques, N ettoyage du visage & C hangement E nvironnemental
CMA	Christian Mission Aid
CWSA	Agence communautaire pour l'Eau et l'Assainissement
FAR	Fellowship for African Relief
GRBP	Programme de Lutte contre la Cécité des Rivières de Global 2000
GS	Gouvernement du Soudan
GSS	Gouvernement du Soudan du Sud
HKI	Helen Keller International
ITI	International Trachoma Initiative
LCIF	Lions Club International Foundation
LGA	Collectivités locales
MFS	Ministère fédéral de la Santé
MS	Ministère de la Santé
OAT	Objectif annuel de traitement
OLS	Operation Lifeline Sudan
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PHAST	Formations de Transformation participative de l'Hygiène et de l'Assainissement
PLT	Programme de Lutte contre le Trachome
PNPC	Programme national de Prévention de la Cécité
RN	Région du Nord (Ghana)
SF	SightFirst
TF/TI	Trachome inflammatoire-folliculaire/intense
TT	Trichiasis trachomateux
UWR	Région Upper West (Ghana)
WAWI	West African Water Initiative
WVI	World Vision International

INTRODUCTION

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE

Ces comptes rendus sont l'expression des réflexions, discussions et propositions faites lors de la septième revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome. Ces réunions représentent un forum unique où les responsables des programmes de lutte contre le trachome (PLT), les conseillers techniques résidents du Centre Carter, le personnel de l'Initiative Internationale du Trachome et d'autres partenaires peuvent travailler face-à-face avec leurs collègues pour revoir les progrès de l'année passée et planifier ceux à venir. La présence d'un groupe important de l'Initiative Internationale du Trachome a enrichi l'expérience présente et a placé de la revue de programme à un nouveau niveau. Le groupe élargi, représentant 12 programmes nationaux et régionaux, constitue la première et unique assemblée de coordinateurs et d'experts des PLT nationaux et régionaux qui se rencontrent régulièrement pour discuter de l'application pratique de la stratégie CHANCE en insistant sur les volets N&CE. Si les discussions, lors des réunions de la revue de programme, se rapportent au niveau du pays, l'impact n'en est pas moins d'envergure mondiale. Les accomplissements, les obstacles, les solutions et les leçons retenues servent à guider l'évolution de GET 2020, surtout en ce qui concerne N&CE.

Tout au long des présentations et discussions, nous avons pris conscience de la tâche énorme qui nous attend, reconnaissant qu'aucune organisation à elle seule ne saurait s'attaquer au problème. Entre tous les pays représentés, nous avons vu la gamme entière de positions des programmes de lutte contre le trachome. Du Kenya où il n'existe que peu, voire aucune activité coordonnée de lutte contre le trachome jusqu'à présent, jusqu'au Maroc qui démarre à présent les activités de surveillance avant la certification, indiquant que le trachome cécitant est une maladie du passé. Tout au long du spectre, nous avons entendu les nouvelles du Ghana où il ne reste que deux régions d'endémicité et quelques milliers de patients qui n'ont pas encore bénéficié de l'opération du trichiasis, à l'Ethiopie et au Soudan du Sud, comptant des millions de personnes exposées au risque de perdre la vue à cause du trachome et des rangs impressionnants de cas attendant d'être opérés du trichiasis, se comptant par centaines de milliers.

Tout comme chaque personne atteinte de trachome grave souffre dans sa propre chair, chaque programme national lui aussi évolue dans son contexte qui lui est unique. L'élimination du trachome cécitant n'est facile dans aucun contexte et il n'existe pas de panacée qui débarrasserait un pays de ce fléau. Et pourtant, les progrès réalisés par les pays et que relatent les pages de ce document nous montrent les années d'efforts ardues déployés par un personnel de terrain dévoué à la cause. Un immense pas en avant est possible grâce à ce dévouement et avec tous ces efforts. Le nombre de personnes exposées au risque du trachome cécitant qui ont reçu une éducation sanitaire, le nombre de latrines familiales à fosse, le nombre de traitements à base d'azithromycine et le nombre de chirurgies de la paupière ont tous doublé à nouveau depuis l'année dernière et cela avec des budgets qui ont stagné ou qui ont même diminué. Les programmes et les ONG présents à cette réunion apportent chacun quelque chose de différent à la table pour continuer d'aller de l'avant et c'est bien cette combinaison de soutien financier, de médicaments donnés, d'assistance technique, de passion et de détermination qui sonneront le glas du trachome cécitant. En un mot, c'est la capacité et la nécessité de collaborer qui mettent en œuvre CHANCE.

Programme de Lutte contre le Trachome de l’Ethiopie

Présenté par Monsieur Zegeye Haile, Ministère fédéral de la Santé de l’Ethiopie

Le soutien du Centre Carter à l’Ethiopie est appuyé par l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

La prévalence de la cécité en Ethiopie, estimée à 1,25%, serait la plus élevée au monde. La cataracte (40%) et le trachome (30%) sont les deux grandes causes de cécité. Le Comité national pour la Prévention de la Cécité (NCPB), du Ministère fédéral de la Santé, estime qu’environ un million d’Ethiopiens vivent avec le trichiasis trachomateux et que 10 millions en plus souffrent de trachome actif (TF ou TI). Environ 60 millions de personnes courent le risque de devenir aveugles à cause du trachome.

En octobre 2000, le Centre Carter, avec un financement de l’Initiative SightFirst Lions-Centre Carter, a commencé à apporter une assistance au Bureau sanitaire régional d’Amhara pour lutter contre le trachome. Quatre woredas (districts) dans la zone South Gondar (Dera, Ebinat, Estie et Simada) ont été retenus pour le lancement des activités (voir carte). La zone initiale du programme couvrait 155 villages comptant une population totale de 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 sur la prévalence du trachome, à base communautaire, dans les quatre woredas. Les données de l’enquête corroboraient les comptes rendus sur la prévalence extrêmement élevée du trachome actif et cécitant en Ethiopie. D’après les estimations du Bureau sanitaire, 36 000 patients du trichiasis avaient besoin d’une intervention chirurgicale et presque 300 000 enfants souffrant de trachome inflammatoire nécessitaient un traitement à base d’antibiotiques.

Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) avec des focus groups, des entretiens informels et des enquêtes auprès des ménages a été réalisée, un mois plus tard, dans les quatre mêmes districts. Les résultats ont servi à mettre au point un programme de santé scolaire ainsi que du matériel d’éducation sanitaire (affiches, boîtes à images, brochures ainsi qu’un manuel de formation pour les agents communautaires).

Données initiales des zones du programme du Centre Carter (2001/2003)

	South Gondar	North Gondar	East Gojam	West Gojam	Total
TF (1-9 ans)	62,4%-66,6%	71,6%	80,8%	67,3%	
TT (15 ans et plus)	4,3%-7,0%	7,5%	4,5%	5,5%	
BTF Antibiotiques (Population entière)	2 095 374	510 771	554 433	887 372	4 047 950
BTF chirurgie TT	58 262	18 500	12 475	24 402	113 639

Un plan d'action quinquennal (2001-2005) pour le programme de lutte contre le trachome de South Gondar a été formulé en 2000. Inspiré par la réussite des trois premières années rencontrées par le programme de South Gondar, le Centre Carter a décidé d'apporter une assistance pour étendre le programme à 15 autres districts où le trachome est endémique (voir carte). Ces nouveaux districts recourent 497 villages comptant au total une population de 3 millions de personnes. Des enquêtes initiales sur la prévalence du trachome et des études CAP ont été réalisées en 2003-2004 et un plan d'action a été formulé pour 2004-2005. A présent, avec cette expansion, les activités de lutte contre le trachome, recevant une assistance de Lions-Centre Carter, couvrent à présent 19 districts dans quatre zones de la région d'Amhara et une population totale d'environ 4 millions de personnes (22% de l'état régional d'Amhara).

La visite du Président dans l'état régional d'Amhara

En septembre 2005, le Président et Madame Carter se sont rendus dans la région d'Amhara pour reconnaître les accomplissements du Programme de Lutte contre le Trachome de l'Ethiopie. La délégation comptait dans ses rangs James Wagner, président de l'Université Emory ; John Moores, président du conseil d'administration du Centre Carter ; Richard Blum, membre du conseil d'administration du Centre Carter ; John Hardman, directeur exécutif du Centre Carter ; Joseph Feczko, vice-président de Pfizer, Inc.; et Jacob Kumaresan, président d'ITI.



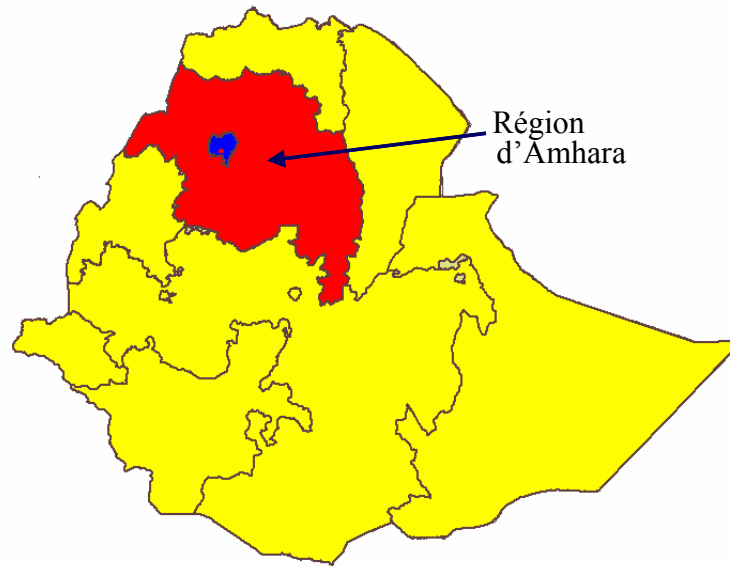
Le Docteur Dereje Habte (à gauche), le Président Carter et une ancienne victime du trachome discutent de la réussite de son opération du trichiasis. Les campagnes chirurgicales du trichiasis dans l'état régional d'Amhara reçoivent une assistance de LCIF, du Centre Carter et du Programme éthiopien de Lutte contre le Trachome.

Pendant cette importante campagne de mobilisation, la délégation s'est rendue dans le village de Mosebo, où plusieurs familles ont bénéficié de l'aide apportée par la Fondation du Lions Clubs Internationale à la lutte contre le trachome. Cette visite symbolise le solide engagement des Lions Clubs, du Centre Carter et du Gouvernement éthiopien dans le combat pour éliminer le trachome cécitant de l'Éthiopie.

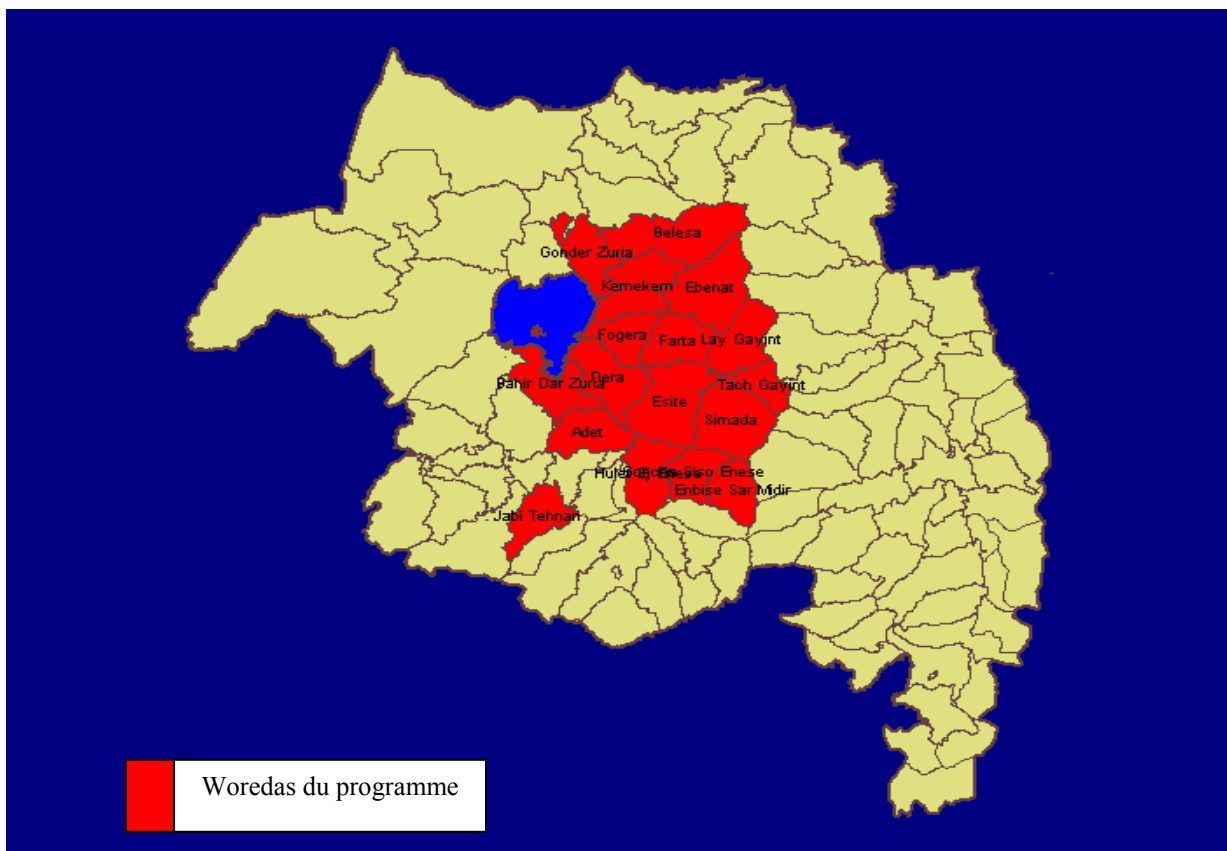


Lion Getachew Desta (de gauche à droite), Lion George Stavrou, Vice-Premier Ministre Adissu Legesse, Lion Berhane Ghebray, Lion Ramendra Shah et Lion Mayur Kortari discutent des efforts de lutte contre le trachome après une cérémonie dans le village de Mosebo.

Programme de Lutte contre le Trachome dans les woredas appuyés par le Centre Carter, région d'Amhara



Carte de l'Éthiopie



Accès à une eau salubre et élimination des excréments dans de bonnes conditions d'hygiène

	Accès à une eau salubre		Accès à l'élimination des excréments dans de bonnes conditions d'hygiène	
	2001/2	2003/4	2001/2	2003/4
National	28,4%	37,3%	11,5%	28,9%
Etat régional national d'Amhara	29,2%	29,6%	5,0%	32,0%

Données fondamentales dans les zones du programme éthiopien du Centre Carter (2003)

	South Gondar	North Gondar	East Gojam	West Gojam	Toutes les zones
Visages propres	21,1%	33%	11,8%	54,6%	28,4%
Possession de latrines familiales	7,8%	0%	8%	0,7%	4,9%
Possession d'une fosse à ordures	1,8%	0,3%	1%	0%	1%

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Tous les villages (654) soutenus par le Centre Carter dans la région d'Amhara bénéficient d'une éducation sanitaire continue. En 2005, 23 000 séances d'éducation sanitaire ont été organisées auxquelles assistaient 1 750 000 personnes. Un total de 8 624 éducateurs sanitaires ont suivi une formation dans les quatre zones d'intervention, y compris les volontaires du trachome, les agents de santé, les dirigeants communautaires, les enseignants et les dirigeantes des groupes féminins. Les volontaires du trachome font un compte rendu mensuel des activités d'éducation sanitaire dans les villages en utilisant un formulaire de compte rendu standardisé. Ils évaluent également les visages propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans et l'état d'avancement de la construction des latrines lorsqu'ils rendent visite aux ménages.

Changement environnemental (CE)

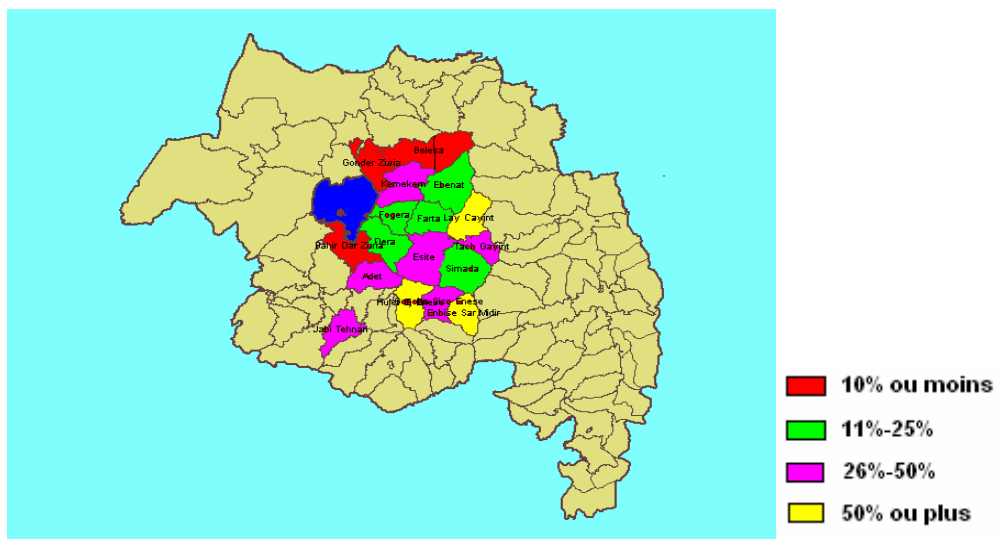
La construction de latrines en Ethiopie est encouragée à l'échelle nationale en vue d'atteindre le septième Objectif du Millénaire pour le Développement (« réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ») Le programme national est axé sur le changement de comportement et la responsabilisation et habilitation des membres communautaires pour qu'ils construisent leurs propres latrines en utilisant les matériaux locaux. La communauté fait don de main-d'œuvre et apporte tous les matériaux pour la construction de latrines. En 2005, 144 750 latrines ont été construites dans le cadre du programme

soutenu par le Centre Carter. Les données nationales sur la production de latrines portent le chiffre à 700 000 unités.

Récapitulatif des résultats des activités N & CE de 2002 à 2005, zones aidées par SightFirst Lions-Centre Carter

	2002	2003	2004	2005	Total
Formation de groupes pour la mobilisation pour la lutte contre le trachome	1 080	138	6 021	8 624	15 863
Villages exécutant régulièrement des stratégies d'éducation sanitaire	138	155	654	654	N/A
Latrines construites	1 333	2 151	89 096	144 750	237 330
Nombre d'enfants de 1 à 9 ans examinés pour voir s'ils ont des visages propres			586 686	761 447	1 348 133
Nombre d'enfants de 1 à 9 ans avec des visages propres			354 993	478 673	833 666
% d'enfants avec des visages propres			60,5%	62,9%	61,7%

Couverture en latrines familiales dans les districts du programme



Chirurgie et antibiotiques (CH&A)

En 2005, 75 personnes ont reçu une formation portant sur la chirurgie du trichiasis dans les 4 zones d'intervention. Un total de 22 097 personnes ont reçu une chirurgie du trichiasis. Elles ont été opérées dans des camps dépendant d'établissements sanitaires (9 342) et, grâce à des chirurgies du trichiasis, dans des structures fixes (12 755).

En 2005 à l'échelle nationale, 2 618 488 personnes ont reçu de l'azithromycine, dont 1 680 394 grâce à l'assistance du Centre Carter. Neuf woredas ont bénéficié de distribution de masse d'azithromycine, dont deux ont reçu leur seconde dose en 2005. On ne dispose pas de données nationales sur la distribution de pommade oculaire à base de tétracycline, bien que le programme soutenu par le Centre Carter ait permis de traiter 256 048 personnes souffrant de trachome actif avec des pommades oculaires à base de tétracycline.

**Récapitulatif des résultats des activités CH & A de 2001 à 2005
aidées par Sight First Lions-Centre Carter**

	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Chirurgiens TT formés	8	11	19	67	75	180
Nombre de patients opérés pour trichiasis	815	4 019	6 840	23 676	22 097	57 447*
Traitement de masse avec de l'azithromycine	0	0	286 942	338 480	1 680 394	2 305 816
Traitement de cas de trachome avec de la tétracycline	1 042	7 964	35 106	125 208	256 048	425 368

*50,1% en attente

Objectifs pour 2006

Lors de la réunion de la revue annuelle du programme de lutte contre le trachome de la région d'Amhara, chaque woreda a fixé ses propres objectifs pour 2006.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire, (N)

- Former 13 049 personnes dans toutes les zones du programme aux fins de mobilisation pour la lutte contre le trachome
- Intensifier les stratégies d'éducation sanitaire dans les 654 kebeles
- Eduquer 2 350 629 membres communautaires en matière de lutte contre le trachome lors des 25 024 séances d'éducation sanitaire
- Dispenser le programme de santé scolaire contre le trachome dans toutes les écoles primaires des woredas du programme
- Travailler en étroite collaboration avec les groupements féminins dans les 19 woredas pour sensibiliser davantage au trachome et à l'utilisation des latrines

Changement environnemental (CE)

- Construire 257 483 latrines familiales avec des matériaux locaux
- Construire 120 petits points d'eau, en collaboration avec CBM, les Lions Clubs éthiopiens et ORDA

Chirurgie (CH)

- Former 36 nouveaux chirurgiens du trichiasis

- Opérer 38 097 personnes souffrant du trichiasis (20 876 dans les établissements de santé, 17 221 lors des stratégies avancées)

Antibiotiques (A)

- Traiter 320 960 cas de trachome avec une pommade oculaire à 1% de tétracycline
- Apporter un traitement de masse à 3 800 000 personnes avec de l'azithromycine dans les 19 woredas du programme.

Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria

Présenté par le Docteur Omobolanle Olowu, Coordinatrice nationale, Programme national pour la Prévention de la Cécité

Le soutien du Centre Carter au Nigeria est appuyé par la Fondation Conrad N. Hilton

Données générales

La lutte contre le trachome au Nigeria est menée sous les auspices du Programme national de Prévention de la Cécité (PNPC). La coordination nationale du PNPC dirige les activités de lutte contre le trachome par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, des ONG et des organismes des Nations Unies. L'examen des données et autres indices montrent que le trachome est une des grandes causes de cécité dans les zones au Nord-Est et au Nord-Ouest du pays. Depuis octobre 2000, les partenaires pour la prévention de la cécité ont réalisé des enquêtes sur la prévalence du trachome dans quatre états, ainsi que des évaluations rapides sur le trachome dans cinq autres états. Actuellement, une enquête nationale sur la cécité et les troubles de vision, soutenue par Sight Savers International, a été démarrée en février 2005, dans le Nord-Est.

Les 19 états au Nord du Nigeria seraient de caractère endémique et, dans 10 d'entre eux, la maladie serait très endémique. La prévalence moyenne du trachome actif dans les états d'endémicité s'élève à 10%, d'après les estimations, avec une prévalence du TT d'environ 1,5%. On n'a pas encore déterminé l'ampleur des cas en attente du trichiasis.

En 2000, le Centre Carter au Nigeria a commencé à collaborer avec les services de santé, aux niveaux local et des états, pour mettre en place des programmes de lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa. En avril 2002, les Ministères de la Santé de ces états ont réalisé leurs premières enquêtes, à base de population, sur la prévalence du trachome. D'après les résultats de ces enquêtes, il existe des niveaux modérés de prévalence du trachome dans les deux états (moins de 10%) avec des foyers de prévalence plus élevée dans certaines collectivités locales (LGA). L'enquête a également montré que l'accès aux latrines familiales variait, allant de 21% dans certaines parties du Plateau à 69% dans certaines parties de Nasarawa.

L'enquête de 2002 sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de trachome a permis au programme de mettre au point des stratégies ciblées d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale. Des interventions axées sur les volets N&CE de la stratégie CHANCE ont ensuite été mises sur pied dans les états du Plateau et de Nasarawa avec distribution de matériel d'éducation sanitaire (par exemple, boîtes à images, affiches et dépliants). Un projet de promotion des latrines a été démarré avec l'aide du Centre Carter, en 2003, dans les états du Plateau et de Nasarawa.

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Au Nigeria, l'éducation sanitaire est dispensée par toutes les organisations soutenant la lutte contre le trachome. Les discussions d'éducation sanitaire se déroulent dans divers endroits et situations : marchés, églises, mosquées, écoles et lors de réunions publiques telles que les cérémonies de baptême et les réunions communautaires. Le programme encourage la communication de messages d'éducation sanitaire de personne à personne et de maison à maison, et accorde une grande importance à la propreté des visages et à l'hygiène personnelle et environnementale. Certaines organisations ont formé des enseignants pour qu'ils encouragent les élèves de l'école primaire à nettoyer leur visage et à observer une bonne hygiène personnelle. Par exemple, Helen Keller international a formé 30 enseignants dans 15 écoles de la collectivité locale de Bama. Dans les régions où intervient le Centre Carter, des séances d'éducation sanitaire sont réalisées tant dans la communauté que dans les établissements de santé lors des consultations cliniques. Affiches et boîtes à images sont utilisées lors de ces séances et distribuées aux personnes présentes. Les ritournelles à la radio sont également utilisées dans les zones d'intervention du Centre Carter pour éduquer la population sur la lutte contre le trachome.

En 2005, 506 volontaires de la lutte contre le trachome, 174 responsables de la santé environnementale, 131 agents de soins de santé primaires, 28 animateurs communautaires et 194 volontaires communautaires ont reçu une formation portant sur l'éducation sanitaire concernant le trachome. Ces éducateurs réalisent des campagnes d'éducation sanitaire dans les zones d'intervention soutenues par les partenaires du programme national.

Changement environnemental (CE)

Le Centre Carter apporte un soutien au programme national concernant la construction de latrines à fosse ventilées et améliorées dans les états du Plateau et de Nasarawa grâce à une formation apportée aux maçons et à la distribution de matériaux de construction. Deux maçons sont formés par village. En 2005, 161 nouveaux maçons ont été formés en matière de construction de latrines pour un total de 321 maçons formés dans les zones où intervient le Centre Carter. Les matériaux sont notamment le ciment, briques, bèches, truelles, râtaux et les communautés fournissent la main-d'œuvre et le soutien aux maçons. Des latrines ont été construites dans 120 villages. En 2005, 5 958 latrines familiales étaient construites, plus de trois fois le nombre de latrines familiales construites en 2004. Le coût total par latrines est estimé à 45,70\$, dont 28\$ sont contribués par le ménage et 17,70\$ viennent du Centre Carter.

Le Centre Carter apporte également une assistance aux journées de nettoyage dans le village en encourageant les communautés à nettoyer le dernier samedi de chaque mois. Les journées de nettoyage sont supervisées régulièrement par un comité comprenant des représentants communautaires.

Le programme national encourage les comités pour la prévention de la cécité des états à demander aux gouvernements de l'état et aux collectivités locales de construire des puits et de fournir de l'eau potable aux communautés où le trachome est endémique. En 2005, le

Centre Carter a installé des puits dans 4 villages de la collectivité locale au Nord de Langtang. D'autres partenaires soutiennent l'approvisionnement en eau : RUWATSAN (agence publique de l'état du Plateau), Water Aid et les gouvernements des états ainsi que les collectivités locales. Sight Savers International a recommandé aux collectivités locales des états de Kebbi, Sokoto et Zamfara de fournir un approvisionnement en eau dans les régions où le trachome est endémique.

Chirurgie (CH)

Le programme national organise des camps réguliers d'opération de la cataracte pendant l'année et effectue également des chirurgies du trichiasis dans ces camps. Christoffel Blindenmission, Sight Savers International et Helen Keller International utilisent également les camps oculaires comme occasions de réaliser des chirurgies du trichiasis. La chirurgie du trichiasis est également effectuée dans les établissements de santé et lors des stratégies avancées dans les villages. En 2005, 6 096 chirurgies du trichiasis étaient effectuées à l'échelle nationale (augmentation de 59% par rapport à 2004) et 34 chirurgiens du trichiasis ont été formés dans 9 états.

Antibiotiques (A)

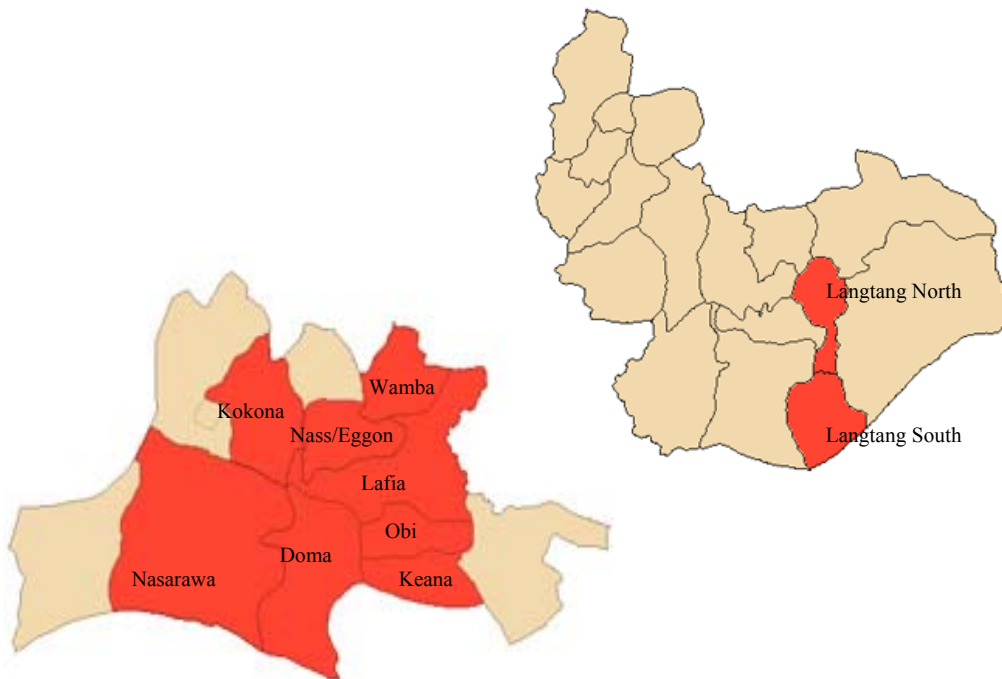
En 2005, 25 102 tubes de tétracycline oculaire étaient distribués avec le soutien de Sight Savers International, Helen Keller International et Christoffel Blindenmission. Sight Savers International a continué à acheter de l'azithromycine, couvrant 1 737 personnes dans 2 communautés de la collectivité locale de Sabon Birni, dans l'état de Sokoto (2004-2005).

Conformément à la mission de la Fondation Conrad N Hilton, le Centre Carter ne soutient pas actuellement les interventions chirurgicales ou la distribution d'antibiotiques au Nigeria.

**Etats appuyés par le Centre Carter, 2005
Programme de Lutte contre le Trachome du Nigeria**



Etats de Nasarawa et du Plateau, avec collectivités locales d'intervention



Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire

- Former à nouveau 344 volontaires de la lutte contre le trachome dans les états du Plateau et de Nasarawa
- Continuer l'éducation sanitaire dans les 173 villages où intervient le Centre Carter

Changement environnemental

- Construire 6 500 latrines familiales dans les états du Plateau et de Nasarawa
- Evaluer l'utilisation des latrines familiales dans les états du Plateau et de Nasarawa

Antibiotiques

- Chercher à obtenir davantage d'azithromycine par l'intermédiaire l'Initiative Internationale du Trachome pour diminuer le coût du traitement et augmenter le nombre de personnes bénéficiant de la distribution d'azithromycine

Chirurgie

- Augmenter le nombre de chirurgiens formés en chirurgie de trichiasis
- Organiser plus de camps/stratégies avancées pour la chirurgie de trichiasis

Autres

- Possibilité d'expansion du Centre Carter à l'état de Katsina
- CBM prévoit de réaliser une enquête sur la prévalence du trachome dans 3 états : Yobe, Kano et Jigawa
- Encourager la collaboration avec l'UNICEF, Water Aid et le Ministère de l'Education
- Apporter de l'eau potable aux régions d'endémicité en collaborant avec les partenariats (ONG locales et internationales)
- Sensibiliser davantage en faisant appel aux médias et à la mobilisation communautaire

Programme de Lutte contre le Trachome du Niger

Présenté par le Docteur Boubacar Kadri, Directeur adjoint, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé du Niger.

Le soutien du Centre Carter au Niger est financé par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

Le Programme national de Prévention de la Cécité (PNPC) du Niger a été créé en 1987. Les Ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Approvisionnement en Eau et du Développement Social ont mis sur pied, en 1999, une Équipe spéciale de Lutte contre le Trachome. Les représentants des organisations sanitaires partenaires, dont le Centre Carter, les Lions Clubs locaux, Helen Keller International, Christoffel Blindenmission, l'Association du Niger pour les Aveugles, l'Association Africaine Musulmane et l'Organisation Mondiale de la Santé sont également membres de l'Équipe spéciale.

Les enquêtes sur la prévalence du trachome, réalisées de 1997 à 1999 avec l'assistance financière de l'Union européenne et du Centre Carter, ont constaté qu'une moyenne de 44% des enfants de moins de 10 ans souffraient de trachome actif (TF/TI) et que 1,7% des filles de plus de 15 ans étaient atteintes du trichiasis. A l'échelle nationale, on estime que 68 300 hommes et femmes ont besoin d'une chirurgie du trichiasis. La prévalence la plus élevée du trachome a été notée dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi. L'évaluation initiale a montré qu'environ 50% des ménages avaient accès à un point d'eau potable dans un rayon de 1 km et qu'environ 14% des ménages avaient accès à des latrines. La prévalence initiale nationale de visages propres chez les enfants âgés de 1 à 10 ans était de 52%.

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Au total, 4 438 villages dans les trois régions ciblées (Zinder, Maradi et Diffa) ont bénéficié régulièrement, en 2005, de séances systématiques d'éducation sanitaire portant sur la prévention du trachome. Une formation en prévention du trachome a été apportée à 308 volontaires, notamment des agents de santé communautaires et des enseignants, afin qu'ils dispensent à leur tour une éducation sanitaire aux communautés. De 1999 à 2005, on a assisté à une augmentation constante du nombre de villages bénéficiant d'une éducation sanitaire apportée par le programme (voir graphique page).

Des messages d'éducation sanitaire sont diffusés sur les stations radiophoniques locales afin d'étendre la portée de la campagne d'éducation. Des groupes d'écoute radiophonique se sont réunis dans 50 villages pour écouter certaines des 993 diffusions qui ont été transmises pendant l'année. Afin d'atteindre également les personnes qui n'ont pas accès à une radio, des artistes et éducateurs sanitaires interprètent des sketches dans les villages plus grands et lors des marchés hebdomadaires. La proportion moyenne d'enfants âgés de 1 à 9 ans avec un visage propre s'élevait à 88%.

Changement environnemental (CE)

Le projet de promotion des latrines au Niger a démarré en 2002 pour réduire les populations de *Musca sorbens* dans les villages où le trachome est endémique et pour améliorer l'hygiène en général. La promotion des latrines est soutenue par le programme national, le Centre Carter, les Lions clubs locaux, WAWI et SAPTA (ONG locale). En 2005, l'ensemble

des partenaires a aidé le programme à construire 7 940 latrines familiales (dont 7 056 ont été construites avec le soutien du Centre Carter), soit un accroissement de 48% par rapport à 2004. Dans ce chiffre pour 2005 sont compris les latrines traditionnelles construites par des communautés suite à une demande accrue après les séances d'éducation sanitaire. De plus, 59 blocs de latrines ont été construits, 365 femmes ont appris à fabriquer le savon traditionnel et 172 maçons ont reçu une formation portant sur la construction de latrines. Le programme du Niger a également bénéficié de la construction de 121 nouveaux points d'eau et 75 comités villageois de l'eau ont été formés en 2005. Les décideurs ont été sensibilisés à l'approvisionnement en eau dans les districts où le trachome est endémique.

Chirurgie (CH)

En 2005, le programme a recyclé 10 chirurgiens du trichiasis et a distribué de nouvelles trousse chirurgicales pour le trichiasis dans les dispensaires ruraux. Au total, 6 500 personnes ont reçu une chirurgie corrective du trichiasis en 2005. De 1999 à 2004, un total de 20 766 personnes avaient bénéficié d'une chirurgie corrective du trichiasis (voir graphique, page 14). Certains obstacles viennent encore entraver les activités chirurgicales, notamment les demandes de recouvrement des coûts dans les établissements de santé ; d'autres activités tout aussi prioritaires telles que les journées nationales de vaccinations contre la poliomyélite ; ainsi que la supervision irrégulière des chirurgiens du trichiasis.

Antibiotiques (A)

En 2005, 2 429 500 personnes dans 4 438 villages où le trachome est endémique ont reçu de l'azithromycine dans le cadre des campagnes de distribution de masse. De plus, 60 781 personnes ont été traitées avec une pommade oculaire à base de tétracycline.

Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Arriver à 80% d'enfants avec un visage propre
- Former 252 femmes pour leur apprendre à fabriquer le savon traditionnel
- Former 30 comités d'hygiène villageois

Changement environnemental (CE)

- Former 250 maçons villageois et 30 réparateurs des points d'eau
- Construire 8 400 latrines familiales et 60 blocs de latrines scolaires
- Construire 43 nouveaux points d'eau et réparer 70 points d'eau

Antibiotiques

- Traiter 4 393 525 personnes avec de l'azithromycine dans le cadre des campagnes de traitement de masse

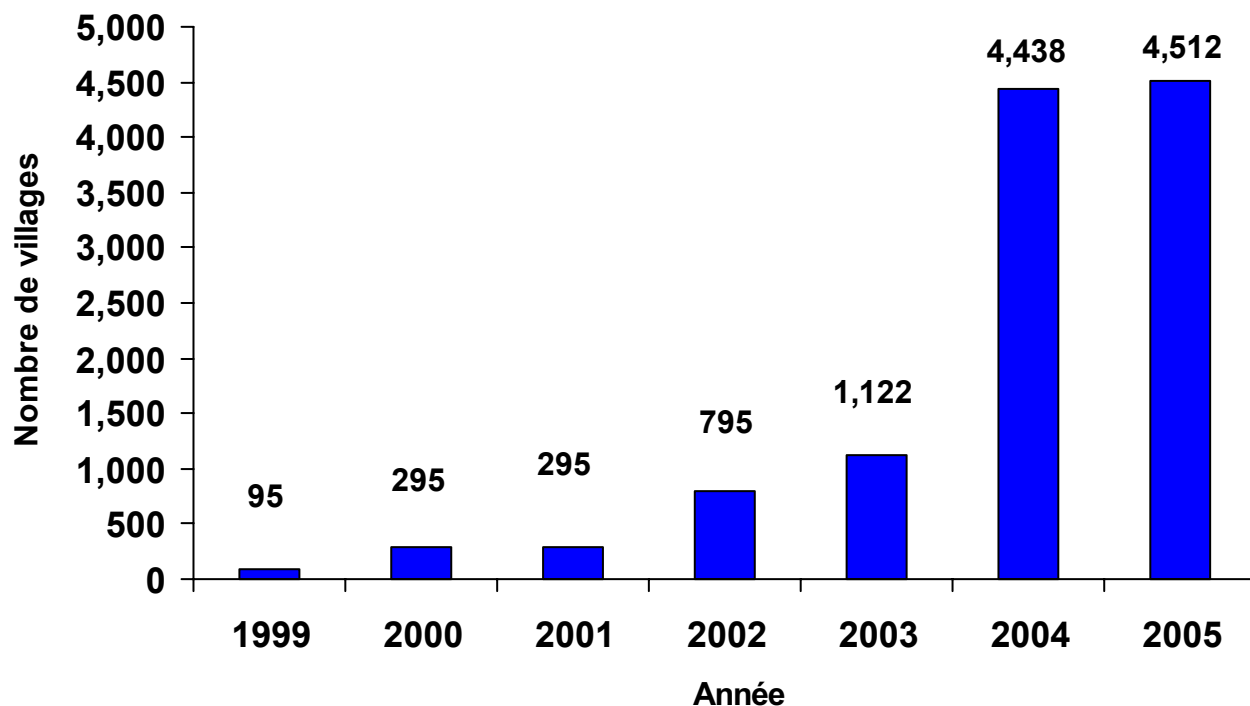
Chirurgie

- Former 66 chirurgiens du trichiasis en plus
- Réaliser une chirurgie corrective des paupières sur 10 580 personnes (3 399 dans les établissements de santé et 7 181 dans les camps mobiles)

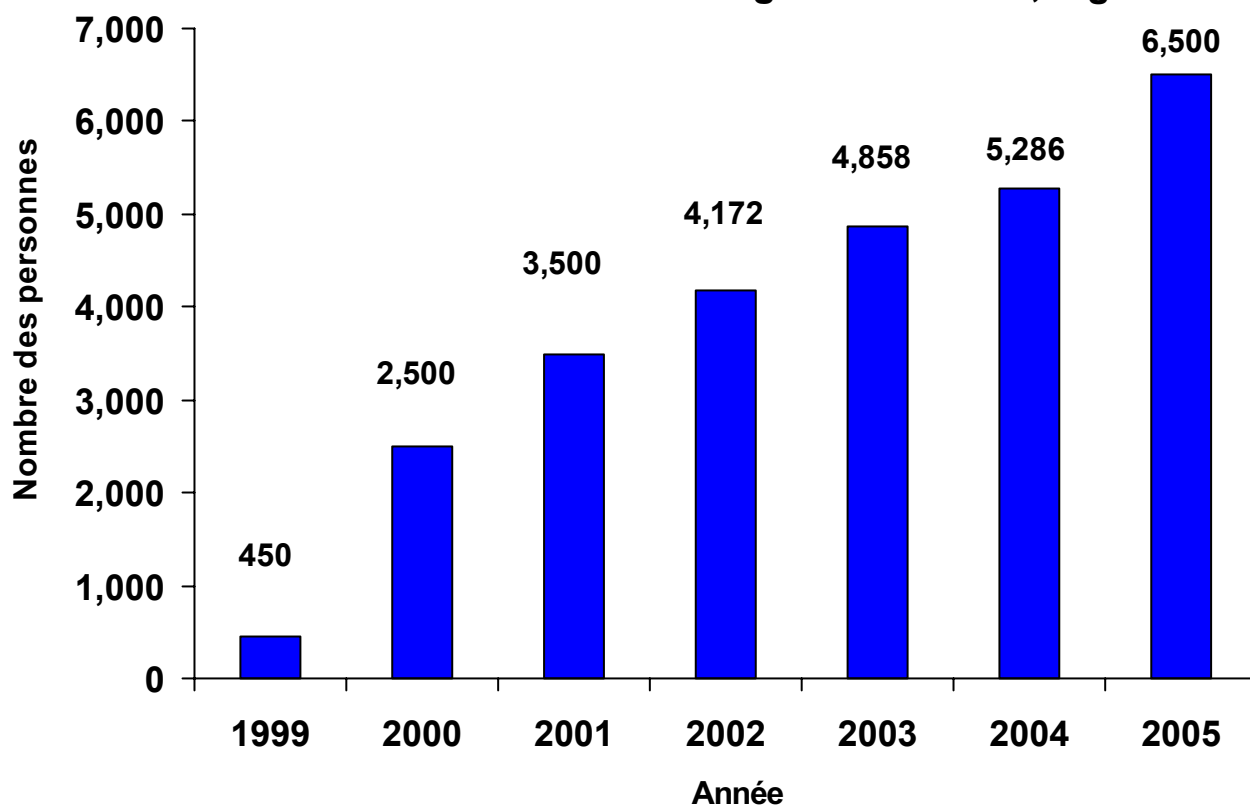
Objectifs généraux

- Réaliser une étude sur la qualité de la chirurgie du trichiasis
- Etendre les activités de lutte contre le trachome à 4 nouveaux districts : Mayahi et Dakoro (région de Maradi) et Maïné et N'Guigmi (région de Diffa)

Villages recevant l'éducation sanitaire, Niger



Personnes recevant la chirurgie du trichiasis, Niger



Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana

Présenté par le Docteur Maria Hagan, Chef des Soins oculaires, Service de Santé du Ghana et le Docteur Daniel Yayemain, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome, Service de Santé du Ghana.

Le soutien du Centre Carter au Ghana est financé par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

Le trachome se situe au troisième rang des causes de cécité au Ghana, après la cataracte et le glaucome. Une évaluation rapide du trachome, réalisée en juillet 1999, a indiqué que le trachome cécitant n'existe que dans les régions Northern et Upper West et a permis de classer par ordre prioritaire les villages où le trachome est endémique aux fins de cibler, dans ces endroits, les activités de traitement et de prévention. En mars 2000, le Centre Carter a aidé le Programme national de Lutte contre le Trachome à réaliser la première enquête sur la prévalence du trachome, à base de population, dans les régions Upper West (UWR) et Northern (NR).

Le Centre Carter a également apporté un soutien aux premières études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) dans la région UWR (décembre 1999) et NR (juillet 2000), en utilisant des enquêtes auprès des ménages, des focus groups et des observations communautaires directes. Les résultats de ces études ont été utilisés lors d'ateliers en octobre 2000 et en janvier 2001 au cours desquels ont été formulés des plans locaux et régionaux pour la lutte contre le trachome.

Le programme du Ghana a commencé à mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans cinq districts, de 2000 à 2002 et l'a étendue à un sixième district en 2003. Le programme a réalisé une enquête sur la prévalence du trachome dans 551 communautés dans les régions pour faciliter l'expansion du programme et inclure, en 2004, toutes les régions où le trachome est endémique. S'inspirant de ces résultats, le programme a été étendu à 681 communautés couvrant tous les districts d'endémicité connus dans le pays.

L'Equipe spéciale nationale pour la Lutte contre le Trachome, composée des organisations gouvernementales et non gouvernementales, supervise les activités de lutte contre le trachome au niveau national. Dans chaque région où le trachome est endémique, une équipe régionale prépare et supervise les activités de lutte contre le trachome. Cette équipe rend compte à l'Equipe spéciale nationale puis donne un feed-back aux districts et aux autres partenaires. Une structure analogue existe au niveau des districts qui travaillent étroitement avec les agents de première ligne afin de mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les communautés ciblées. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana a fixé 2010 comme date d'élimination du trachome cécitant.

Données générales sur les activités d'intervention

En 2001, le programme du Ghana a commencé à former des agents de première ligne, dont des enseignants, des responsables de santé environnementale, des agents de santé communautaires et des volontaires villageois. Des présentations et des discussions d'éducation sanitaire face-à-face et en groupe, des annonces radiophoniques, des présentations mobiles de vidéo, du théâtre communautaire et des durbars sont parmi les

activités de mobilisation sociale. Au total, 2 657 agents de première ligne ont été formés pour apporter une éducation aux communautés où le trachome est endémique. On a appris à ces agents à dépister les malades du trichiasis puis à les orienter vers les services chirurgicaux. Du matériel d'éducation sanitaire, notamment des boîtes à images, des livrets à images pour les groupes d'éducation radiophoniques, ainsi que des affiches, a été mis au point avec l'assistance du Centre Carter.

En 2002, le Centre Carter a appuyé le lancement des groupes radiophoniques dans 20 communautés de la région du district de Wa dans la région Upper West. Ces groupes radiophoniques ont été bien acceptés dans les communautés ciblées qui ont organisé des discussions sur les questions d'hygiène et de santé après avoir écouté les émissions sanitaires. Des radios Freeplay ont été distribuées aux groupes pour pouvoir écouter les messages sur le trachome et l'hygiène. En 2003, des latrines ont été construites et des points d'eau ont été installés dans certains villages où le trachome est endémique, grâce au soutien de l'Initiative Internationale du Trachome, du Centre Carter et d'autres organisations partenaires.

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2005, 823 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue portant sur le trachome. Environ 39 924 séances d'éducation familiales et 5 073 séances d'éducation communautaires ont été réalisées par les agents de première ligne du trachome. Les groupes radiophoniques sont actifs et fonctionnent bien ; 100 clubs avec au moins 20 membres chacun dans la région Northern et 12 clubs avec au moins 25 membres chacun sont actifs dans la région d'Upper West. Au total, 600 éducateurs sanitaires ont été formés dans 26 districts.

Changement environnemental (CE)

En 2005, le Centre Carter a surtout cherché à répondre à la demande accrue pour des latrines familiales au Ghana et à soutenir le but du programme national, c'est-à-dire construire 5 000 latrines familiales par an. Une nouvelle stratégie de promotion de latrines a été présentée par le Docteur Hagan (voir récapitulatif des séances spéciales) qui espère atteindre 'les plus pauvres des pauvres' dans les communautés où la maladie est endémique. Lors de la première année de ce soutien accru à la construction de latrines, le Centre Carter a appuyé la construction de 273 des 3 828 latrines construites pour soutenir les buts du programme. En plus, 834 puits forés ou creusés manuellement ont été installés dans les communautés où le trachome est endémique. L'approvisionnement en eau reçoit une assistance de WaterAid, de World Vision Ghana, de l'UNICEF, de l'Initiative West African Water, de l'USAID et de l'Eglise du Christ.

Chirurgie (CH)

Les principales activités pour la chirurgie du trichiasis au Ghana sont les suivantes : sensibilisation ; dépistage des cas et enregistrement lors des recherches systématiques de cas actifs, dépistage de cas passifs ; chirurgie dans la communauté et dans les établissements de santé ; ainsi que suivi des personnes opérées. En 2005, 1 146 personnes ont bénéficié d'une chirurgie du trichiasis. Le programme du Ghana s'est rendu compte que les recherches systématiques de cas, foyer par foyer, améliorent le dépistage et l'enregistrement des cas. La chirurgie est bien acceptée si elle est effectuée dans la propre

communauté de la personne et le témoignage des patients satisfaits augmente également l'acceptation par les communautés voisines. Le nombre de personnes en attente pour ces interventions chirurgicales était estimé à 13 200 au début du programme et, d'après les estimations actuelles, 10 000 personnes attendent actuellement d'être opérées.

Antibiotiques (A)

En 2005, 740 884 personnes ont été couvertes par les programmes de distribution de masse d'azithromycine et 12 697 ont reçu une pommade oculaire à base de tétracycline. Le Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana a constaté que l'azithromycine est davantage acceptée car les communautés ont reconnu que c'était un médicament efficace et sans risques. Le programme a également constaté que la participation active des chefs et des volontaires dans les activités, conjuguée à la distribution de bicyclettes par la Croix Rouge en vue de les motiver a nettement amélioré l'organisation des activités dans les communautés.

Récapitulatif des réalisations du programme pour CHANCE, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de patients TT opérés	336	421	383	951	1 146
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	71 438	101 174	163 931	292 715	740 884
Nombre de personnes recevant de la tétracycline	6 292	6 668	9 785	15 101	12 697
Nombre de latrines familiales construites	14	206	791	1 141	3 828

Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Former et recycler 1 200 agents de santé en matière de lutte contre le trachome
- Former et recycler 4 000 volontaires
- Continuer à soutenir 200 clubs d'écoute radiophoniques
- Produire et diffuser 48 messages radiophoniques
- Imprimer 5 000 matériels éducatifs
- Réaliser des documentaires en deux langues

Changement environnemental (CH)

- Construire 200 sources d'eau potable
- Construire 5 000 latrines familiales

Chirurgie

- Dépister et opérer 1 500 personnes souffrant de trichiasis
- Former et recycler 650 enseignants et 130 agents de santé environnementale en matière de dépistage du trichiasis

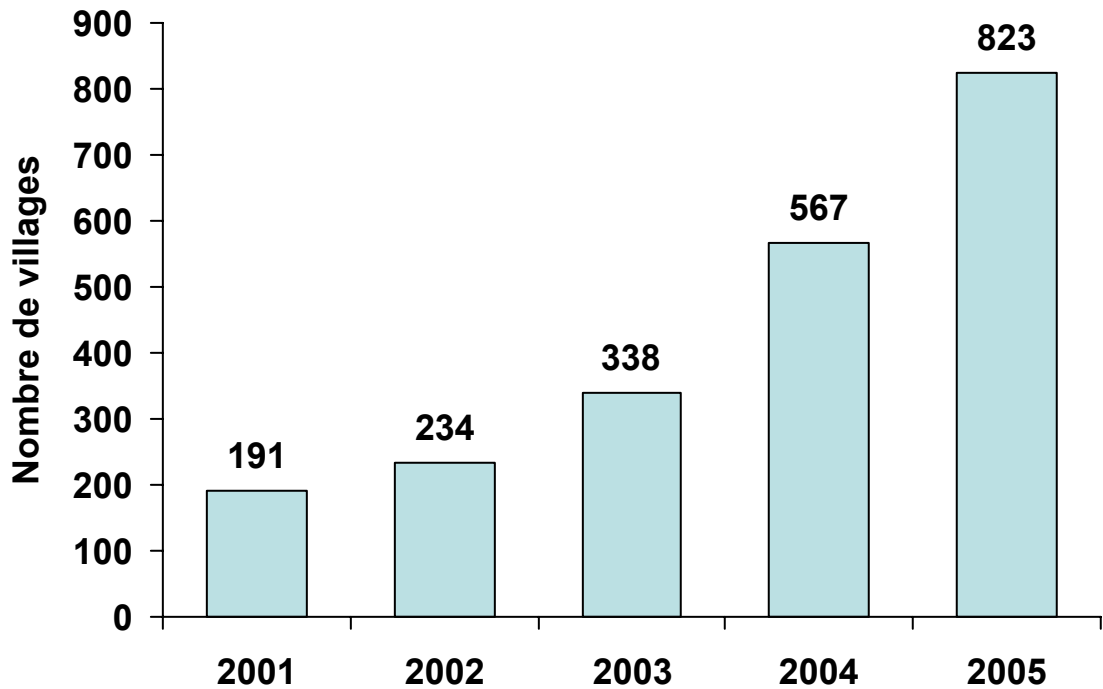
Antibiotiques

- Distribuer des antibiotiques à 1 650 000 personnes

Autres

- Réaliser une enquête initiale sur la prévalence du trachome dans la région de l'Upper East

**Villages recevant l'éducation sanitaire régulière,
Northern and Upper West Regions, Ghana**



Le Programme de Lutte contre le Trachome au Ghana, avec le soutien de la Fondation Conrad N. Hilton, le Centre Carter et la Fondation Freeplay encourage la construction de latrines et l'éducation sanitaire grâce à la radio communautaire.

Programme de Lutte contre le Trachome du Mali

Présenté par le Docteur Bamani Sanoussi, Coordinateur national, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé du Mali.

Le soutien du Centre Carter au Mali est financé par la Fondation Conrad N. Hilton.

Données générales

Les enquêtes sur la cécité au Mali, faites de 1980 à 1990, indiquent que la cataracte (45%), le trachome (25%) et le glaucome (9%) sont les principales causes de la cécité. La première enquête nationale sur la prévalence du trachome (1996-1997) constate que le trachome revêt un caractère endémique dans chaque région du Mali. La prévalence générale du trachome actif (TF et/ou TI) chez les enfants de moins de 10 ans s'élève à 35% et la prévalence du trichiasis chez les femmes de plus de 15 ans est de l'ordre de 2,5%.

Un Programme national de Prévention de la Cécité a été mis sur pied au Mali en 1994. En octobre 1999, le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali était lancé 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 de Lions International de l'époque, Jim Ervin. Des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de trachome faites en 1996 et 2000 dans la région de Koulikoro, dégagent des données sociologiques initiales pour la formulation de stratégies et de matériel d'éducation sanitaire. Actuellement, le programme national intervient dans quatre régions du pays : Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti. (Le Centre Carter apporte essentiellement une assistance à Ségou.) Un plan quinquennal finalisé en 2000 attend encore l'approbation officielle du gouvernement. Celle-ci devrait coïncider avec l'approbation et le lancement des activités de Vision 2020 au Mali.

Au Mali, les activités d'éducation sanitaire sont réalisées par l'intermédiaire de multiples canaux : radio rurale, instituteurs du primaire, agents de santé environnementale, éducateurs villageois, superviseurs et responsables de terrain des ONG et, lors des réunions villageoises, par exemple, baptêmes et mariages. En 2003, de nouvelles stratégies et du nouveau matériel d'éducation sanitaire pour la lutte contre le trachome (film documentaire, vidéo, cassettes radio et bandes dessinées) ont été mis au point avec le soutien de l'Université Johns Hopkins, notamment un logo et un slogan pour la campagne d'éducation ainsi qu'un manuel de formation. Cherchant à atteindre le plus grand nombre possible de personnes exposées au risque de contracter le trachome, le programme a également mis sur pied des campagnes radiophoniques et télévisées pour diffuser l'information sur le trachome et sa prévention. L'éducation en matière de trachome fait également partie du programme de l'école primaire au Mali.

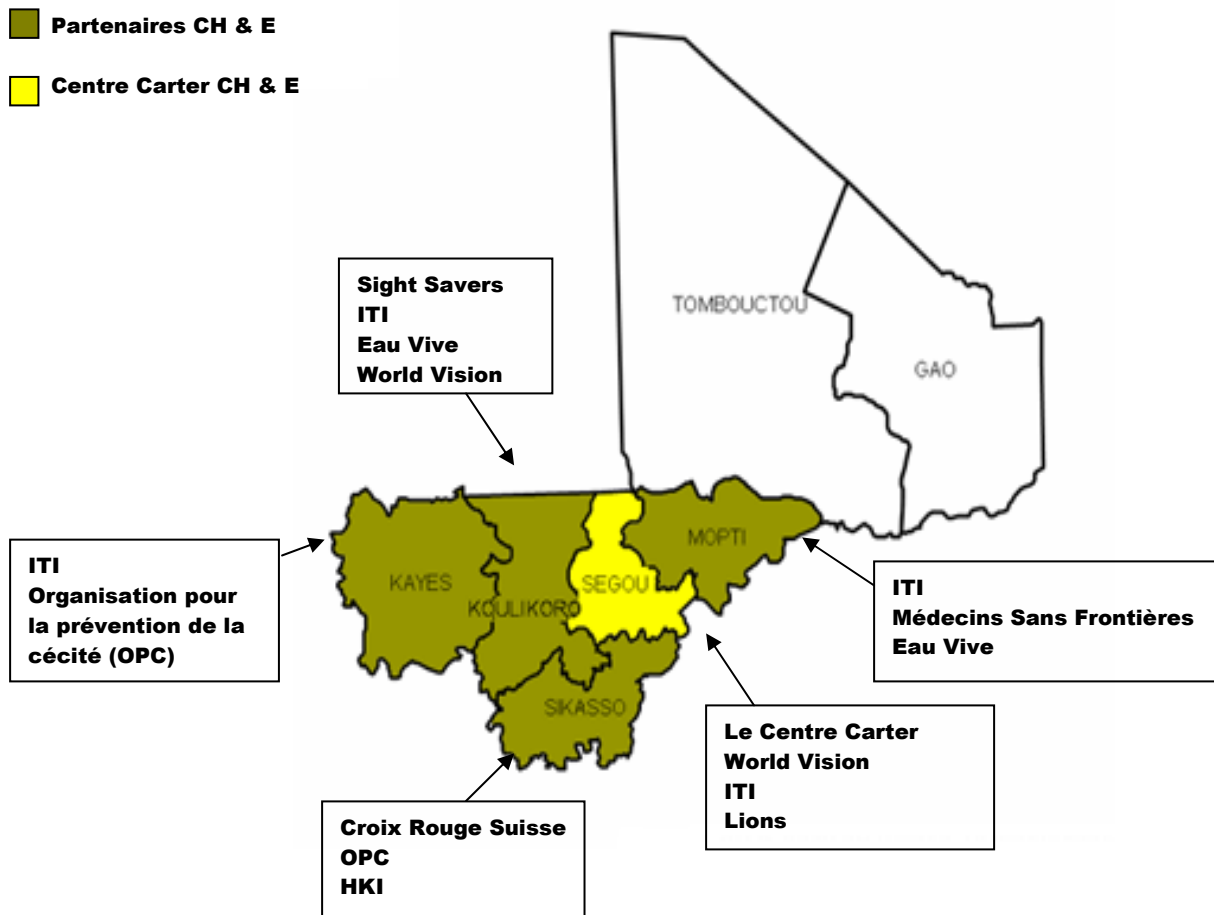
En 2003, la Division nationale de l'Hygiène et le Programme de Lutte contre le Trachome du Mali ont démarré des activités promotionnelles pour la construction de latrines familiales dans les régions de Kayes et de Ségou, aidés en cela par l'Initiative International du Trachome (ITI) et le Centre Carter. D'après une enquête nationale faite

en 2001, 23% des ménages ne disposent pas de latrines au Mali (30% dans les zones rurales).

Une estimation de 1997 porte à 85 700 personnes le nombre en attente pour la chirurgie du trichiasis. Depuis 1999, 15 150 personnes ont été opérées (18% du nombre en attente). La chirurgie du trichiasis est réalisée dans cinq établissements de santé du Mali, et lors des stratégies avancées et campagnes rurales de chirurgie du trichiasis. Les partenaires de l'intervention chirurgicale au Mali sont les suivants : ITI, Sight Savers International, Organisation pour la Prévention de la Cécité, Croix Rouge suisse, Médecins sans Frontières Luxembourg et Helen Keller International.

Depuis 2001, le programme malien a distribué de l'azithromycine donnée par Pfizer dans le cadre de campagnes de traitement de masse. Actuellement, le médicament est distribué dans les régions de Kayes, Koulikoro et de Mopti (districts de Bandiagara et Bankass) et de Ségou (district de Tominian).

Carte: Mali et les partenaires soutenant les activités de lutte contre le trachome



Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Le Centre Carter a apporté une éducation sanitaire continue dans 548 villages en 2005. des radios rurales transmettent les messages d'éducation sanitaire sur le trachome—un total de 60 animateurs radio ont été formés en matière de lutte contre le trachome. Des concours de villages propres sont également organisés parmi les villages où le trachome est endémique pour renforcer l'éducation en matière d'hygiène. Par ailleurs, le programme du Mali a formé diverses personnes en matière d'éducation sanitaire et de techniques de mobilisation communautaire dans la lutte contre le trachome, notamment : 1 088 volontaires villageois (30% sont des femmes), 136 enseignants, 100 formateurs des enseignants et 313 agents de santé.

Changement environnemental (CE)

La demande continue à grimper pour les latrines familiales et le programme du Mali n'arrive plus à y répondre. En 2005, 12 199 latrines familiales avec des dalles Sanplat étaient construites dans 895 villages (8 354 ont reçu un soutien du Centre Carter), ainsi que 10 blocs de latrines scolaires. Une formation a été apportée à 538 maçons villageois sur la construction de latrines. Ils ont également reçu des outils pour accroître la capacité locale. World Vision, Islamic Relief, UNICEF, WaterAid, Plan International Mali, CREPA Mali et Lions Clubs au Mali sont parmi les autres partenaires de la promotion de latrines.

L'approvisionnement en eau dans les communautés d'endémicité est soutenu par le Ministère de l'Eau et des ONG telles que Helen Keller, World Vision, Eau Vive et Islamic Relief. Au total, 103 villages ont reçu de nouveaux points d'eau de World Vision/WAWI. En plus, 647 points d'eau modernes ont été construits et 108 ont été réparés.

Chirurgie (CH)

En 2005, 5 872 personnes ont été opérées, soit une augmentation de 63% par rapport à 2004. Le programme a cité des difficultés vu le manque de ressources humaines pour réaliser les stratégies avancées d'intervention chirurgicale dans les communautés.

Antibiotiques (A)

En 2005, le programme malien a étendu la distribution d'antibiotiques aux régions de Ségou (district de Tominian) et de Mopti. Une formation a été apportée à 14 642 distributeurs villageois et la distribution à base communautaire d'azithromycine a permis de couvrir 3 575 000 personnes. En plus, 75 000 personnes ont reçu une pommade oculaire à base de tétracycline. Pour la première fois, le Gouvernement du Mali a octroyé 72 millions FCFA (140 000\$) pour faciliter la distribution de médicaments en 2005. Une enquête sur la prévalence a été réalisée dans la région de Koulikoro en 2005, après trois ans de distribution d'antibiotiques (voir récapitulatif des séances spéciales).

Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Former 1 000 volontaires villageois, 200 enseignants et 20 animateurs de la radio en matière d'IEC
- Engager toutes les radios rurales des régions couvertes par le programme national dans la lutte contre le trachome
- Aider 10 groupements féminins en matière de mobilisation sociale

Changement environnemental (CE)

- Organiser une semaine du trachome dans les villages avec prévalence élevée
- Organiser des concours de nettoyage entre villages
- Former 500 maçons villageois en matière de construction de dalles SanPlat
- Construire 15 000 latrines familiales, dont 10 000 dans la région de Ségou
- Construire 10 blocs de latrines publiques
- Construire 510 nouveaux points d'eau et réparer 1 015 anciens points d'eau
- Former 1000 réparateurs de points d'eau

Antibiotiques (A)

- Traiter 3 877 261 personnes avec de l'azithromycine
- Traiter 79 127 enfants avec une pommade oculaire à base de tétracycline
- Créer et équiper 10 centres ophtalmologiques dans le pays

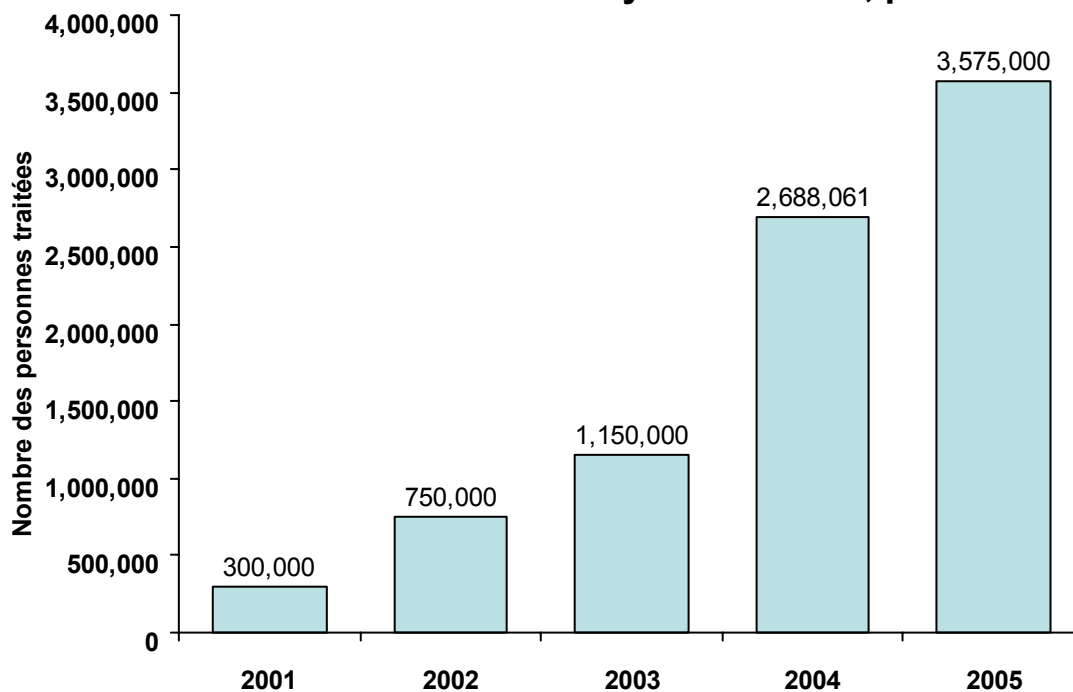
Chirurgie (CH)

- Opérer 8 000 personnes souffrant de trichiasis
- Former et recycler 200 infirmiers dans les zones rurales (infirmiers chefs de postes médicaux) en matière de chirurgie du trichiasis

Récapitulatif des réalisations des interventions CHANCE, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de patients TT opérés	1 500	2 500	2 500	4 150	4 500	2 758	5 872
Nombre de personnes recevant de l'azithromycine	0	0	300 000	750 000	1 150 000	2 688 061	3 575 000
Nombre de personnes recevant de la tétracycline	0	0	0	0	0	0	75 000
Nombre de latrines familiales construites	0	0	0	0	1 577	3 327	12 199
Nombre de latrines familiales construites avec l'aide du Centre Carter	0	0	0	0	477	2 646	8 354

Le distribution d'azithromycine en Mali, par an



Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan : Gouvernement du Soudan

Présenté par le Docteur Awad Hassan, Coordinateur du Programme national de Lutte contre le Trachome, Ministère fédéral de la Santé, Gouvernement du Soudan

Le soutien du Centre Carter au Soudan est financé par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique, avec une superficie de 2,5 millions km². Ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 49 années depuis son accession à l'Indépendance en 1956. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 ans, la plus longue qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'accord de paix, le pays compte à présent deux gouvernements : le Gouvernement du Soudan gouvernant les 16 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud pour les 10 états au Sud. Les régions du Gouvernement du Soudan comptent une population de 26 millions de personnes, dont 4 millions de personnes déplacées dans le pays.

Si l'on sait depuis longtemps que le trachome est un problème de santé publique au Soudan, ce n'est pourtant que depuis mai 1999 qu'on dispose de rares données pour étayer l'ampleur de ce problème. A la même époque, le Ministère fédéral de la Santé du Soudan (MFSS), achevait les premières enquêtes sur la prévalence du trachome, à base de population, avec l'assistance financière de la Fondation Conrad N. Hilton et le soutien technique du Centre Carter. Une enquête a été effectuée dans la région de Wadi Halfa, dans le Nord, et l'autre à Malakal, dans le Sud. On avait pensé auparavant que le trachome était seulement un grave problème dans le Nord, mais les enquêtes ont confirmé que le trachome est une cause de grave infirmité et de cécité, aussi bien au Sud qu'au Nord de ce pays.

C'est notamment en fonction des résultats de cette enquête qu'a été signé plus tard cette année l'accord pour l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter. En août 2000, Pfizer, Inc. a commencé à faire don d'azithromycine (Zithromax®) au Soudan par le truchement de l'ITI.

En mars 2005, le Ministère fédéral de la Santé a signé une résolution stipulant que le Programme de Lutte contre le Trachome avait rejoint officiellement le Programme national de Prévention de la Cécité (PNPC) relevant de la responsabilité de son coordinateur, le Docteur Kamal Hashim. Les activités soutenues par le Centre Carter dans les zones du Gouvernement du Soudan (GS) continueront à être coordonnées et suivies depuis Khartoum. En 2005, le programme a décentralisé la mise en œuvre des activités du programme, les confiant aux Ministères de la Santé des divers états.

Dans les régions dépendant du Gouvernement du Soudan, la chirurgie du trichiasis est réalisée par des ophtalmologistes et des assistants médicaux formés en ophtalmologie dans les hôpitaux centraux et des états. Dans les camps oculaires des régions rurales, ce sont des ophtalmologistes qui effectuent les chirurgies du trichiasis, en plus des chirurgies de la cataracte. La distribution d'antibiotiques dans la région du GS est décentralisée, réalisée par les Ministères de la Santé des divers états, avec l'assistance du

programme national. Les superviseurs locaux et les agents de santé villageois organisent la distribution de médicaments, précédée par la mobilisation communautaire et l'éducation sanitaire. Les communautés où le trachome est endémique fixent les dates de distribution, choisissent les volontaires et les superviseurs et aident à sensibiliser à la campagne. D'après une nouvelle politique nationale, les distributeurs ne doivent pas recevoir des motivations financières.

Réalisations du programme en 2005

Deux mille cinq était une année mémorable pour le Programme de Lutte contre le Trachome du Gouvernement du Soudan. Après que le programme a été transféré de l'Académie des Sciences et de la Technologie médicales à FMOH, on a créé une équipe spéciale nationale du trachome, des comités d'état pour la prévention de la cécité et on a nommé des coordinateurs de la prévention de la cécité dans les divers états. Une réunion en novembre de la région méditerranée orientale/OMS a désigné le Soudan comme le pays de première priorité pour la lutte contre le trachome. Le Ministère fédéral de la Santé a fixé 2015 comme l'année d'élimination du trachome cécitant au Nord du Soudan. Les états d'intervention prioritaire ont participé à un atelier en juin pour commencer à formuler des plans d'action. Une analyse situationnelle a été réalisée en août par le programme national avec l'assistance du Centre Carter et de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome.

En décembre, un atelier de planification stratégique a été organisé pour commencer à formuler un plan quinquennal d'intervention dans les régions du Gouvernement du Soudan. Cet atelier a retenu 3 états prioritaires pour l'intervention après 2005 : état du Nord, état de Kassala et état de Khartoum (camps de personnes déplacées). Les bâtiments du Programme national de Prévention de la Cécité ont été entièrement rénovés et serviront bientôt à tous les programmes de prévention de la cécité. Un Lions Club local, le premier qui n'ait jamais existé au Soudan, a été créé en 2005 au Nord de ce pays.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

L'éducation sanitaire dans les régions qui dépendent du Gouvernement du Soudan est réalisée par le biais de divers canaux. Les éducateurs se servent de boîtes à images pour enseigner la prévention du trachome lors de visites à domicile et lors de la distribution d'azithromycine. Souvent, les médias locaux diffusent des messages d'éducation sanitaire en empruntant des chansons et des feuilletons à la radio et à la télévision, et les journaux nationaux publient régulièrement des articles sur la lutte contre le trachome.



Peter Kilima d'ITI et Raymond Stewart du Centre Carter examinent une fenêtre dans les nouveaux bureaux du Programme de Prévention de la Cécité du Gouvernement du Soudan. Des rénovations sont en cours avec l'aide du Centre Carter et de la Fondation du Lions Clubs International.

Changement environnemental (CE)

On a continué à construire des latrines en 2005 ; 1 156 latrines ont été construites dans les régions où le trachome est endémique. Le programme national collabore avec les organisations sur place utilisant le personnel et l'infrastructure existante. Des partenaires comme Medair ont également organisé des journées de nettoyage des villages dans certains endroits.

Chirurgie (CH)

En 2005, 1 949 chirurgies du trichiasis étaient réalisées dans 40 camps oculaires et lors de stratégies avancées, notamment dans les camps de l'état de Khartoum. Une formation a été apportée à 43 nouveaux chirurgiens du TT dans l'hôpital de Bashair, dont 25 sont des internes en ophtalmologie et 18 des infirmiers de bloc opératoire.

Antibiotiques (A)

En 2005, le programme du Gouvernement du Soudan a décentralisé la distribution de médicaments au niveau des Ministères de la Santé des états. La distribution se fait maison par maison, confiée aux distributeurs et superviseurs choisis par la communauté. La pommade de tétracycline n'a pas été distribuée, mais par contre le programme a distribué de l'azithromycine à 132 755 personnes en 2005, surtout dans les camps de personnes déplacées de l'état de Khartoum.

Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Les états prioritaires (population totale de 2,8 millions de personnes) recevront une éducation en matière de trachome par l'intermédiaire des mass media, des écoles, des comités de santé villageois et des volontaires communautaires du trachome
- Elaboration, test de terrain et réalisation de boîtes à images et de matériel d'éducation pour les écoles et les volontaires villageois
- Formation de formateurs pour 5 dirigeants communautaires
- Formation de 225 agents de santé communautaires (une personne par village)
- Réalisation d'une vidéo sur la lutte contre le trachome
- Participation de chanteurs et artistes locaux à la lutte contre le trachome
- Collaboration avec le Ministère de l'Education et l'UNICEF pour intégrer la lutte contre le trachome au programme de l'école primaire
- Intégration de l'éducation portant sur les volets N&CE aux programmes de soins de santé primaires et former les agents de soins de santé primaires en matière de soins oculaires primaires

Changement environnemental (CE)

- Construction de 2 000 latrines familiales et examen de l'utilité des latrines communautaires
- Plaidoyer avec d'autres partenaires pour concentrer la construction des latrines familiales dans les régions prioritaires
- Participation de WES/UNICEF aux équipes spéciales au niveau national et aux états

Chirurgie (CH)

- Chirurgie de 4 000 cas dans les zones prioritaires des camps des personnes déplacées de Khartoum dans les états au Nord et de Kassala

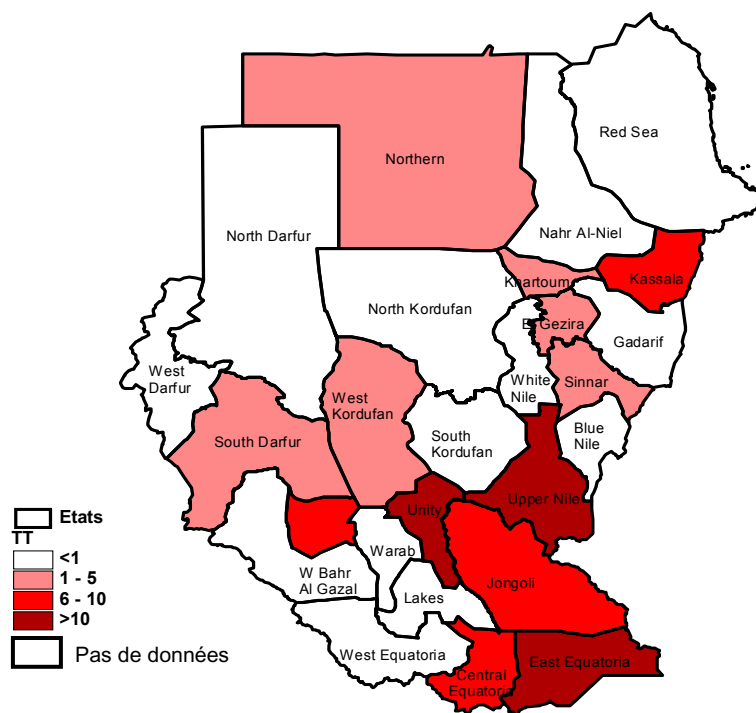
Antibiotiques (A)

- Distribution de 750 000 doses d'azithromycine dans les régions prioritaires des camps de personnes déplacées de Khartoum, dans les états de Nord, et de Kassala

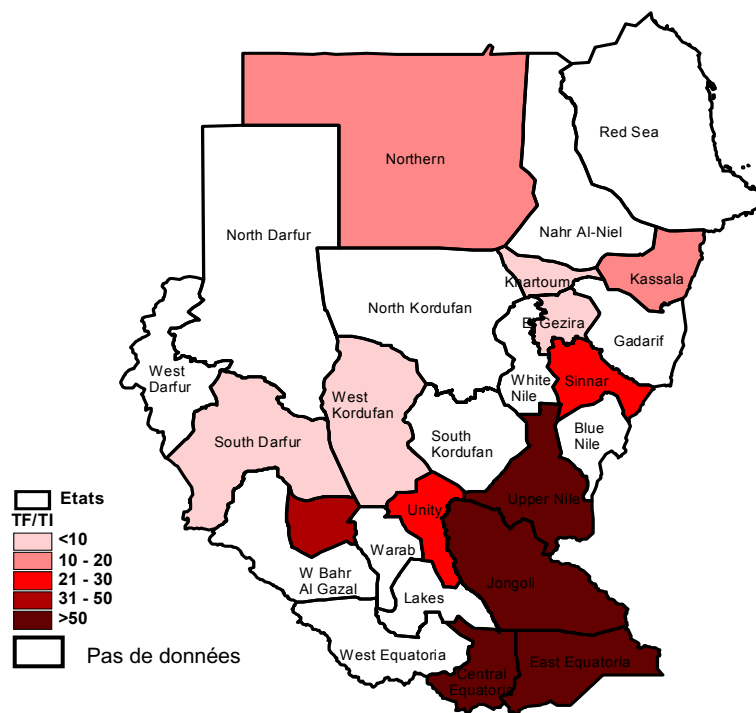
Autres

- Adoption de directives claires pour la lutte contre le trachome, notamment : éducation sanitaire, mobilisation sociale, plaidoyer et distribution de médicaments à base communautaire
- Suivi continu et visites de supervision dans les zones d'intervention
- Mise en place d'un système de notification des données qui remet les données à tous les niveaux, du village à l'état
- Coordination avec les ONG intervenant dans les régions du programme en vue de tenir des réunions régulières interorganisations
- Réalisation d'enquêtes sur la prévalence du trachome dans 6 états : Le Gezira, Sinnar, River Nile, White Nile, Blue Nile et Gadarif.

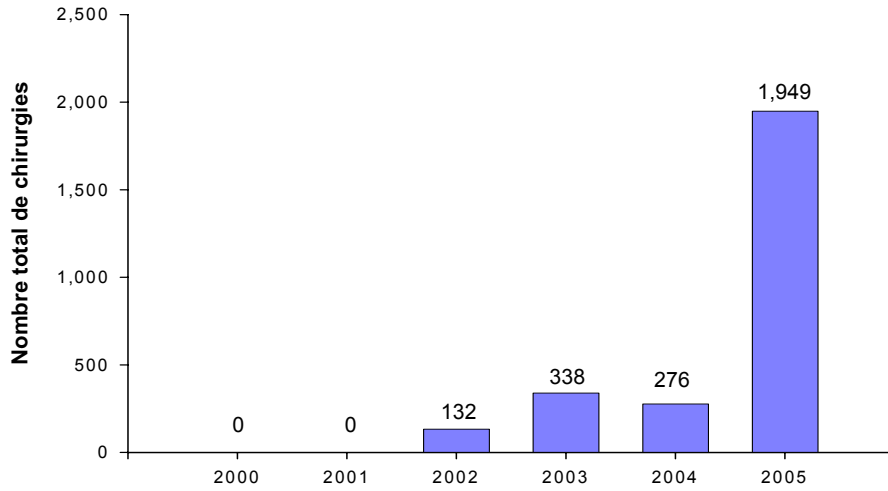
Carte 1: Charge du trichiasis trachomateux au Soudan



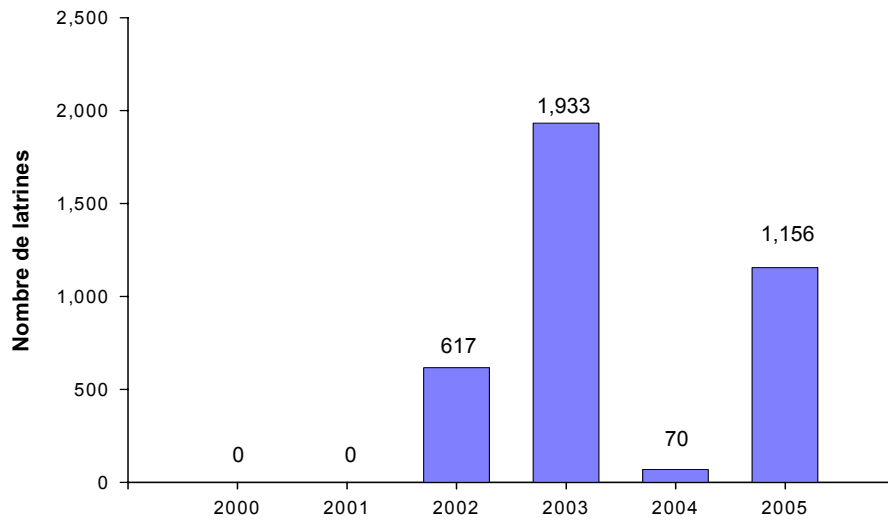
Carte 2: Charge du trachome actif (TF et/ou TI) au Soudan



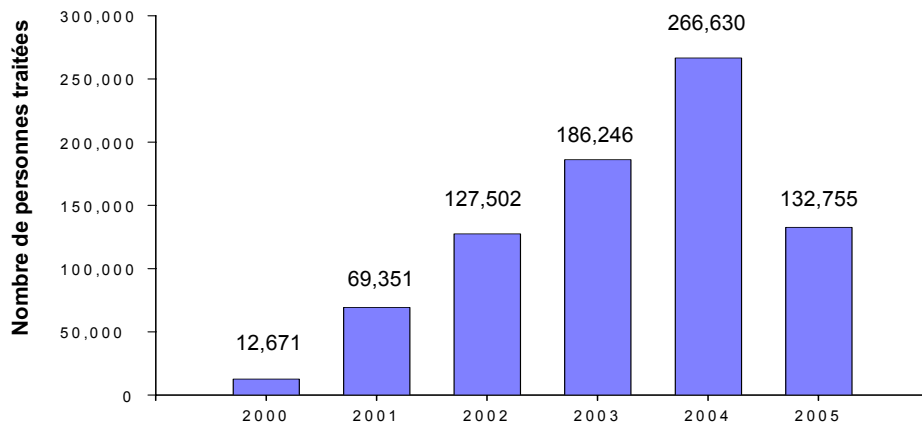
Chirurgies du trichiasis



Construction de latrines familiales



Distribution d'azithromycine



Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan : Gouvernement du Soudan du Sud

Présenté par Monsieur Ben Lopidia, Responsable du Programme de Lutte contre le Trachome du Centre Carter, Soudan du Sud

Le Gouvernement du Soudan du Sud était représenté par le Docteur Samson Baba et le Docteur Pius Subek, Ministère de la Santé, Gouvernement du Soudan du Sud

Le soutien du Centre Carter au Soudan est financé par l'Initiative SightFirst Lions-Centre Carter.

Données générales

Le Soudan est le plus grand pays de l'Afrique, avec une superficie de 2,5 millions km². Ce pays a été déchiré par une guerre civile pendant 37 des 49 années depuis son accession à l'Indépendance en 1956. Le 9 janvier 2005, un accord de paix mettait fin à la guerre civile de 21 ans, la plus longue qu'ait jamais connue l'Afrique. Aux termes de l'accord de paix, le pays compte à présent deux gouvernements : le Gouvernement du Soudan gouvernant les 16 états au Nord et le Gouvernement du Soudan du Sud pour les 10 états au Sud.

Depuis 1989, l'aide humanitaire au Soudan du Sud a été apportée sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan (OLS), consortium d'organismes des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales. Les premiers partenaires de la lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud ont commencé à collaborer avec des organisations non gouvernementales du consortium Operation Lifeline Sudan pour planifier un vaste effort de lutte contre le trachome s'inspirant de la stratégie CHANCE. En août 2000, Pfizer, Inc. a commencé à donner de l'azithromycine (Zithromax®) par l'intermédiaire de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome.

En 2000, le Centre Carter a commencé à collaborer avec des ONG pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE dans les régions aidées par l'OLS. Les activités dans ces régions étaient coordonnées par le Centre Carter de Nairobi, avec l'assistance des ONG partenaires et services humanitaires dans le Soudan du Sud. Des enquêtes sur la prévalence du trachome ont été réalisées dans quatre emplacements en 2001 et une autre enquête supplémentaire en 2002. Le bureau du Centre Carter qui apporte une assistance aux activités dans les régions du Gouvernement du Soudan du Sud (GSS) a commencé à déménager en 2005 de Nairobi, Kenya à Juba, Soudan.

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Gouvernement du Soudan du Sud intervient dans des régions connaissant une prévalence extrêmement élevée du trachome cécitant où l'on constate le trichiasis chez les jeunes enfants de 5 ans. Le Centre Carter soutient les activités dans 13 emplacements comptant une population totale estimée à 1 million de personnes. Le programme a eu du mal à arriver aux plus vulnérables suite à l'insécurité dans un grand nombre de zones. Viennent encore aggraver cette situation la précaire infrastructure sanitaire, une infrastructure physique réduite au minimum et des croyances et pratiques culturelles bien ancrées freinant le changement de comportement. Il existe un grand nombre de groupes nomades et un nombre important de personnes

déplacées qui sont difficiles à atteindre et qui sont exposées au risque de contracter l'infection pouvant se terminer par la cécité.

Les partenaires ONG soutenant les interventions de lutte contre le trachome dans les régions dépendantes du Gouvernement du Soudan du Sud sont les suivants : Adventist Development Relief Agency (ADRA), Christian Mission Aid (CMA), Sudan Medical Care (SMC), Tear Fund, ZOA Refugees Care et Christoffel Blindenmission.

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

Le Programme de Lutte contre le Trachome du Soudan du Sud utilise une approche multisectorielle à l'éducation sanitaire. Les stratégies d'éducation sanitaire varient selon l'emplacement et les partenaires ONG qui participent, mais font toujours appel à la participation des volontaires villageois, des dirigeants communautaires, des superviseurs du trachome, des enseignants, des groupements féminins et religieux ainsi que des secteurs de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement. En 2005, le programme a apporté une éducation sanitaire portant sur le trachome à 429 villages couvrant une population de 648 500 personnes. Par ailleurs, 18 écoles primaires et 34 dispensaires de soins de santé primaires ont également bénéficié d'une éducation sanitaire sur le trachome.

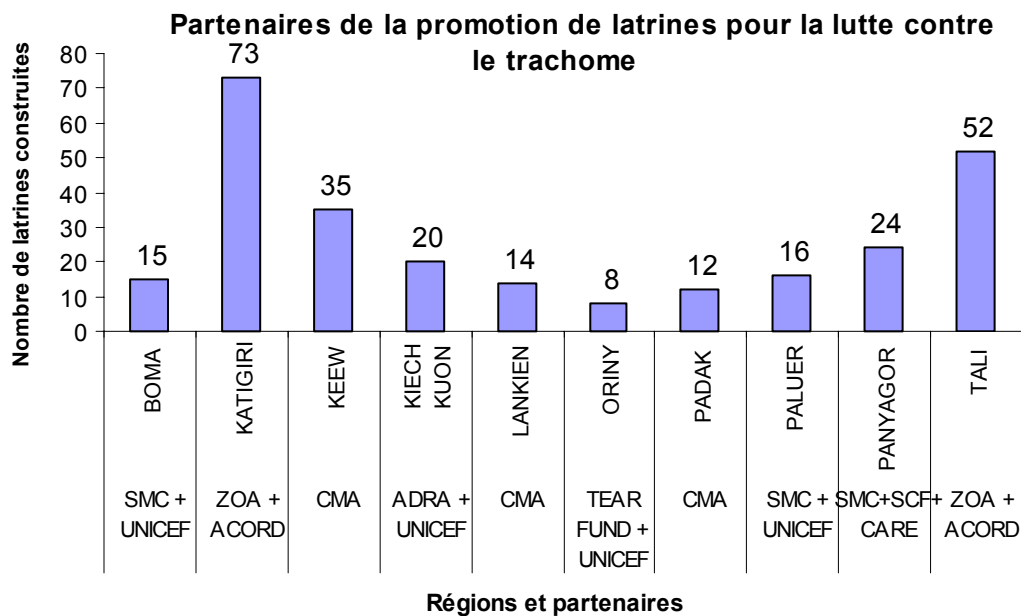
Changement environnemental (CE)

Le programme encourage la construction de latrines à fosse améliorées et ventilées et, en 2005, a construit un total de 269 latrines. Maçons ou artisans sont formés pendant 10 jours en matière de construction de latrines et les ONG partenaires leur fournissent les matériaux (ciment, barres de fer, outils pour creuser, etc.). Les communautés fournissent les matériaux disponibles localement (sable et pierres). Dans l'Upper Nile et Bahr El Ghazal Est et Nord, on a besoin de revêtements en plastique/revêtements en ciment pour la fosse à cause des conditions instables du sol. Un total de 27 latrines publiques ou scolaires ont également été construites dans divers endroits.

Des points d'eau salubre ont été construits par divers partenaires et sous diverses formes : installation de nouvelles pompes manuelles, forage de nouveaux puits, réparation de pompes manuelles cassées et protection des puits creusés à la main. En 2005, 27 points d'eau étaient construits par les partenaires du programme.

Chirurgie (CH)

On estime à 36 000 personnes le nombre de ceux qui attendent une opération du trichiasis dans les régions du Programme de Lutte contre le Trachome dans le Soudan du Sud. Par ailleurs, cela risque de ne représenter qu'une petite proportion de ceux qui attendent l'opération puisque les 90 comtés au Sud du pays n'ont pas été tous enquêtés. En 2005, le programme a réalisé 604 interventions chirurgicales. Par ailleurs, 9 nouveaux chirurgiens du trichiasis ont été formés.



Antibiotiques (A)

La population courant le risque de contracter le trachome dans les régions du Soudan du Sud recevant une assistance du Centre Carter s'élève à 1 047 000 personnes. En 2005, 84 096 personnes ont reçu de l'azithromycine et 22 435 ont reçu de la tétracycline.

Autres

Des enquêtes initiales sur la prévalence ont été réalisées à Mankien en 2005, ainsi que des enquêtes triennales d'évaluation de l'impact à Tali, Padak, Katigiri et Kiech Kuon (voir récapitulatif des séances spéciales).

Objectifs pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Cibler 2 004 villages dans les régions existantes pour qu'elles reçoivent une éducation sanitaire
- Former 1 000 éducateurs de la santé

Changement environnemental (CE)

- Construire 1 000 latrines familiales et publiques

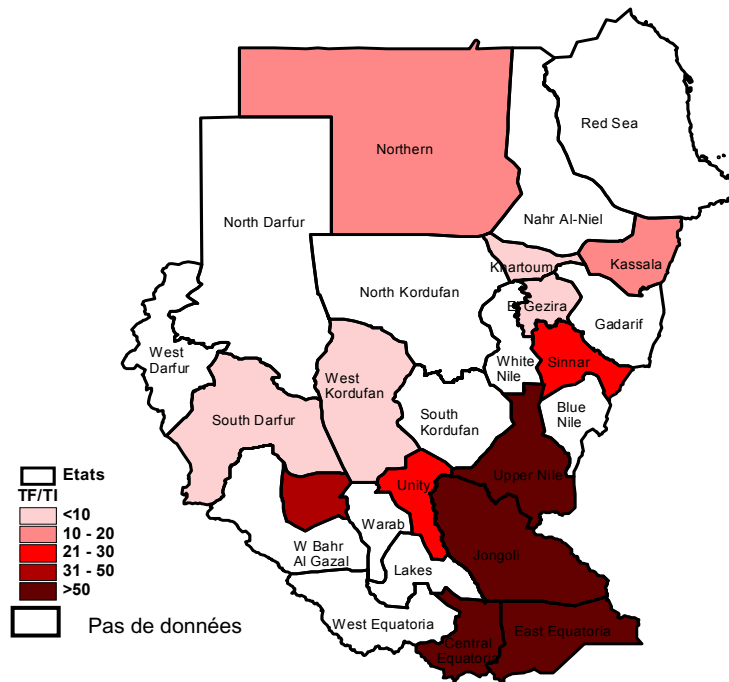
Chirurgie (CH)

- Former 100 nouveaux chirurgiens du triachiasis
- Opérer 26 450 personnes souffrant du trichiasis

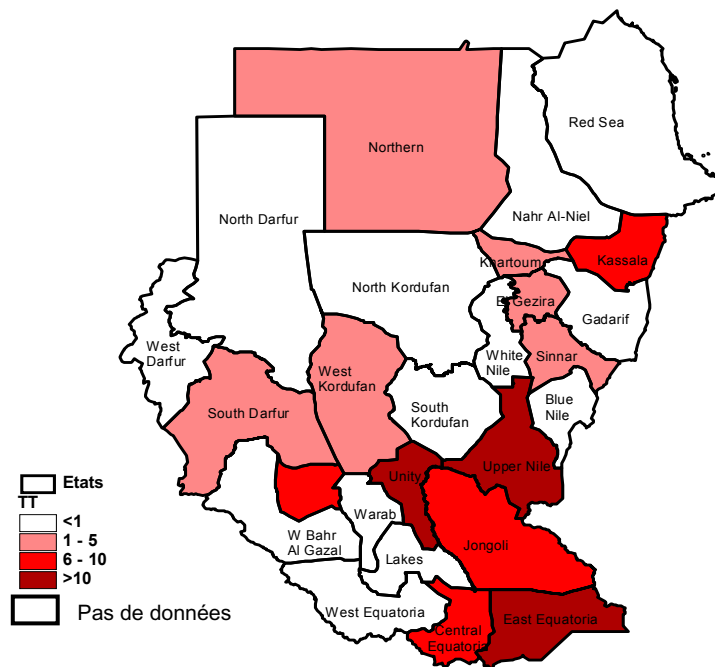
Antibiotiques (A)

- Distribuer de l'azithromycine à 992 000 personnes
- Distribuer de la pommade à base de tétracycline à 660 000 personnes

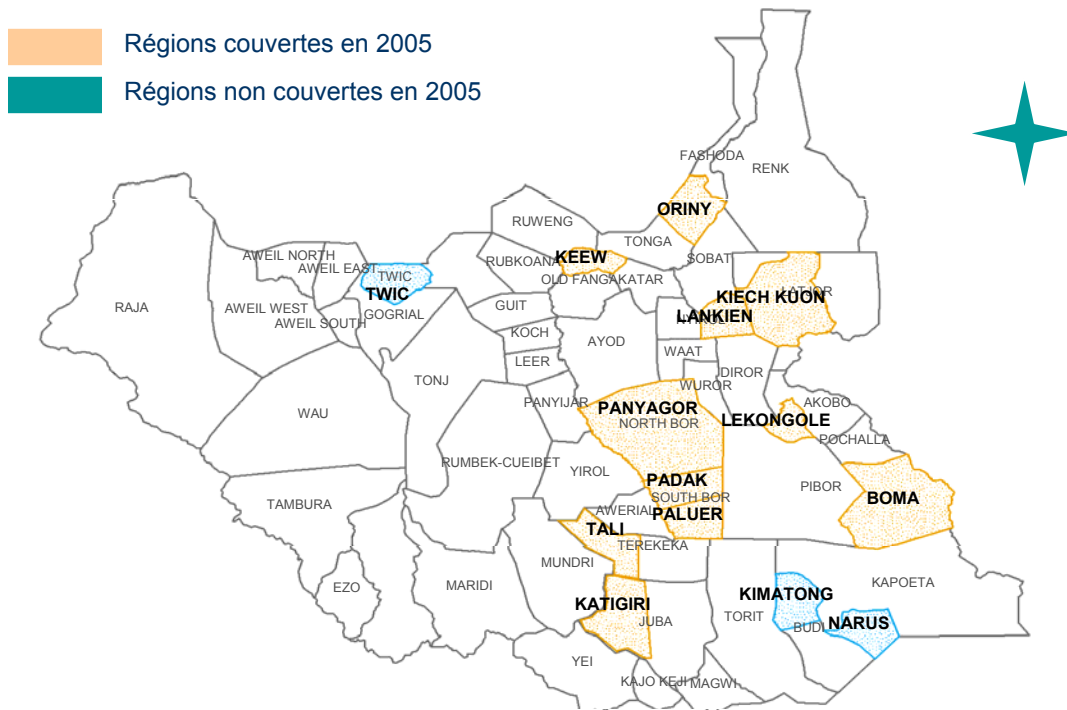
Carte 1: Charge du trachome actif (TF et/ou TI) au Soudan



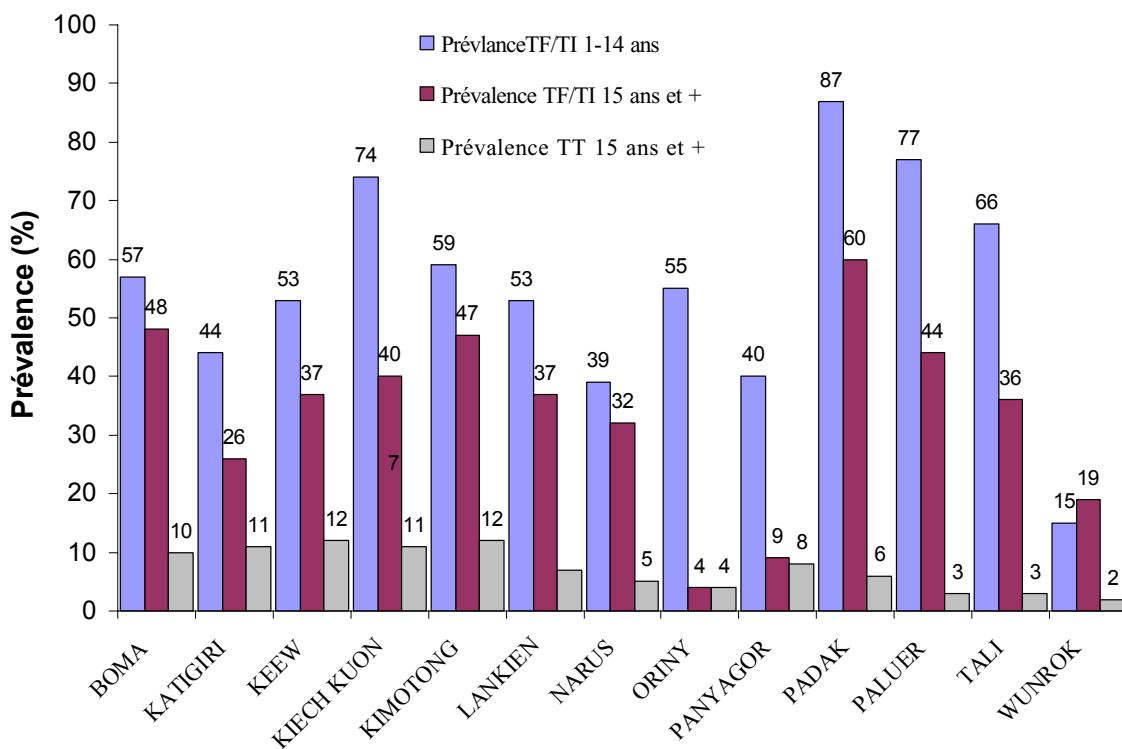
Carte 2: Charge du trichiasis trachomateux au Soudan



Carte 3: Régions du Programme du Gouvernement du Soudan du Sud



Prévalence du trachome (TF/TI) et TT dans les régions du programme



Programme de Lutte contre le Trachome de la Tanzanie

*Présenté par le Docteur Edward Kirumbi, Programme national des Soins oculaires,
Ministère de la Santé*

Données générales

Selon le recensement de 2002, la Tanzanie comptait une population d'environ 35 millions de personnes. Le pays est divisé en 21 régions administratives et 126 districts. Dans les années 80 et 90, la Tanzanie était l'un des pays où était effectuée la recherche menant à la conception et à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE. En 1999, le Partenariat public-privé (PPP) démarrait entre Pfizer, l'Initiative Internationale du Trachome et le Ministère de la Santé de la Tanzanie et la distribution d'azithromycine donnée par Pfizer débutait dans six districts. En 2003, le Programme national de Lutte contre le Trachome a pris de l'ampleur et la stratégie CHANCE était intégrée à 20 plans d'action au niveau des districts sanitaires. En 2005, CHANCE était étendue à 40 districts, couvrant un nombre projeté de 10 millions de personnes. En général, c'est le renforcement de l'engagement, tant du gouvernement que de la communauté qui a rehaussé la visibilité du programme.

En Tanzanie, 50 districts sont actuellement à caractère endémique. Deux millions d'enfants de moins de 10 ans sont soupçonnés de souffrir de la maladie active et 12 millions de personnes courent le risque d'être infectées. On estime à 54 000 le nombre d'adultes de plus de 40 ans qui attendent une chirurgie du trichiasis. Dans 36 districts, la prévalence de TF est supérieure à 10%, indiquant la nécessité de déployer la stratégie CHANCE intégrale, y compris la distribution d'azithromycine. Des enquêtes initiales sur le trachome, à échelle nationale, examinant toutes les composantes de la stratégie CHANCE, ont été réalisées en 2005 dans 30 districts.

L'Equipe spéciale nationale de Lutte contre le Trachome est composée des entités suivantes : Directeur des Services préventifs du Ministère de la Santé, Coordinateur du Programme national des Soins oculaires, représentants des Ministères de l'Education et de la Culture, du Développement communautaire, de la Femme et de l'Enfant, de l'Approvisionnement en Eau et de l'Elevage, Université des Sciences de la Santé de Muhimbili, Centre médical chrétien Kilimandjaro/Département des Soins oculaires de l'Université Tumaini, l'Initiative Internationale du Trachome, Sight Savers International, Christoffel Blindenmission et Helen Keller International. Le Centre pour le Développement de l'Education sanitaire d'Arusha et le Projet de Lutte contre le Trachome de Kongwa sont parmi les autres partenaires du Programme de Lutte contre le Trachome en Tanzanie.

Réalisations du programme en 2005

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

En 2005, 32 336 séances d'éducation sanitaire ont été réalisées dans 30 districts. Des formations de Transformation participative de l'Hygiène et de l'Assainissement (PHAST) venant soutenir les activités N&CE ont été réalisées dans six districts : Mpwapwa, Dodoma, Mayoni, Kilosa, Magu et Kondoa. Des séances d'éducation sanitaires sont généralement organisées dans les écoles primaires, les services de santé maternelle et infantile et lors des réunions communautaires et religieuses. Les responsables de l'IEC et des instituteurs formés dispensent également une éducation

sanitaire et distribuent des affiches et dépliants aux communautés où le trachome est endémique. Certains districts ont fait appel à l'approche enfant à enfant pour l'éducation en matière d'hygiène. La prévention du trachome est inscrite au programme de l'école primaire et a fait l'objet d'un test pilote dans le district de Manyoni, sous l'égide de Helen Keller International.

Changement environnemental (CE)

D'après le programme, 53% de la population a accès à un point d'eau fonctionnel à une heure de déplacement, soit un rayon de 1 kilomètre. Un rapport de 2004 estime que 70% des ménages utilisent ou ont accès à des latrines. Par contre, le programme indique des obstacles sous forme de barrières culturelles entravant l'utilisation et la construction de latrines dans certaines communautés ciblées. Le programme national d'approvisionnement en eau et d'assainissement en zone rurale ne cible pas les districts où le trachome est endémique. Le programme cite également le manque de ressources.

Le programme national encourage l'utilisation des latrines Sanplat dans 11 des 30 districts. Des artisans sont formés en matière de construction de latrines et du ciment et des tôles ondulées sont donnés par les partenaires pour la construction de latrines de démonstration, surtout dans les écoles. Les partenaires suivants apportent un soutien à la construction de latrines pour le programme : Ministère de l'Eau et Banque mondiale (par l'entremise du Programme national d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement en Zones rurales), UNICEF, Ministère de la Santé (par l'entremise du soutien technique et de la formation des artisans), Water Aid (pour le soutien technique, notamment la formation des artisans et le suivi) et EEPKO (formation). Dernièrement, le Ministère de la Santé a également organisé des concours d'hygiène et d'assainissement.

L'approvisionnement en eau fait l'objet d'un plaidoyer par l'entremise des équipes spéciales de lutte contre le trachome aux niveaux national et local. Plus de 200 villages dans 11 districts du programme ont reçu de nouveaux points d'eau (collecte des eaux de pluie, eau courante et puits forés). L'approvisionnement en eau est un domaine prioritaire pour le financement dans le cadre de l'allègement de la dette. Le programme a participé à la semaine nationale de l'eau, renforçant le partenariat avec le Ministère de la Santé et a concouru à la formation d'une stratégie nationale pour l'hygiène et l'assainissement environnemental en 2005.

Chirurgie (CH)

L'Initiative Internationale du Trachome, Sight Savers International, Christoffel Blindenmission, Lions Clubs et Helen Keller International sont parmi les principaux partenaires du programme, en ce qui concerne la chirurgie du trichiasis. En 2005, le programme a permis d'opérer 4 668 personnes. Depuis 1999, le programme a facilité plus de 15 500 chirurgies. Par ailleurs, 21 chirurgiens du trichiasis ont été formés en 2005. La chirurgie du trichiasis est réalisée dans des camps mobiles, ainsi que dans des communautés et des établissements de santé.

Antibiotiques (A)

La distribution d'antibiotiques en Tanzanie se fait au niveau communautaire à l'aide des agents de santé communautaires/distributeurs communautaires de médicaments dans l'ensemble des districts couverts par le programme. Un total de 21 districts étaient ciblés

et le programme a adopté l'approche CDTI pour la distribution de médicaments. En 2005, 4 990 733 personnes ont reçu de l'azithromycine.

2005	Objectif	Réalisation	Réalisation en pourcentage
Population couverte	10 781 632	10 781 632	100%
Chirurgies-nombre de personnes	6 000	4 668	77,8%
Chirurgiens du trichiasis formés	40	21	52,5%
Distribution d'azithromycine- Personnes couvertes	5 517 021	4 990 773	90,5%
Education sanitaire- Nombre de séances	33 984	32 336	95,2%
Environnement- Nombre de nouvelles latrines	20 000	390 000	1 950%
Environnement- Nombre de nouveaux points d'eau	363	304	83,7%

Objectifs du programme pour 2006

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

- Réaliser 50 000 séances d'éducation sanitaire dans les villages et écoles d'intervention

Changement environnemental (CE)

- Construire 80 000 latrines
- Construire 500 nouveaux points d'eau

Chirurgie (CH)

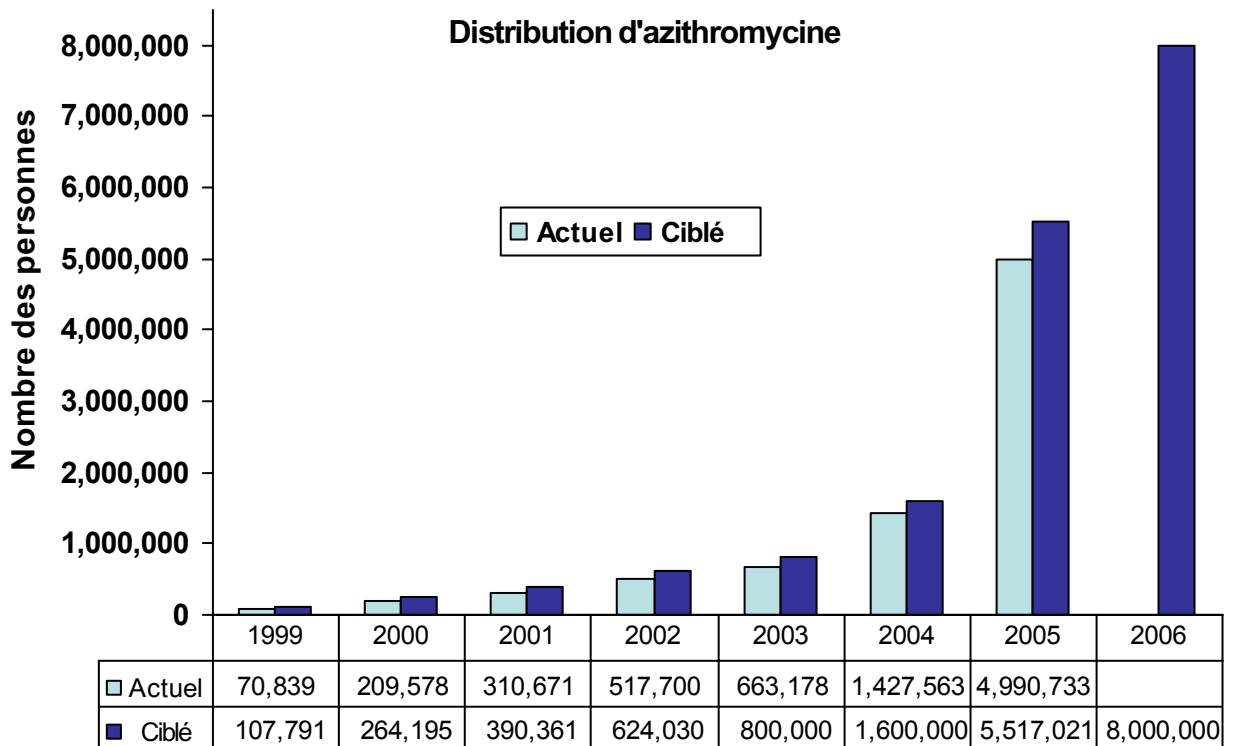
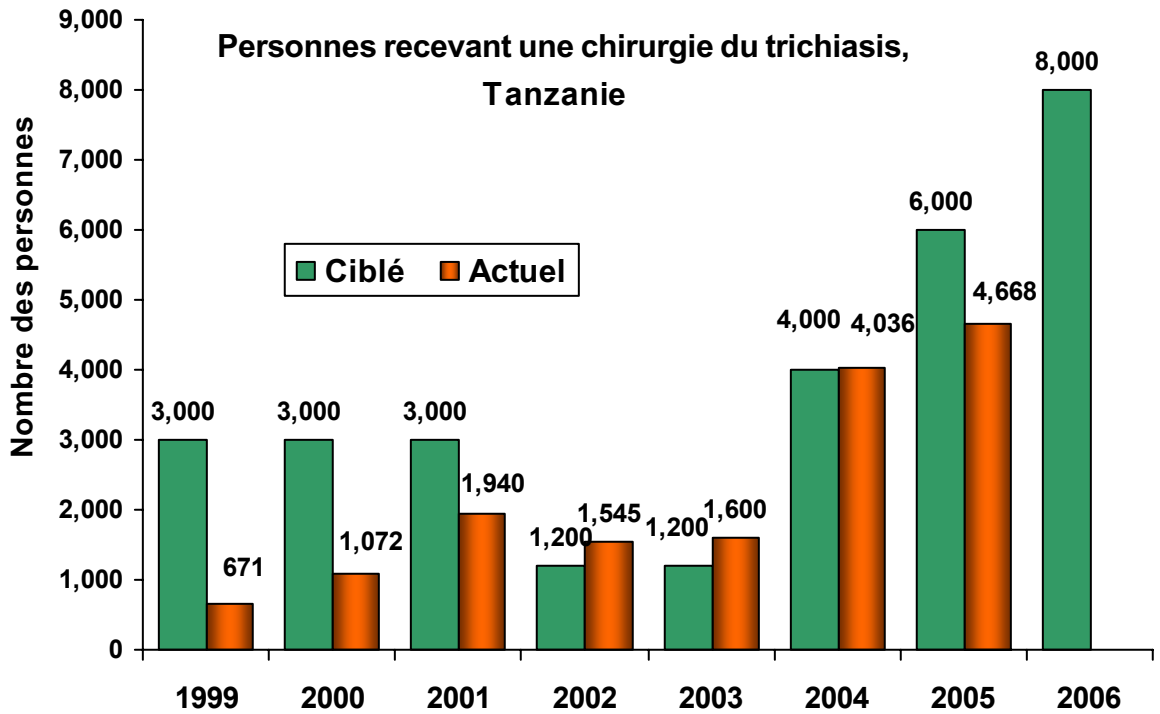
- Réaliser 8 000 chirurgies du trichiasis

Antibiotiques (A)

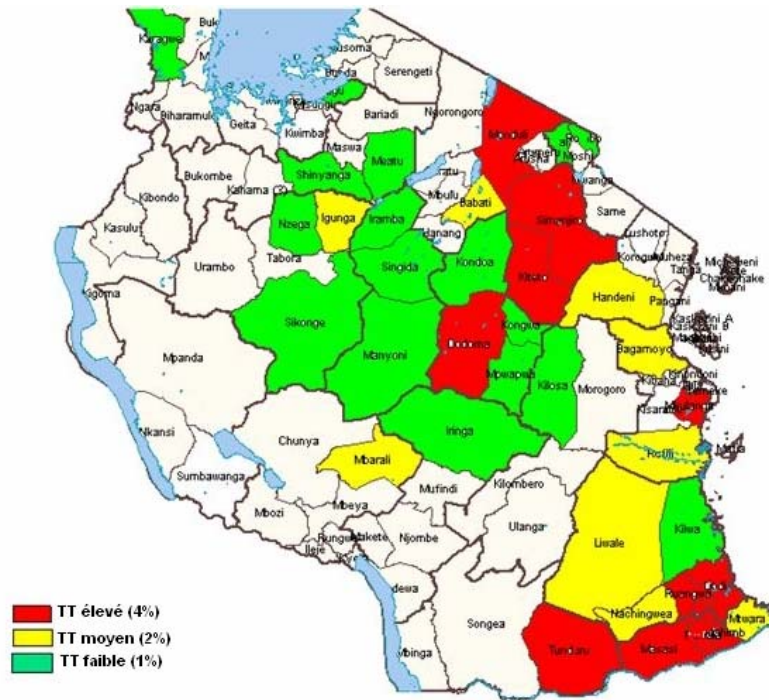
- Distribuer 8 millions de doses d'azithromycine pour couvrir 36 districts

Autres

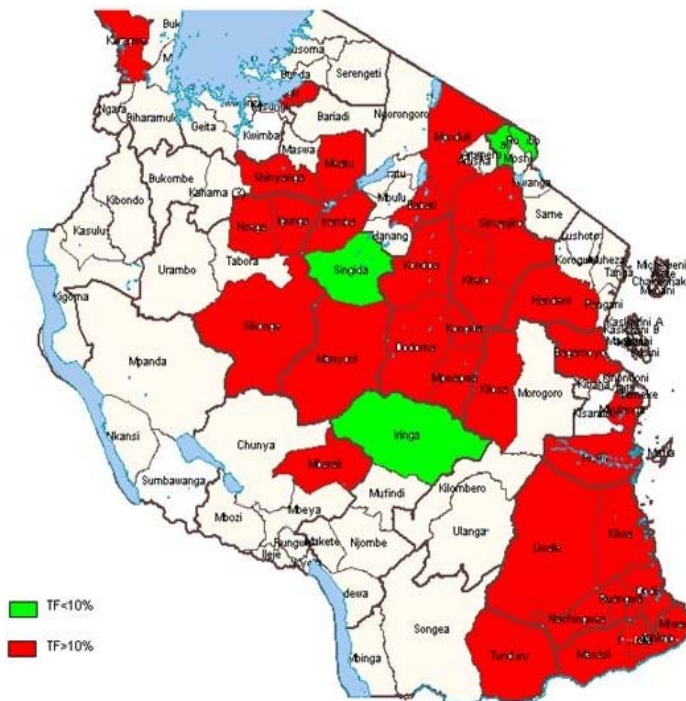
- Réaliser une enquête initiale des 10 districts restants pour terminer l'enquête des 50 districts d'endémicité



Carte 1: Tanzanie indiquant la prévalence de TT par district



Carte 2: Tanzanie indiquant la prevalence de TF par district



Programme national de Lutte contre le Trachome du Sénégal

Présentation préparée par le Docteur Boubacar Sarr, Coordinateur national des Soins oculaires, Ministère de la Santé

Données générales

Actuellement, il n'existe pas de programme spécifique de lutte contre le trachome au Sénégal. Les activités de lutte contre le trachome font partie du programme national de prévention de la cécité. D'après les estimations, la cécité dans ce pays s'élève à 1,42% et le trachome est au second rang des causes de cécité, après la cataracte. Une enquête nationale en 2000 constate une prévalence moyenne de TF/TI de 10,8% et une prévalence moyenne du trichiasis de 2,6%. Actuellement, les activités de lutte contre le trachome sont mises en œuvre dans les régions de Diourbel, Tambacouda et Thiès. Un plan quinquennal a été formulé en 2005 définissant les régions prioritaires du programme, à savoir Diourbel, Thiès et Louga. A l'échelle nationale, la chirurgie du trichiasis est effectuée dans les postes de santé et la méthode Trabut est enseignée et utilisée, la distribution d'azithromycine ne se fait que dans les régions prioritaires. Les volets N & CE de la stratégie CHANCE sont soutenus uniquement par l'entremise d'un plaidoyer auprès des services d'éducation sanitaire et de santé publique et grâce à la collaboration intersectorielle.

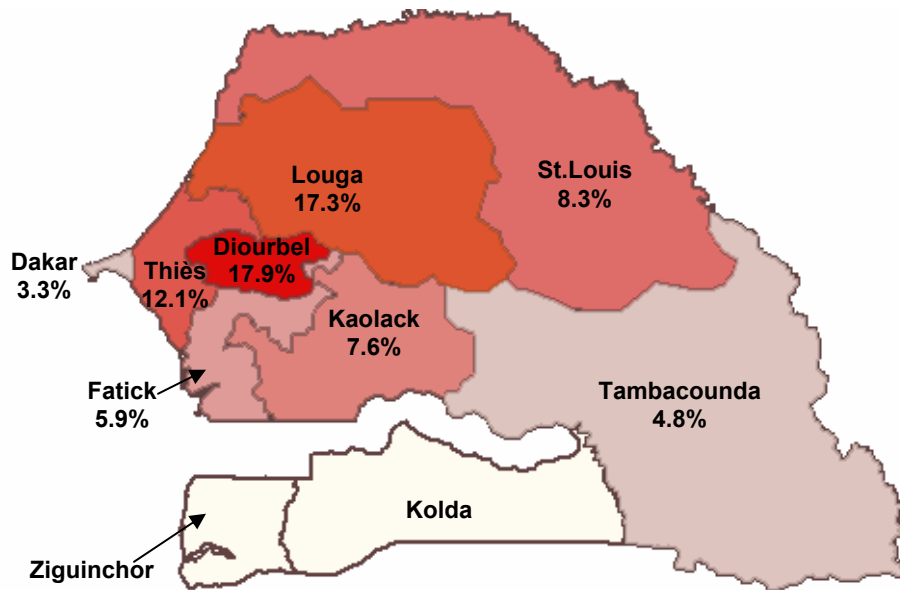
Activités du programme

Le Programme national de Prévention de la Cécité réalise des chirurgies des paupières dans les régions de Diourbel et de Tambacounda, avec l'aide de l'ONG, Organisation pour la Prévention de la Cécité. Depuis 2001, 1 572 personnes ont été opérées du trichiasis dans les deux régions. Le but d'intervention final pour la chirurgie pour Diourbel et Tambacounda s'élève à 14 500 et 1 280, respectivement. Dans la région de Thiès, le programme reçoit une assistance de l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome dans deux districts : Tivaouane et Djourbel. Depuis 2004, 1 891 personnes ont reçu une chirurgie du trichiasis dans ces districts. En 2005, Thiès était la première région à bénéficier d'une distribution de masse d'azithromycine. Les districts de Tivaouane et de Khombole ont distribué de l'azithromycine dans 721 villages, couvrant un total de 245 800 personnes.

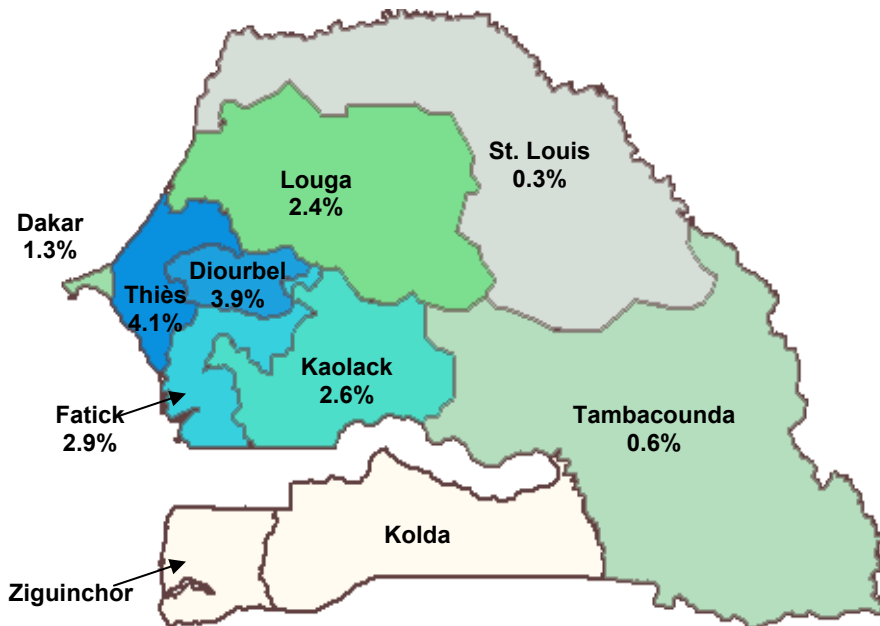
Il n'existe pas d'activités N & CE concrètes qui sont réalisées au Sénégal dans le cadre des activités de prévention de la cécité. Un plan d'IEC a été rédigé en 2005 pour la région de Thiès mais n'a pas encore été exécuté. Il est entravé par un manque de ressources et un manque de connaissance de la charge du trachome, tant dans les communautés que dans les services administratifs.

En général, le trachome actif est moins grave au Sénégal si on le compare au trichiasis, résultat de situations épidémiologiques des décennies passées. En 2006, le programme envisage d'étendre ses activités à deux districts supplémentaires et a l'intention de distribuer 476 701 doses d'azithromycine.

Carte 1: Trachome actif au Sénégal chez les enfants âgés de 1 à 9 ans, de l'enquête nationale de 2000



Carte 2: Trichiasis au Sénégal chez les adultes de plus de 14 ans



*Des enquêtes ne peuvent être réalisées dans la région de Casamance (régions de Ziguinchor et Kolda) suite aux troubles civils.

Programme de Lutte contre le Trachome du Maroc

Présentation préparée par le Docteur Jaouad Hammou, Programme national de Prévention de la Cécité, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc.

Données générales

Le Royaume du Maroc compte une population de 30 millions de personnes, dont 680 000 sont exposées au risque de contracter le trachome. Le territoire est divisé en 37 provinces, dont 5 dans le Sud-Est où le trachome est endémique (Errachidia, Figuig, Ouarzazate, Tata et Zagora). Le Ministère de la Santé ne compte pas un programme spécifique de lutte contre le trachome mais ses activités sont mises en œuvre sous couvert du Programme national de Prévention de la Cécité. Les activités de prévention du trachome sont réalisées en trois phases dans les 20 districts qui constituent les 5 provinces d'endémicité : Phase I de 1999 à 2001, Phase II de 2001 à 2004 et Phase III actuelle de 2005 à 2007. Une évaluation des Phases I et II a été faite en décembre 2004. Les enquêtes sur la prévalence en 2004 indiquent un recul de la prévalence du trachome par rapport aux estimations de 1999. L'enquête de 2004 a également permis au programme de détecter les districts où les interventions du trachome devraient être ciblées et de calculer les buts d'intervention finals pour chacune des composantes de la stratégie CHANCE.

Le Programme marocain de Prévention de la Cécité collabore avec le Ministère national de la Santé (Programme de Santé maternelle et infantile, Programme de Santé scolaire et universitaire), les agences gouvernementales (Ministères de l'Education, des Affaires sociales, de l'Equipement et Office national de l'Eau potable), ainsi que de nombreuses associations non gouvernementales (Fondation ophtalmologique Hassan II, Helen Keller International, l'Initiative Internationale du Trachome, Croissant Rouge au Maroc) et avec la société civile en général par l'intermédiaire d'autres associations de développement local. La coordination du programme de lutte contre le trachome est assurée par les comités de prévention de la cécité aux niveaux national, provincial et local.

Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)

La prévention du trachome est inscrite au programme pour les enseignants et la prévention de la cécité est enseignée dans les écoles primaires. Le programme vise à avoir plus de 80% des enfants de moins de 10 ans avec des visages propres.

Changement environnemental (CE)

D'après une enquête réalisée en 2003, 100% de la population cible a accès à l'eau potable à 1 heure de déplacement ou dans un rayon de 1 kilomètre et 55%-83% des ménages utilisent ou ont accès à des latrines. L'accès à l'eau potable avant le programme était d'environ 40%.

Chirurgie (CH)

La chirurgie du Trichiasis est effectuée dans des centres chirurgicaux, lors des stratégies avancées et pendant les campagnes de chirurgie du trichiasis grâce aux ophtalmologistes de la Fondation ophtalmologique Hassan II. En 2005, 7 389 personnes ont reçu une chirurgie du trichiasis.

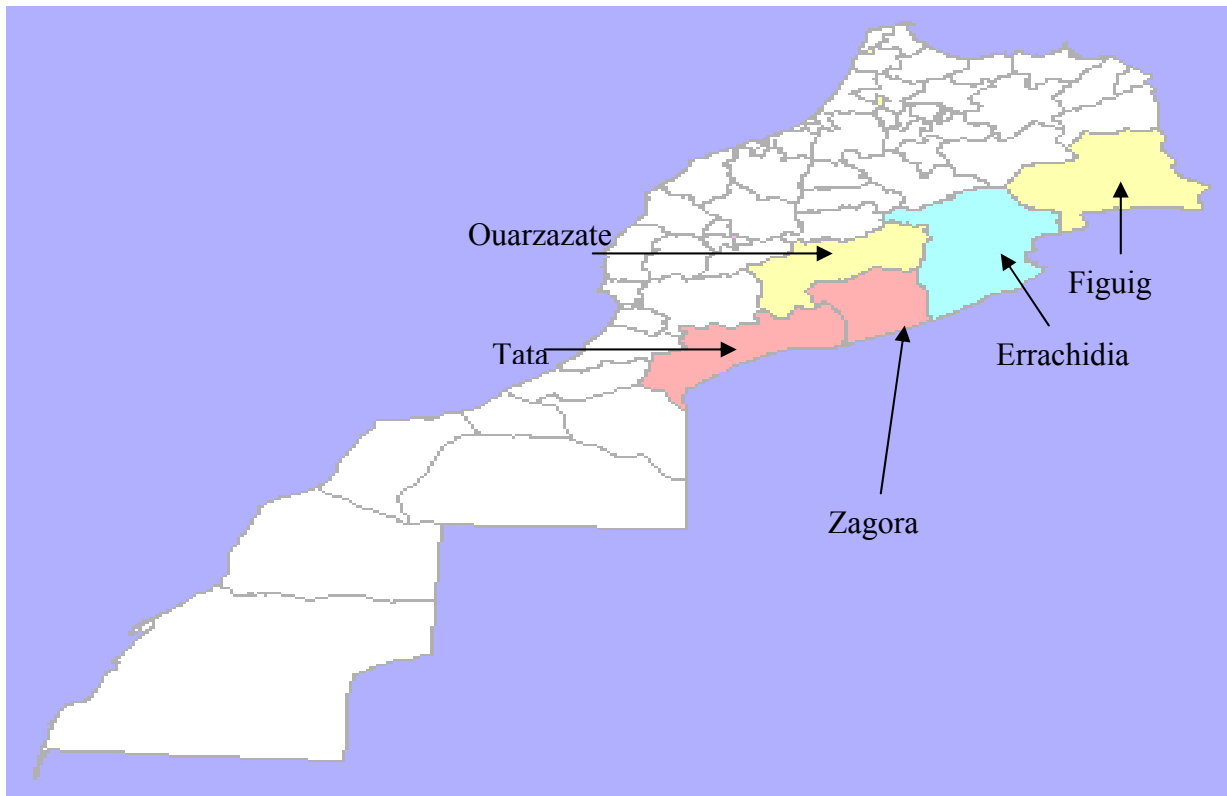
Antibiotiques (A)

En 1997, le programme national a commencé à distribuer de l'azithromycine pour lutter contre le trachome. D'après l'enquête sur la prévalence de 2004, le programme a utilisé une distribution de masse d'antibiotiques dans le district d'Agdez de Zagora où la prévalence de TF reste supérieure à 10%, puis est passé à la distribution ciblée sur les ménages à Arfoud, Zagora (zone urbaine), Agdez (zone urbaine) et le district de Zagora. Dans d'autres districts, un traitement individuel est adopté. Le programme compte une campagne active de dépistage et de traitement pour le trachome actif. Le taux de couverture d'antibiotiques est d'environ 80%.

Prochaine étapes

Lors de sa phase 2006-2008, le programme marocain a l'intention de mettre en place un système de surveillance épidémiologique pour suivre la prévalence de TF et de TT par l'intermédiaire d'une surveillance sentinelle, d'un dépistage intégral et par voie d'enquêtes et d'études. Le programme a atteint les critères d'élimination, mais cherche à maintenir ses accomplissements en ce qui concerne l'élimination du trachome cécitant, avec l'aide du gouvernement et de ses partenaires.

Carte du Maroc avec 5 provinces d'intervention



Programme de Lutte contre le Trachome de la Mauritanie

Présentation préparée par le Docteur Sidi Ahmedou, Coordinateur, Programme national de Lutte contre le Trachome

Données générales

La Mauritanie compte une population de 3 millions de personnes pour une superficie totale de plus de 1 million km². De 1986 à 1991, le Programme de Prévention de la Cécité de la Mauritanie était dirigé par le Docteur Chassot Adrar, recevant une aide d'une ONG suisse et de Helen Keller International. A cette époque, une éducation sur la prévention de la cécité était dispensée dans les écoles, en formant les enseignants pour qu'ils deviennent des éducateurs sanitaires. Un dépliant sur le trachome était publié et distribué à la même période. A partir de 1991-2000, les activités ont ralenti suite aux partenariats limités.

En 2000, l'ONG française, Organisation pour la Prévention de la Cécité, a apporté un soutien à la première enquête nationale sur la prévalence du trachome qui a trouvé certains endroits d'endémicité, mais une faible prévalence du trichiasis (inférieure au seuil d'intervention recommandé par l'OMS). En 2004, le Programme de Prévention de la Cécité a forgé un partenariat avec l'Initiative Internationale du Trachome, la Fondation du Lions Clubs International et la Fondation Bouamatou. Ensemble, ils ont préparé un plan stratégique quinquennal pour éliminer le trachome cécitant, dès 2006-2010.

Activités du programme

Nettoyage du visage et promotion de la santé

Cherchant à encourager le volet N de la stratégie CHANCE, le programme national a organisé des ateliers de sensibilisation pour éduquer et motiver les ONG, les médias, ainsi que les dirigeants administratifs sur le plan lutte contre le trachome. Le programme a réalisé affiches, banderoles, autocollants, annonces télévisées et radiophoniques, ainsi que bandes dessinées pour promouvoir la prévention du trachome.

En 2005, le programme national a jugé nécessaire de former le département d'IEC du Ministère de la Santé et tout particulièrement d'éduquer le personnel du MS sur la charge du trachome en Mauritanie. Le programme national a également réalisé une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques à Brakna, Assaba et Tagant, examinant les comportements et les conditions environnementales.

Changement environnemental

Le programme national soutient le volet CE de la stratégie CHANCE en collaborant avec les écoles et grâce à la mobilisation sociale au niveau communautaire. On insiste surtout sur les programmes de construction de latrines dans les écoles et sur la formation des enseignants en ce qui concerne la prévention du trachome. Un module sur le trachome fait partie du programme d'école primaire. La mobilisation sociale au niveau communautaire est confiée aux comités d'hygiène et aux agents de santé communautaires. Ensemble, ils mobilisent les dirigeants communautaires dans le cadre de discussions en groupe et d'information reçue par la radio afin de procéder aux améliorations nécessaires pour prévenir le trachome dans leur communauté.

Le Ministère de l'Eau est le principal partenaire responsable de l'approvisionnement en eau dans les communautés où le trachome est endémique. Un plan de 10 ans pour l'approvisionnement en eau (2006-2015) a été formulé en partenariat avec la Banque africaine pour le Développement et la Banque mondiale. En 2006-2007, 120 emplacements seront équipés avec de nouveaux points d'eau et 49 points d'eau seront renouvelés.

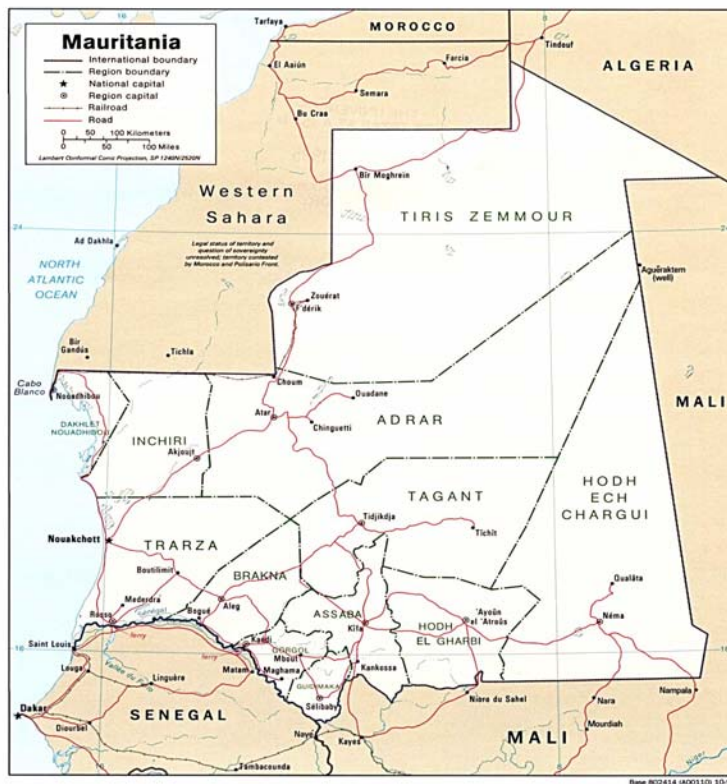
Chirurgie (CH)

Il existe une très faible prévalence du trichiasis en Mauritanie. La principale stratégie pour traiter les 2 000 cas de TT en attente consiste à déployer des équipes mobiles avec 5 formateurs et 15 chirurgiens du trichiasis. En 2005, le programme a réalisé 235 chirurgies de la trichiasis. En 2006, le programme prévoit d'opérer 2 000 cas à l'aide des équipes chirurgicales, tant fixes que mobiles.

Antibiotiques (A)

En 2004, 103 000 doses d'azithromycine et 4 995 doses de tétracycline ont été distribuées dans les régions d'Adrar et de Tagant. Le programme a distribué 470 753 doses d'azithromycine et 15 985 de tétracycline dans 5 wilayas et 17 moughataas en 2005, réalisant ainsi 80,4% de son objectif. Avec l'aide de la Fondation Bouamatou, le programme a l'intention de distribuer l'azithromycine à 662 000 personnes en 2006.

Carte 1 : Mauritanie



Programme de Lutte contre le Trachome du Kenya

*Présenté par le Docteur Ambrose Ooko Misore, Chef des Services de Santé préventive,
Ministère de la Santé du Kenya*

Données générales

Le Kenya compte une population d'environ 33 millions, dont 41% ont entre 0 et 14 ans. Environ 66% de la population vivent dans des zones rurales et 50% vivent en dessous du seuil de pauvreté. D'après les estimations, 250 000 personnes sont aveugles et 750 000 ont des problèmes de vue. Le trachome représente 19% de la cécité et serait de caractère endémique dans 18 districts, touchant 6 millions de personnes le long de la vallée du Rift. Actuellement, il n'existe pas de programme spécifique de lutte contre le trachome au Kenya. Les activités de lutte contre cette maladie se déroulent dans le cadre du système de soins de santé primaires/soins oculaires primaires.

Enquêtes

Avant 2004, il n'existait pas de données nationales exactes sur la prévalence du trachome au Kenya. La seule information disponible provenait des registres des consultations externes. En juin-juillet 2004, la première phase d'une enquête nationale sur la prévalence du trachome a été réalisée dans 6 districts (Kajiado, Narok, Baringo, West Pokot, Samburu et Meru North), enquêtant une population de 2 279 839 personnes. Cette enquête a constaté que le trichiasis trachomateux relevait d'un problème de santé publique (prévalence supérieure à 1%) dans les six districts de l'enquête. Quatre des six districts avaient une prévalence de trachome actif (TF) supérieure à 10% dans le district entier (Kajiado, Narok, West Pokot, Samburu). Les deux autres districts (Meru, Baringo) étaient affectés par le trachome actif uniquement dans certains endroits.

Plans d'intervention

L'Initiative Internationale du Trachome a accepté une proposition couvrant 2 ans d'intervention dans les districts de l'enquête. Le Ministère de la Santé continuera à intégrer les activités de lutte contre le trachome au système de soins de santé primaires. La stratégie CHANCE sera mise en œuvre dans l'ensemble du district de Kajiado, AMREF et CBM étant les principaux partenaires du Programme national de Prévention de la Cécité. Le programme a obtenu l'engagement d'ITI/Pfizer pour les dons d'azithromycine pour Kajiado et débutera la distribution de masse en utilisant la méthodologie du traitement sous observation directe en 2006. En principe, le programme étendra ses activités à d'autres districts où le trachome est endémique dans les années à venir.

Plans d'avenir

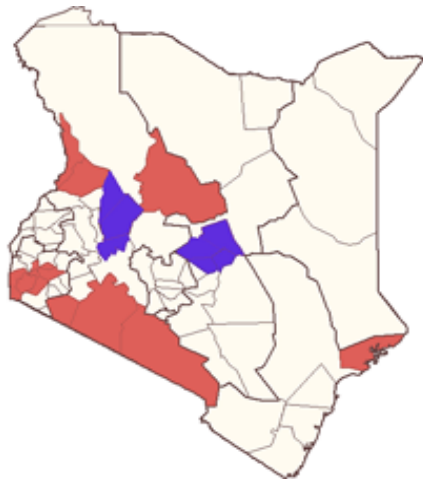
Le Programme de Prévention de la Cécité du Kenya prévoit les activités suivantes :

- Réalisation des phases 2 et 3 de l'enquête nationale de prévalence du trachome
- Mise en place d'un Programme intégré et coordonné de Lutte contre le Trachome du Kenya
- Mise en place d'une équipe spéciale de lutte contre le trachome sous la direction du Ministère de la Santé

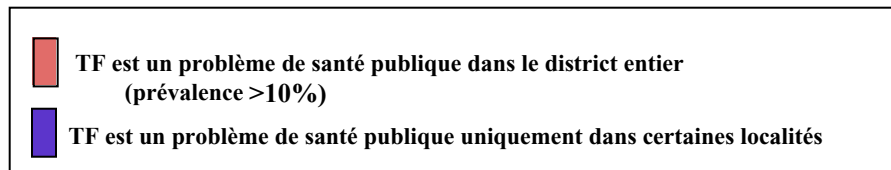
Carte 1: Districts kenyans où le trachome serait endémique



Carte 2: Résultats de l'enquête de 2004



Légende



Carte 3: Résultats de l'enquête de 2004



Légende



TT est un problème de santé publique dans les six districts

Tableau 1. Récapitulatif des interventions de lutte contre le trachome (pays appuyés par le Centre Carter)

Données nationales telles qu'indiquées pour 2005 lors de la septième revue annuelle des programmes, Addis Ababa, 23 février-25 février 2006

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Totaux
				GS	GSS			
N & CE								
Nombre de villages avec éducation en matière d'hygiène	823	895	4 512	31	429	654	173	7 517
Villages ciblés	2 600	4 500	4 438	*	1 589	654	*	13 781
Couverture (en pourcentage)	31,7%	19,9%	101,7%	*	26,2%	100%	*	54,5%
Nombre de latrines familiales construites	3 828	12 199	7 940	1 156 ¹	269 ¹	144 750 ¹	5 958 ¹	176 100
Objectif pour les latrines familiales	5 000	5 000	8 400	*	269	278 966	2 000	299 635
Couverture (en pourcentage)	76,6%	244%	94,5%	*	100%	51,9%	297,9%	58,8%
Antibiotiques								
Azithromycine								
Traitements	740 884	3 575 000	2 429 500	132 755	84 496	2 618 488	1 737	9 582 860
Objectifs 2005	814 154	3 899 282	2 593 320	750 000	247 000	4 047 950	7 700	12 359 406
Couverture (en pourcentage)	91%	91,7%	93,7%	17,7%	34,2%	64,7%	22,6%	77,5%
Tétracycline								
Traitements	12 697	75 000	60 781	N/D	22 435	256 048 ¹	25 102	452 063
Objectifs 2005	16 935	79 577	48 342	N/D	40 000	*	*	184 854
Couverture (en pourcentage)	75%	94,2%	125,7%	*	56,1%	*	*	N/D
Chirurgie								
Chirurgies	1 146	5 872	6 500	1 949	604	22 097 ¹	6 096	44 264
Objectifs 2005	1 500	10 511	7 560	2 050	6 260	113 639	*	141 520
Couverture (en pourcentage)	76,4%	55,9%	86%	95,1%	9,6%	19,4%	*	31,3%

• Gouvernement du Soudan (GS)

• Gouvernement du Soudan du Sud (GSS)

¹Soutien du Centre Carter uniquement, données nationales non disponibles

Données **non présentées

**Tableau 2. Objectifs annuels 2006 des Programmes nationaux de Lutte contre le Trachome (pays appuyés par le Centre Carter)
Tels que présentés lors de la septième revue annuelle des programmes, Addis Ababa, 23 février-25 février 2006**

	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
				GS*	GOSS			
Nettoyage du visage & changement environnemental								
Education sanitaire (villages)	**	500	**	225	2 004	654	**	3 383
Latrines familiales à construire	5 000	15 000	8 400	2 000	1 000	257 483	**	288 883
Points d'eau à construire ou à réparer	200	1 525	113	**	**	120	**	1 958
Antibiotiques								
Distribution de masse d'azithromycine (personnes)	1 650 000*	3 877 261	4 393 525	**	992 000	3 800 000	**	14 712 786
Distribution de pommade à base de tétracycline (personnes)	**	79 127	**	**	660 000	320 960	**	1 060 087
Chirurgie								
Personnes pour chirurgie du trichiasis	1 500	8 000	10 580	**	26 450	38 097	**	84 627

* Reflète les objectifs pour la distribution totale d'antibiotiques

** Cibles non présentées/disponibles

**Tableau 3. Récapitulatif des interventions soutenues par le Centre Carter,
par pays, 1999-2005**

	Indicateurs	Ghana	Mali	Niger	Soudan		Ethiopie	Nigeria	Total
					GS***	GSS***			
CH	Nombre de personnes opérées pour trichiasis	N/D**	N/D**	N/D**	1 031	5 574	94 557	N/D**	101 162
	Nombre de nouveaux chirurgiens du trichiasis formés	N/D**	N/D**	N/D**	43	37	180	N/D**	260
A	Nombre de personnes traitées avec l'azithromycine	N/D**	N/D**	N/D**	52 464	84 096	2 406 072	N/D**	2 542 632
	Nombre de personnes avec la pommade tétracycline	N/D**	N/D**	N/D**	N/D	23 035	432 979	N/D**	456 014
N	Nombre de villages avec éducation sanitaire continue*	823	548	482	31	800	654	173	3 511
	Nombre de personnes formés pour l'éducation sanitaire	7 760	13 253	3 561	225	1 026	10 127	1 443	37 395
	Visages propres (%) 1-9 ans*	89,1%	82,6%	87,9%	N/D	80,2%	62,9%	80,5%	80,5%
CE	Nombre de latrines familiales construites	1 066	12 577	11 781	N/D	269	237 330	8 249	271 527
	Nombre de latrines publiques construites	N/D	42	5	N/D	27	N/D	1	75
	Nombre de nouveaux maçons formés	N/D	1 307	382	N/D	N/D	N/D	270	1 959

* Données de 2005

** Le soutien du Centre Carter au Niger, Nigeria, Mali et Ghana est axé exclusivement sur les activités d'intervention N&CE. Le soutien indirect aux activités CH&A en termes de logistique et conseils techniques est apporté aux programmes nationaux sur demande.

***GS/GSS : Gouvernement du Soudan/Gouvernement du Soudan du Sud

Figure 1. Villages recevant une éducation sanitaire, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2005

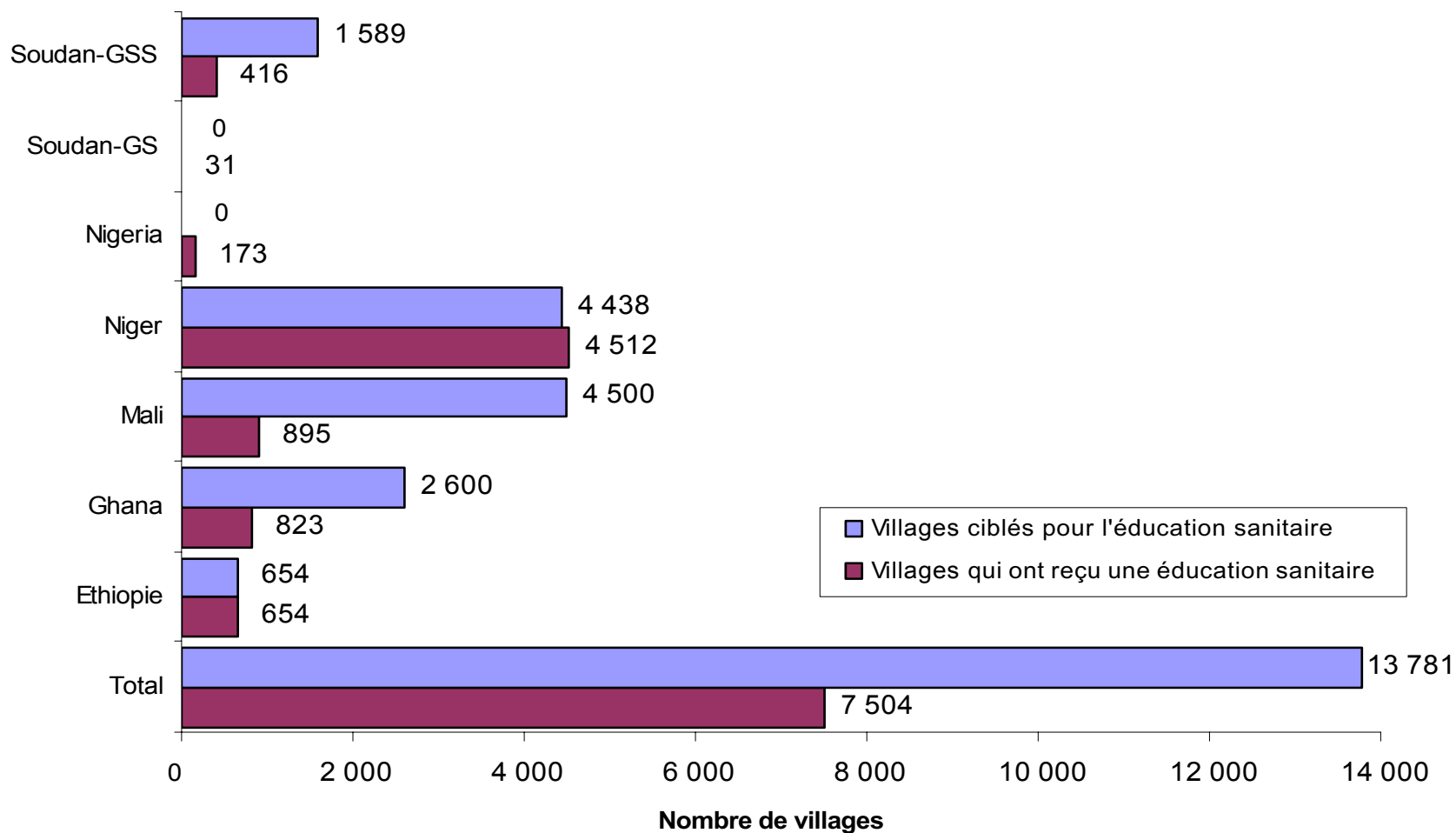


Figure 2. Latrines familiales construites, pays appuyés par le Centre Carter
Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2005

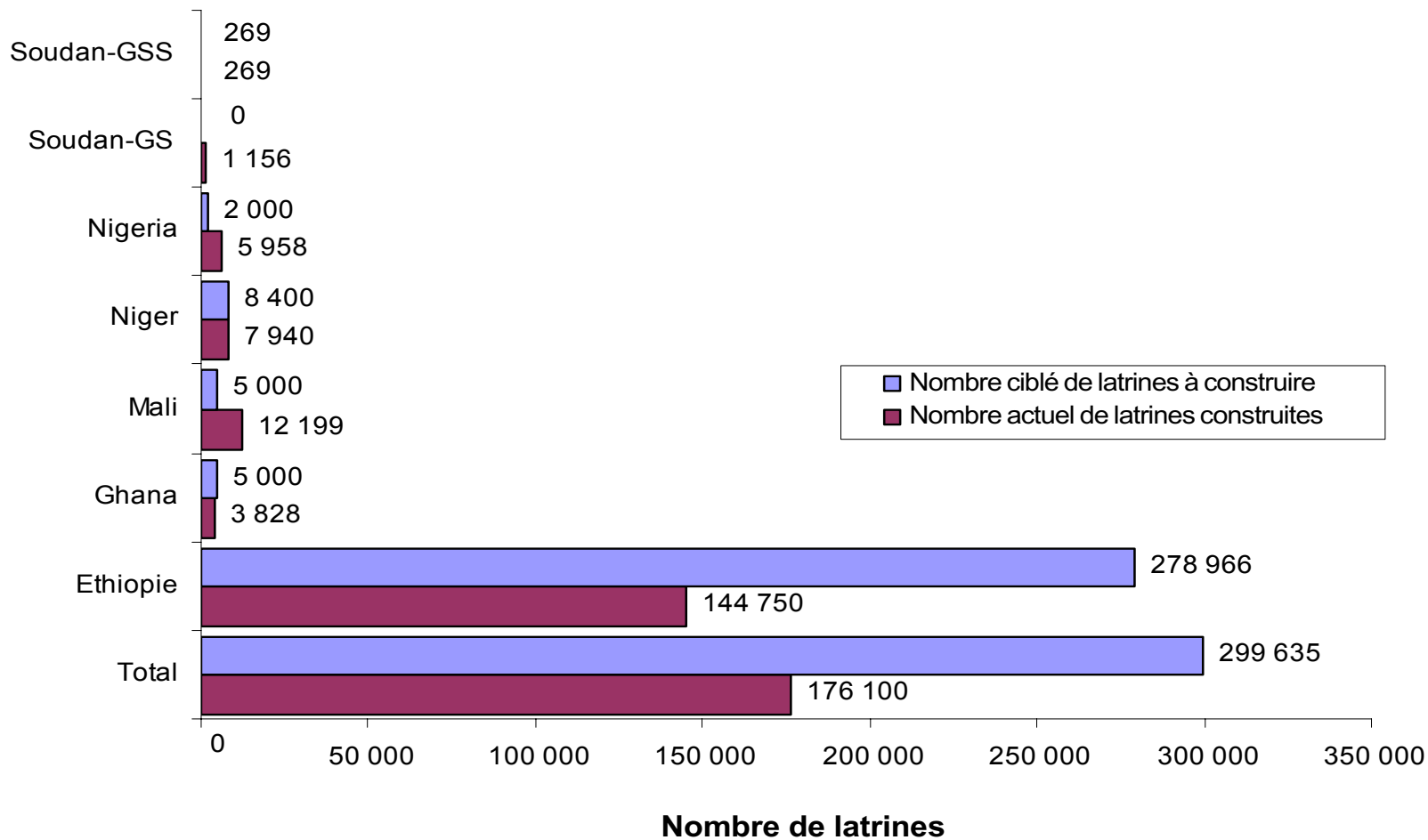


Figure 3. Distribution d'azithromycine, pays appuyés par le Centre Carter

Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2005

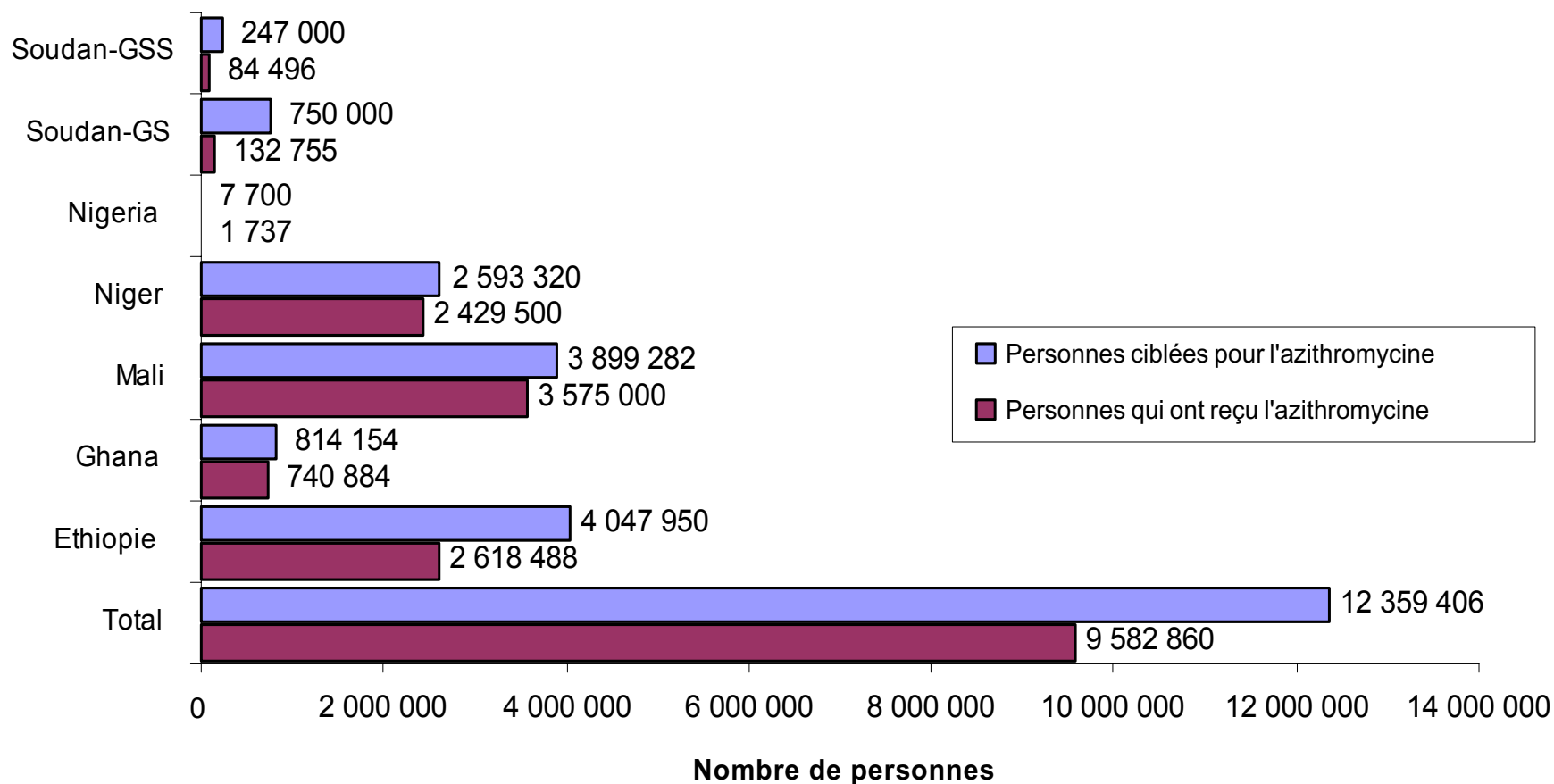


Figure 4. Personnes ayant reçu une chirurgie du trichiasis, pays appuyés par le Centre Carter

Données du programme national telles que présentées pour janvier - décembre 2005

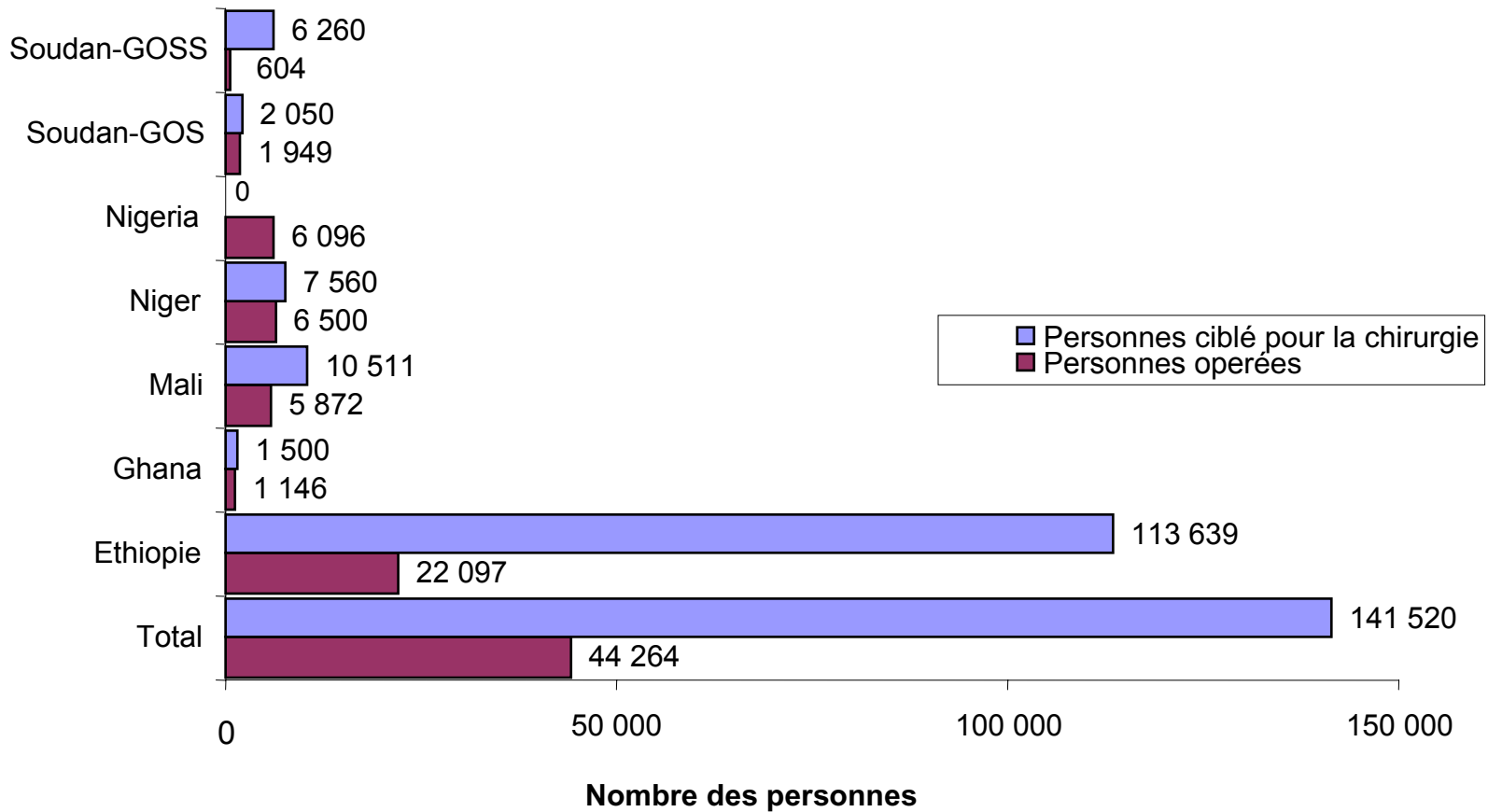


Figure 6. Latrines familiales construites

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, telles que présentées pour 2002-2005

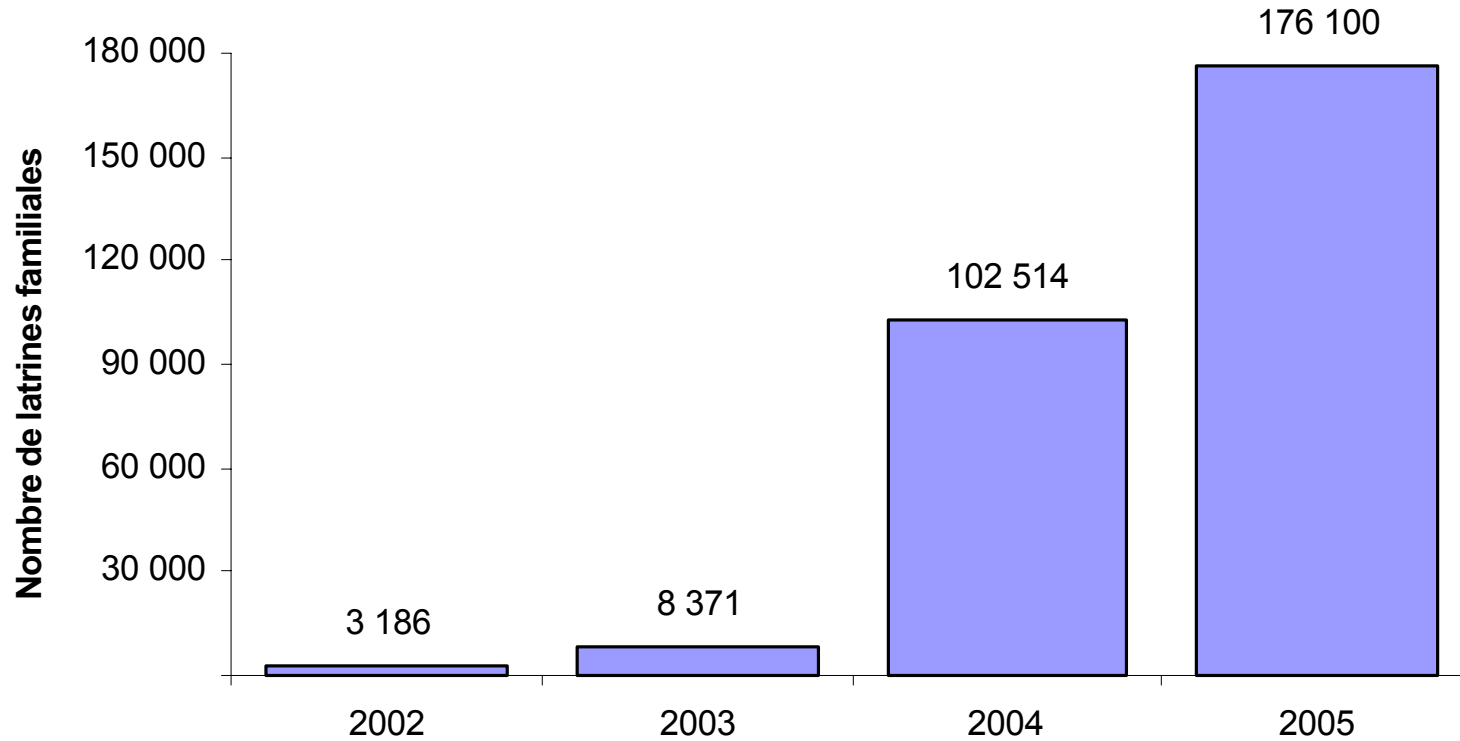


Figure 5. Villages qui ont reçu une éducation sanitaire continue

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, telles que présentées pour 2001-2005

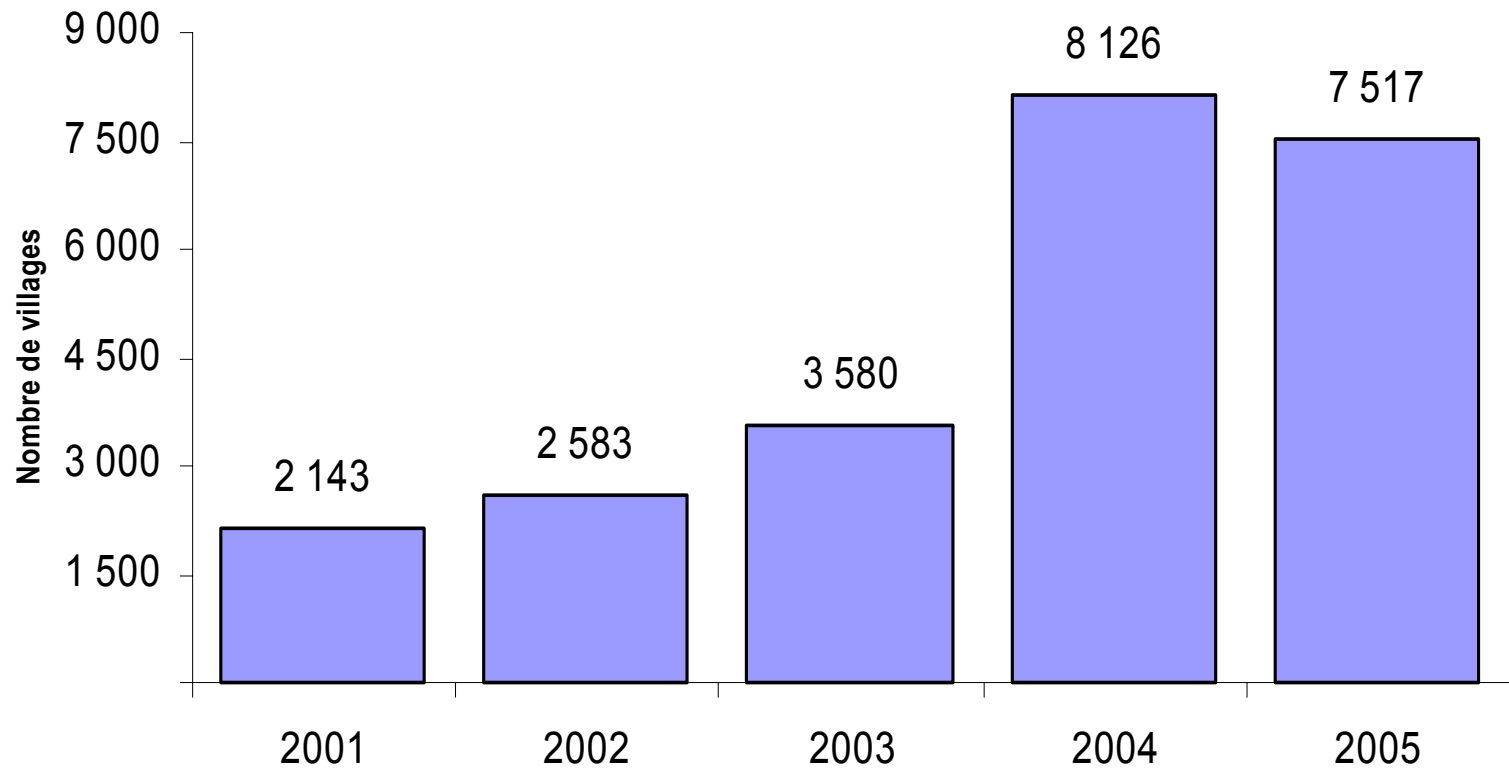


Figure 7. Personnes ayant reçu une éducation sanitaire continue

Données nationales dans les pays appuyés par le Centre Carter, telles que présentées pour 2001-2005

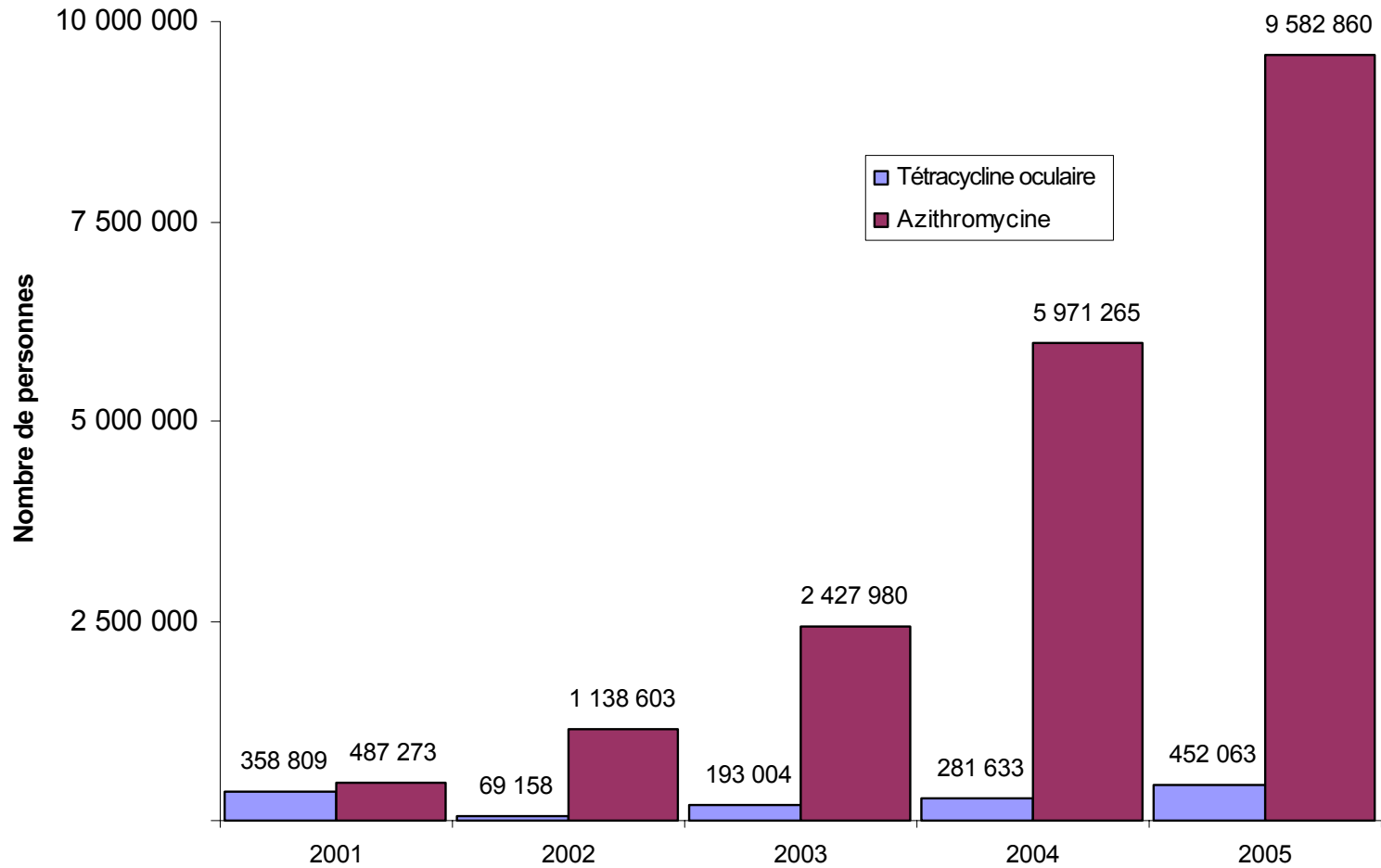
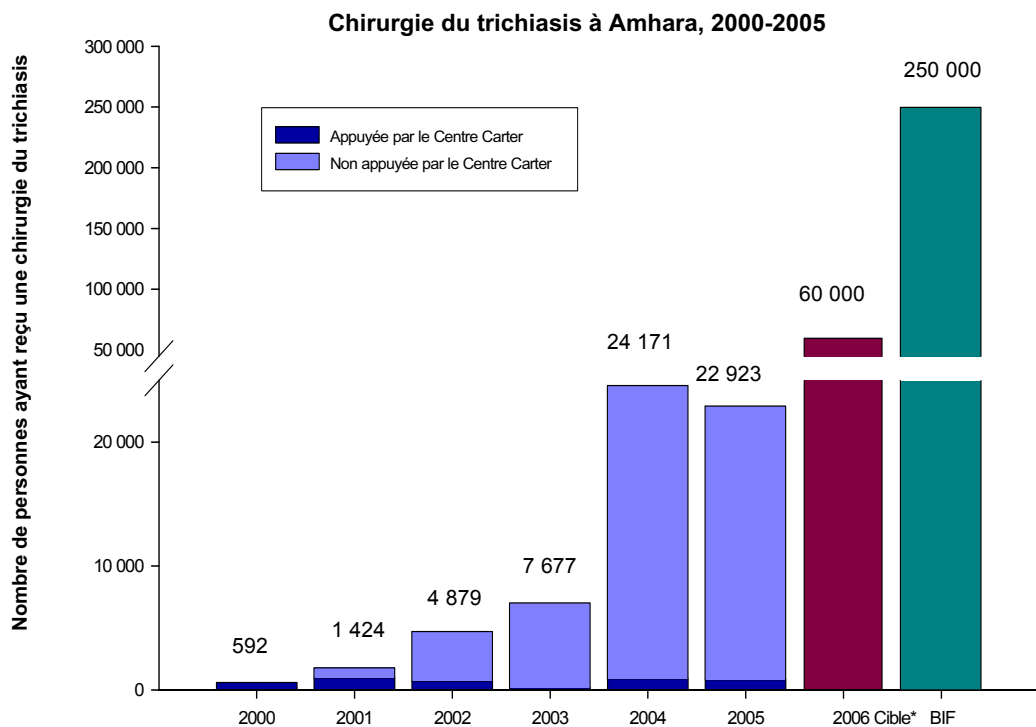
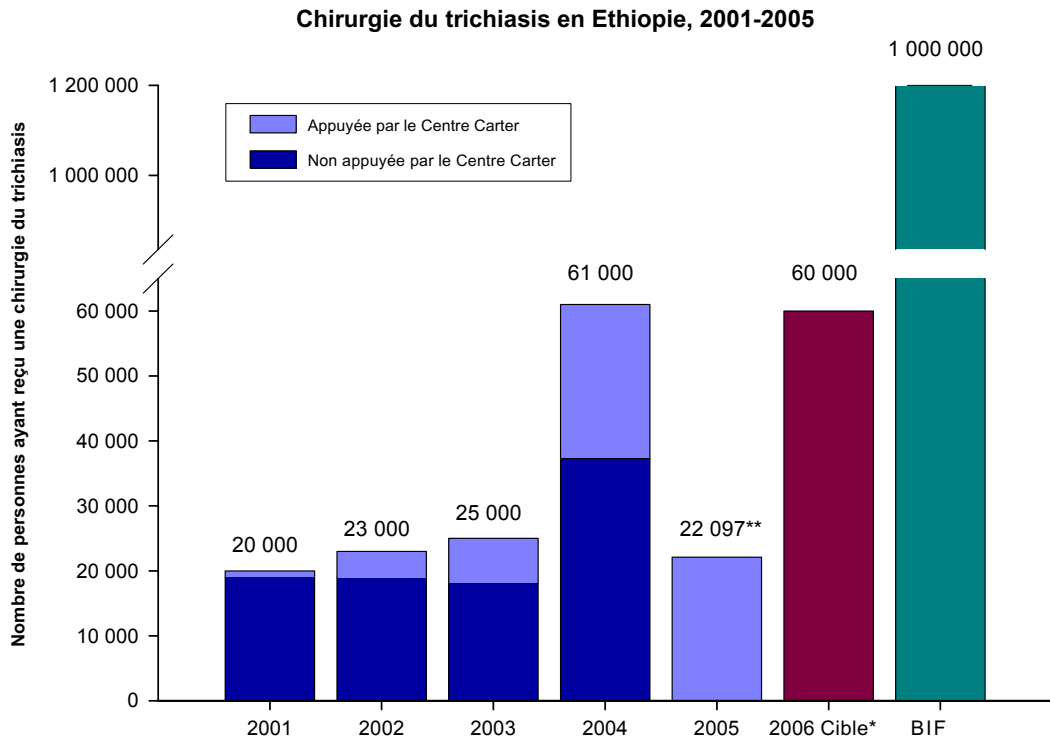


Figure 8. Interventions CH & A appuyées par le Centre Carter et non appuyées par le Centre Carter en Ethiopie

Données telles que présentées lors de la Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome, février 2006

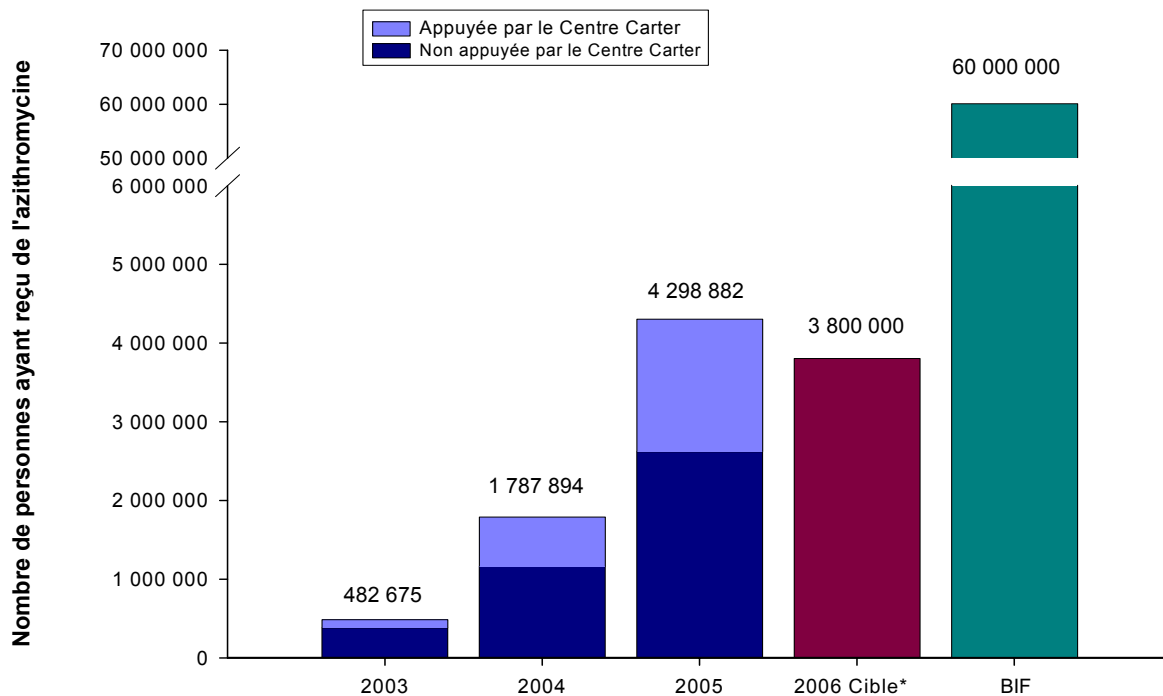


*Pas d'objectif national présenté. Les objectifs 2006 représentent uniquement les interventions appuyées par le Centre Carter

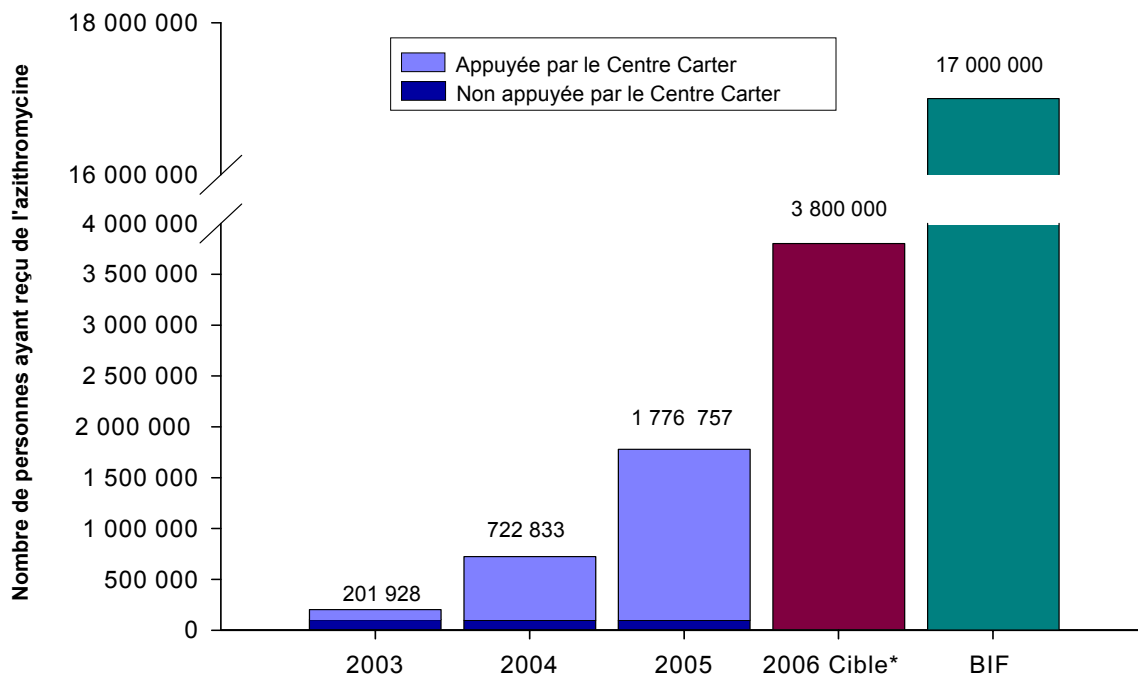
**Données nationales non disponibles.

Figure 9. Interventions CH & A appuyés par le Centre Carter et non appuyés par le Centre Carter en Ethiopie
Données telles que présentées lors de la Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome, février 2006

Distribution d'azithromycine, 2003-2005



Distribution d'azithromycine à Amhara, 2003-2005



*Pas d'objectif national présenté. Les objectifs 2006 représentent uniquement les interventions appuyées par le Centre Carter.

Promotion équitable de latrines au Ghana

Présenté par le Docteur Maria Hagan, Coordinatrice nationale des Soins oculaires, Service de Santé du Ghana

Données générales

Le septième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) vise, d'ici 2015, à réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable. Le Ghana est un signataire des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Un rapport de l'Agence Communautaire pour l'Eau et l'Assainissement (CWSA) indique que 31 207 latrines familiales ont été construites de 1994 à 2004 au Ghana. S'il veut atteindre l'OMD 7, réduire de moitié la proportion de personnes sans accès à un assainissement de base, le Ghana devra construire 1,5 million de latrines familiales, c'est-à-dire 166 000 latrines par an, de 2006 à 2015.

Une enquête sur la prévalence du trachome réalisée en 2003 dans deux régions où le trachome est endémique (Nord et Extrême-Ouest) du Ghana indique que la couverture en latrines familiales s'élève entre 0% et 9,6% dans les communautés où le trachome est endémique. En 2004, 80% des ménages n'avaient pas accès à des latrines (rapport du Service de Santé du Ghana).

Suivant la politique actuelle de promotion des latrines appliquée par plusieurs ONG, le chef de famille fait une demande auprès du district sanitaire ou de l'ONG et doit remplir un formulaire. Une fois le formulaire approuvé, la construction des latrines fait l'objet d'un accord de partage des coûts entre le demandeur et l'organisation. Le coût total unitaire des latrines s'élève de 45\$ à 100\$ suivant le type de structure et de matériaux utilisés pour le toit.

La stratégie actuelle de promotion des latrines couvre ceux qui ont les moyens de payer. Les personnes susceptibles de participer à ce programme sont relativement « plus riches » que la majorité des habitants dans les régions où le trachome est endémique. Généralement, les chefs de ces familles sont relativement éduqués, avec des familles plus grandes ou ont des maisons avec des toits en métal. Les latrines sont également de qualité très élevée et les matériaux de construction sont supérieurs à la qualité des matériaux utilisés pour construire une maison typique. Le coût élevé de ces latrines semble créer une demande guère réaliste qui ne saurait atteindre les pauvres, c'est-à-dire ceux qui en ont le plus besoin dans les communautés où le trachome est endémique. Par ailleurs, la procédure est complexe du point de vue administratif, d'où une certaine lenteur dans la construction des latrines.

Le plan d'action stratégique de cinq ans du Programme national de Lutte contre le Trachome (2005-2009) vise à construire 25 000 latrines familiales d'ici 2009 dans les communautés d'endémicité. Le Centre Carter a promis de soutenir la construction de latrines et son assistance est concentrée davantage à présent sur la promotion de masse de latrines.

Stratégie de promotion de latrines du Programme de Lutte Contre le Trachome du Ghana et du Centre Carter

La stratégie cherche à assurer une couverture élevée en latrines dans les communautés d'endémicité et à garantir une construction équitable—tous les ménages devraient bénéficier de latrines subventionnées. La stratégie de mise en œuvre intervient par le biais des communautés, des maçons locaux (formés par le CWSA), les assemblées de district et l'administration régionale.

Cette nouvelle stratégie donne à chaque famille l'occasion d'avoir des latrines au même moment—aucun ménage n'est oublié. Le taux de participation minimale de 75% des ménages pour que la communauté soit envisagée. Si l'engagement est inférieur à 75%, le programme est offert à la prochaine communauté où le trachome est endémique puisque ce programme doit bénéficier à la communauté entière et non pas à certaines personnes privilégiées. Lors d'une réunion initiale avec des dirigeants communautaires, on a discuté des avantages des latrines familiales en insistant sur les bénéfices que peuvent en retirer les femmes, les hommes et tous les membres communautaires. Les rôles et responsabilités de tous les partenaires sont discutés et on demande à la communauté son approbation.

Rôles du Programme de Lutte contre le Trachome du Ghana et du Centre Carter :

- Mobilisation et sensibilisation des communautés où le trachome est endémique
- Fourniture de matériaux (ciment pour la dalle, tuyaux d'aération en PCV et moustiquaire en aluminium pour protéger les tuyaux d'aération des mouches) et organisation des transports
- Maçon placé dans le village et paiement de son travail
- Don de 45 000 cedis (environ 5\$US) au comité de développement villageois pour chacune des latrines achevées
- Responsable de terrain du trachome placé dans le village pour superviser les travaux

Rôles de l'Assemblée de District :

- Liste des communautés prioritaires pour l'assainissement
- Confirmation de la population des communautés choisies
- Fourniture de camions pour le transport des matériaux et du sable/ciment aux communautés éloignées du sable des rivières
- Conseil technique pour la construction de latrines par l'intermédiaire du CWSA
- Soutien aux communautés qui n'ont pas accès à des outils pour creuser

Rôles de la communauté/Comité de Développement du Village (CDV) :

- Fourniture de terrains et assistance pour démarquer les latrines
- Outils pour creuser les fosses
- Fourniture de ciment, sable et eau
- Assistance au maçon
- Déchargement des matériaux dans la communauté et stockage et sécurité de ces matériaux
- Hébergement pour le maçon
- Construction de la superstructure pour toutes les latrines

- Utilisation et entretien des latrines

Responsabilités du maçon :

- Collaboration avec les CDV et les équipes d'ouvriers pour couler les dalles
- Pose de la dalle avec mortier pour l'immobiliser
- Stockage des matériaux

Rôles et responsabilités des Responsables de Terrain du Centre Carter :

- Facilitation des réunions communautaires et participation de 100% des ménages
- Collaboration avec le chef et le CDV pour déterminer une distribution équitable des latrines et organisation des équipes de travail
- Vérification de fournitures adéquates dans la communauté
- Tenue de dossiers : liste avec les noms des ménages participant
- Inspection de chaque fosse de latrines pour vérifier une profondeur minimale de 3 mètres et s'assurer que toutes les latrines achevées ont des superstructures
- Autorisation de paiement pour le CDV et le maçon

Futures étapes

De juillet à décembre 2005, un total de 528 latrines ont été construites dans 17 villages, couvrant 89% des ménages ciblés. Un certain nombre d'obstacles ont entravé le bon déroulement du programme qui n'a pas pu atteindre son objectif de 5 000 latrines par an, notamment : coût unitaire élevé des latrines (environ 47\$) ; sous-sol rocailleux faisant qu'il est difficile de creuser ; et incapacité du personnel de terrain à recruter certains villages. C'est surtout le coût unitaire élevé des latrines qui empêche le Programme national de Lutte contre le Trachome et ses partenaires d'atteindre leur objectif. Suivant les réglementations du CWSA, toutes les latrines sont de qualité très élevée avec une conduite en plastique pour la ventilation et des moustiquaires en aluminium contre les mouches. La qualité des matériaux de construction dépasse souvent la qualité des matériaux utilisés pour construire une maison typique dans les communautés où le trachome est endémique. Le Programme national de Lutte contre le Trachome et ses partenaires devraient recommander à l'Agence communautaire pour l'Eau et l'Assainissement de modifier les normes de construction des latrines pour que tous les ménages aient accès à un assainissement de base et permettent au Ghana d'atteindre l'Objectif 7 du Millénaire pour le Développement.

Utiliser les mass media pour encourager le changement de comportement dans la lutte contre le trachome

Présenté par Monsieur Chad MacArthur, Helen Keller International

Données générales

C'est un changement durable dans les comportements étroitement liés au trachome qui assurera une lutte maintenue contre la maladie puis son élimination en tant que cause de cécité. Dans l'optique de la stratégie CHANCE, le changement comportemental est souvent exprimé en termes de N & CE et pourtant, le changement comportemental est également nécessaire pour une application réussie des composantes CH & A. En effet, les comportements de consultation des services de santé et l'observance du traitement sont d'importance critique.

Nous définissons ici la communication pour le changement comportemental comme l'application stratégique de techniques provenant de diverses disciplines, telles que la psychologie comportementale, l'éducation des adultes et le marketing à l'analyse, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes encourageant et influençant des comportements volontaires qui amélioreront la santé et le bien-être des individus et de la communauté.

Utilisation des mass media

On utilise souvent les mass media pour encourager le changement car ils permettent d'atteindre le plus grand nombre de personnes possibles. Un certain nombre d'aspects devront être envisagés pour que les mass media soient efficaces, à l'instar d'ailleurs de toute initiative de communication.

- 1) Vérifier que la communication est axée sur l'action. Il faut expliquer et présenter clairement le comportement que le public cible devrait adopter : se laver le visage deux fois par jour ; utiliser les latrines, etc. Le changement comportemental est le critère déterminant.
- 2) Segmenter la population pour adapter les messages. La question clé est la suivante : les comportements de quel groupe devront-ils changer pour lutter contre le trachome ?
- 3) Comprendre le public cible : ses besoins, espérances, comportements actuels, ressources, etc. pour communiquer efficacement avec ce public. La recherche auprès du consommateur est un aspect fondamental du marketing.
- 4) Offrir un avantage au public cible. Qu'obtiendra-t-il en échange du changement de comportement ? L'étape 3 ci-dessus est capitale pour comprendre l'avantage qui représente le plus aux yeux du public primaire. Le changement promis doit également être possible dans le contexte du groupe cible. Il ne faut jamais lui mentir.
- 5) Faire un test de terrain, faire à nouveau un test et encore une fois, un test de terrain. Le groupe cible doit participer à la conception d'un matériel efficace. La communication est un dialogue et non pas un monologue de la part de ceux qui réalisent le programme.

- 6) Suivre et évaluer pour améliorer le programme et concevoir de nouveaux matériels qui coïncident avec les progrès faits par le public cible vers le changement souhaité et le maintien de ce comportement.

L'exemple de la radio communautaire rurale en tant que moyen de mass media

La radio rurale ou communautaire est un média idéal dans bien des pays. En effet, elle permet d'atteindre le plus grand nombre de personnes possibles sans diluer le message. Elle ne dépend pas du niveau d'éducation d'un public et peut être diffusée dans les langues locales.

Un grand nombre des initiatives communautaires font participer la communauté entière à la programmation, à la gestion et à la diffusion. En effet, cet engagement de la communauté permet de vérifier que les priorités de cette dernière sont respectées.

Ces radios FM sont de plus en plus utilisées pour communiquer une information sur le développement et, dans bien des pays, elles jouent un rôle primordial dans la lutte contre le trachome. Les stations radiophoniques diffusent des messages qui encouragent le lavage du visage et l'utilisation des latrines, conseillant aux communautés le dépistage du trachome et annonçant les campagnes de chirurgie du trichiasis ou de distribution de masse de médicaments. Les clubs d'écoute radiophonique sont un mécanisme qui renforce les compétences d'écoute des communautés afin qu'elles utilisent les messages et l'information communiqués. Les radios rurales sont également mises en place dans les centres de médias communautaires permettant à la communauté d'avoir accès à l'Internet et à d'autres technologies pour combler « le fossé numérique »

Eau, assainissement et hygiène : UNICEF

Présenté par Madame Therese Dooley, UNICEF Ethiopie

Le projet d'eau, d'assainissement et d'hygiène de l'UNICEF (WASH) vise à « soutenir la réalisation des droits de l'enfant à la survie et au développement et à atteindre une couverture WASH universelle et durable grâce au soutien des programmes qui renforcent l'accès équitable aux services d'approvisionnement et d'assainissement et qui encouragent une meilleure hygiène. » En Ethiopie, l'UNICEF intervient surtout au niveau de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement environnemental et de l'éducation en matière d'hygiène, ainsi que l'éradication de la dracunculose dans les zones rurales.

La stratégie WASH de l'UNICEF a été approuvée en janvier 2006—et depuis, tous les bureaux de l'UNICEF intègrent des composantes d'assainissement environnemental et d'éducation en matière d'hygiène :

- Installation de nouveaux points d'eau ou réparation des points d'eau existants dans la communauté
- Promotion d'une meilleure hygiène
- Education en matière d'hygiène, notamment dans les écoles et dans les établissements de santé
- Renforcement des capacités
- Formulation de politiques
- Intégration
- Qualité de l'eau
- Préparation en cas d'urgence
- Dracunculose, trachome

Des programmes WASH efficaces et durables reposent sur trois piliers : contextes favorables, changement de comportement et services d'eau et d'assainissement. Ils sont le fondement nécessaire de la survie de l'enfant et du développement.

Pilier 1 : Contexte favorable

- Stratégie et protocole d'assainissement ; normes nationales et directives d'assainissement
- Programme de vulgarisation des services de santé : 2 agents de santé dans chaque kebele en Ethiopie. Ce sont les spécialistes de la santé préventive.
- Intégration : intégration entre les ministères (éducation, eau et assainissement).
-

Pilier 2 : Changement comportemental

- Mouvement de WASH en Ethiopie (unifier, combiner les ressources, pas de logos, produire et distribuer du matériel)
- Approches et messages courants : messages simples et uniformes
- Mise au point de matériel : ministère produisant le matériel pour les ONG, les églises
- PHAST : hygiène participative et transformation de l'assainissement. Utilisation de méthodes participatives, formation des formateurs

- Processus communautaires

Pilier 3 : Services d'eau et d'assainissement

- Approvisionnement en eau
- Latrines de démonstration : selon la politique éthiopienne, il n'existe pas de subventions pour les latrines
- Installations pour se laver les mains dans les communautés, les écoles et les instituts de santé

**« Nous ne retournerons pas dans les champs »
L'Expérience de Lay Gayint en promotion de latrines**

Présenté par le Docteur Dereje Habte, Responsable du Programme Trachome du Centre Carter, Ethiopie

Données générales : Le programme du Centre Carter réalise tous les éléments de la stratégie CHANCE en Ethiopie et le volet « CE » a fait de bons progrès. Depuis que le programme a commencé, 233 846 latrines familiales ont été construites dans les 19 woredas utilisant des matériaux locaux et améliorant la couverture sanitaire dans les woredas respectifs. Rien qu'en 2005, 144 750 latrines familiales ont été construites dans 19 woredas du programme, dont 30 279 dans Lay Gayint. La couverture sanitaire a progressé dans ce woreda, de 11,5% en 2004 à 59,5% en 2005.

Stratégies : Les discussions avec les administrateurs locaux, les services de santé, les services d'éducation, les bureaux des affaires féminines et avec des membres communautaires ont permis de mieux comprendre les stratégies utilisées pour réaliser ces progrès impressionnants. Les approches stratégiques étaient les suivantes :

- Solide engagement et rôle de leadership de la part de l'administration du woreda
- Motivation des services de santé et du personnel des établissements de santé face à la construction de latrines
- Le Service de Santé du woreda intègre à la promotion de l'hygiène d'autres programmes comme la campagne contre la poliomyélite et les initiatives de maternité sans risques
- Utilisation efficace de ressources locales
- Collaboration intersectorielle entre l'administration du woreda, les secteurs de la santé, de l'éducation, des affaires féminines et de l'agriculture
- Formation en hygiène et lutte contre le trachome pour divers groupes : agents de santé, enseignants, volontaires du trachome, femmes, dirigeants communautaires et agents de développement
- Sens d'appartenance chez toutes les parties concernées et tous les membres communautaires
- Présence de dirigeants avec une vision, des ambitions et qui tiennent absolument à une couverture à 100% de latrines dans le woreda
- Participation active des membres communautaires et des représentants officiels de l'état et du kebele à la planification, au suivi et à l'évaluation de la promotion de l'hygiène
- Utilisation des structures gouvernementales dans les kebeles lors de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la promotion de l'hygiène
- Mise en place, à tous les niveaux, d'un mécanisme régulier de supervision et de suivi

Bénéfices : Les membres communautaires étaient contents de posséder des latrines et la plupart étaient prêts à les utiliser correctement. La plupart se sont rendus compte qu'après l'utilisation des latrines, le village était bien plus propre et il était plus facile de marcher dans les champs pour chercher du bois de feu ou des légumes. Les membres communautaires se sont exprimés ainsi :

« Maintenant, c'est avec plaisir que nous accueillons quelqu'un de la ville. »

« J'ai essayé à nouveau les champs et je n'ai pas pu. Je suis civilisé maintenant et je ne pouvais revenir dans le champ. »

« On peut marcher facilement dans le champ. Les excréments sont enterrés et ne sont plus à même le sol. »

Evaluation de la couverture en latrines : L'évaluation visait à mesurer la couverture, à évaluer le statut des latrines construites et à observer l'utilisation des latrines.

Méthode : Dix kebeles (villages) ont été choisis aléatoirement parmi un total de 30 et un sous-village a été choisi aléatoirement de chaque kebele pour l'entretien en utilisant la méthode de la loterie. Tous les ménages dans les unités choisies aléatoirement ont été interviewés et un total de 585 ménages ont participé à l'étude. Les chefs des familles ou autres membres adultes de la famille en leur absence ont répondu aux questionnaires.

Résultats : Parmi les 585 ménages visités, 496 (84,8%) répondants ont indiqué qu'ils avaient des latrines. Parmi les 496 personnes qui ont indiqué avoir des latrines, toutes à l'exception de trois en avaient effectivement, tel que noté par l'observation (bien que certaines n'étaient pas complètes). Un total de 319/493 (64,7%) latrines étaient complètes, 153/493 (31%) étaient en train d'être construites et 21/493 (4,3%) étaient commencées mais la construction avait été abandonnée. Tous les répondants, à l'exception de deux ont construit leurs latrines volontaires. La majorité des latrines ont été construites en 2004/2005, dont plus de la moitié de mars à mai 2005. La couverture effective s'élève à 319/585 (54,5%).

Ce sont les agents de santé, les représentants du gouvernement et les volontaires du trachome qui ont motivé le public à construire les latrines. Les agents du développement agricole et une ONG locale (CPAR) ont également participé à l'expansion de la construction de latrines. La majorité des répondants ont indiqué que les principaux avantages des latrines sont la propreté et les avantages en général pour la santé, et deux cinquièmes ont cité la prévention du trachome et la réduction dans la densité de mouches comme autres bénéfices de la possession de latrines.

Dans les deux tiers des latrines observées, on a noté des signes montrant qu'elles étaient effectivement utilisées. 31,9% des observateurs ont noté la présence de mouches dans les latrines. La plupart des latrines (362/475 ; 76,2%) n'avaient pas de couvercle et tous les ménages avec des couvercles ne les utilisaient pas correctement. Seuls 22 ménages avaient des récipients pour se laver les mains à l'extérieur des latrines.

Dans les 313 maisons où on a pu inspecter un enfant, 170 (54,3%) avaient des visages propres. On a jugé que les enfants avec des mouches et/ou écoulements sur leur visage n'étaient pas propres. On a comparé le statut de visage propre entre les ménages avec et sans preuves/signes d'utilisation actuelle de latrines. Les probabilités d'avoir un enfant avec un visage pas propre dans les ménages sans signes d'utilisation des latrines étaient 2,05 fois plus élevées que chez ceux utilisant les latrines (RO=2,05 ; IC 95% - 1,21, 3,46).

Récapitulatif :

- Environ quatre cinquièmes des ménages possèdent des latrines. La couverture notifiée en latrines de 59,5% dans le woreda a été jugée fiable puisqu'elle est analogue aux 54,5% constatés dans notre échantillon de 585 ménages.
- Deux tiers des latrines étaient utilisées
- Deux tiers des latrines (281/447) avaient été construites en 2004/2005, dont 155/281 (55,2%) avaient été construites de mars à mai 2005
- C'est la nature multisectorielle de l'effort qui explique sa réussite : agents de santé, représentants du gouvernement et volontaires du trachome
- Les latrines familiales peuvent être construites facilement en utilisant des matériaux locaux
- Le fait de posséder des latrines semble protéger contre les visages sales

« Mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome : boîte à outils avec des interventions »

Présenté par le Docteur Paul Emerson, Centre Carter Atlanta

La boîte à outils N & CE est un effort de collaboration avec l'Initiative Internationale du Trachome de ces trois dernières années. La boîte à outils apporte aux responsables et planificateurs de programme des directives concernant la conception d'interventions pour les aspects N & CE de leurs programmes de lutte contre le trachome. Le manuel montre notamment comment prendre connaissance des pratiques à risques, mettre au point des interventions adéquates sur les plans N & CE et définir les groupes cibles. C'est une 'boîte à outils' d'interventions réussies comportant des exemples et des études de cas. Les responsables de programme peuvent choisir des interventions dans cette boîte à outils et les modifier en fonction de leur contexte particulier. Le manuel explique comment communiquer à propos d'un programme de lutte contre le trachome en utilisant les médias et il facilite également l'évaluation de l'impact des interventions. Par ailleurs, des références et ressources sont données pour obtenir des informations supplémentaires. La boîte à outils est divisée en six sections :

1. Introduction : Cette section discute du cycle de vie et de la transmission du trachome : comment le trachome est-il dépisté et comment peut-il causer la cécité. Elle parle de la difficulté de maintenir une lutte durable contre le trachome essayant pour cela d'établir le lien entre l'infection bénigne constatée chez les enfants à toute l'horreur du trichiasis chez les adultes. Elle montre qu'il est possible de combattre le trachome si l'utilisation des antibiotiques est combinée au changement comportemental et environnemental.

2. Dépistage des risques contextuels de transmission du trachome : Il existe plusieurs voies de transmission qui peuvent varier selon l'endroit et également en fonction des saisons et des années. Une telle variation ne permet de mettre en place un seul ensemble d'interventions qui serait efficace dans tous les emplacements en tout temps. Les programmes doivent réagir à leur propre contexte et déterminer les voies de transmission auxquelles ils doivent s'attaquer en priorité pour changer le comportement. Cette section introduit les bases pour mieux comprendre l'amélioration de l'hygiène.

3. Lancer les programmes communautaires de changement de comportements sanitaires et maintenir le tempo : Cette section décrit l'importance de mettre sur pied une équipe technique du trachome ou un comité directeur qui compte des représentants des secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement ainsi que de l'éducation. Elle décrit les étapes du changement de comportement et le ciblage des interventions pour les groupes démographiques clés.

4. Interventions N et CE dans la lutte contre le trachome : Pour les auteurs, c'est le « plat de consistance. » Toutes les interventions N et CE utilisées dans n'importe quel pays et par n'importe quel programme sont décrites ici. Les points forts et les points faibles sont mis en avant et des études de cas sont mises en évidence dans les encadrés.

5. Communications pour la santé et le marketing social : La section décrit en détail les quatre étapes utilisées dans le cadre du marketing social pour promouvoir les interventions N et CE : recherche, formulation de messages/prétest, mise au point/prétest du matériel, et réalisation de campagne ainsi qu'évaluation.

6. Suivi et évaluation des interventions : La section décrit l'importance des données initiales puisqu'elle permet de fixer des cibles raisonnables, de suivre les progrès en vue d'atteindre ces cibles et d'évaluer l'efficacité des interventions. Des exemples d'utilisation des indicateurs du processus et du résultat sont donnés pour guider l'utilisateur tout le long du processus.

La boîte à outils est disponible en anglais et en français et a fait l'objet de nombreux tests de terrain dans les deux contextes. Des versions imprimées sont disponibles gratuitement grâce à un don généreux de la Fondation Conrad N. Hilton. Des versions électroniques sont disponibles au site Web du Centre Carter (www.cartercenter.org). Toute personne intéressée à utiliser la boîte à outils peut copier et partager la version électronique ou papier sans obstacle des droits d'auteur.

Impact de trois années de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud

Présenté par le Docteur Jeremiah Ngondi, Université de Cambridge

Données générales

Dans le Soudan du Sud, le trachome est un grave problème de santé publique—206 000 personnes connaissent un besoin immédiat de chirurgie du trichiasis—et, d’après les estimations, 3,9 millions ont besoin d’un traitement avec des antibiotiques et devraient avoir accès à des stratégies de prévention du trachome. Un programme de lutte contre le trachome a été démarré en 2001 et, en 2005, une évaluation triennale aurait dû être faite conformément à la politique de l’OMS visant à faire le point de l’état d’avancement de la maladie après trois ans d’intervention. Cet objectif devait quantifier l’impact et la portée des interventions CHANCE (CHirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement Environnemental) et évaluer la prévalence du trachome actif et des visages non propres d’enfants âgés de 1 à 9 ans.

Méthodes

Quatre sites (Kiech Kuon, Padak, Katigiri, Tali) avec de solides enquêtes initiales et des interventions CHANCE pendant 3 ans ont été retenus. Les enquêtes initiales sur la prévalence avaient pour but de détecter une prévalence de 50% du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. L’enquête d’évaluation triennale devait détecter un changement dans la prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans d’au moins 20% (de 50% lors de l’enquête initiale à 30%). Pour les deux enquêtes, on a utilisé un échantillonnage aléatoire en grappes à deux stades, avec un effet de conception de 5. Les grappes étaient définies comme des villages. Lors du premier stade, les villages ont été choisis en utilisant des chiffres aléatoires par ordinateur et une liste de villages dans chaque zone. Lors du deuxième stade, on a choisi aléatoirement les ménages puis on a examiné et/ou interviewé toutes les personnes concernées. Une enquête initiale sur la prévalence a également été réalisée dans un cinquième endroit (Mankien) aux fins d’y étendre, par la suite, le programme. Cet endroit a servi de comparaison avec les zones d’intervention pour détecter une tendance séculaire dans le recul du trachome.

Les données du programme, les entretiens et les observations ont été utilisés pour mesurer la couverture et l’expansion des volets CHANCE. On a utilisé une évaluation clinique du trachome (à l’aide de l’échelle de classement simplifié de l’OMS) ainsi que des examens pour déterminer les indicateurs de l’effet : signes de trachome actif et visages non propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. Une analyse avant et après a été faite pour calculer le changement, en pourcentage, de la prévalence des signes du trachome actif et des visages non propres.

Résultats

La Figure ci-après récapitule les résultats clés. On note une adoption hétérogène de CHANCE dans les zones d’intervention. Dans toutes les régions, la couverture chirurgicale était faible (fourchette de 0,5% à 6%). Dans trois sites d’intervention (Padak,

Katigiri et Tali), 85% des ménages ou plus avaient participé à la distribution d'azithromycine et 69% des personnes ou plus ont indiqué qu'elles prenaient de l'azithromycine. Au moins 70% des ménages à Padak, Katigiri et Tali avaient bénéficié d'une éducation sanitaire les trois dernières années. L'emploi d'antibiotiques et d'éducation sanitaire étaient nettement plus faibles à Kiech Kuon que la moyenne pour les trois autres zones (antibiotiques des ménages 35% versus 91%, $p < 0,001$; antibiotiques individuels 14% versus 72%, $p < 0,001$; éducation sanitaire des ménages 49% versus 79%, $p < 0,001$). En général, 41% des ménages ont indiqué qu'il fallait moins de 30 minutes pour l'aller-retour pour chercher l'eau, bien que la proportion moyenne indiquant moins de 30 minutes à Padak (19%) était nettement plus faible que la proportion moyenne dans les 3 autres zones (49%) ; ($p < 0,001$). La couverture en latrines familiales était faible dans toutes les zones d'intervention, s'élevant de 3% à 16%.

Dans toutes les zones d'intervention, on note un recul dans la prévalence du trachome inflammatoire-folliculaire (TF), du trachome inflammatoire-intense (TI) et des visages non propres pour une fourchette respective de 6%-90%, 28%-99% et 10%-83%. De nettes diminutions dans la prévalence de TF et de visages non propres étaient notées dans deux des trois sites où l'utilisation d'antibiotiques et d'éducation sanitaire était élevée : Katigiri, diminution du TF de 88% (IC 95% 83-92), diminution des visages non propres de 83% (76-91) ; Tali, diminution du TF de 90% (86-93), diminution des visages non propres de 42% (42-60). Des effets modérés étaient observés dans une région à couverture élevée : Padak, diminution du TF de 25% (17-33), diminution des visages non propres de 28% (22-34). Aucune baisse n'a été constatée à Kiech Kuon où l'utilisation d'antibiotiques et d'éducation sanitaire était faible : diminution du TF de 6% (augmentation de 3% - baisse de 14%), baisse de visages non propres de 10% (0-18). La prévalence de TF et de TI à Mankien (site hors intervention) était comparable à la prévalence constatée dans les zones d'intervention au moment de l'enquête initiale et à Kiech Kuon lors de l'évaluation triennale, indiquant que les tendances séculaires à la baisse étaient peu probables.

Interprétation

Ces données nous démontrent que l'adoption de la stratégie CHANCE dans le combat contre le trachome permet effectivement d'arriver à des réductions notables de la prévalence des signes de maladie active et de visages non propres. Si nous partons du principe que la baisse de signes de maladie active implique un recul des cas de trichiasis et d'opacité de la cornée liés au trachome, alors il est probable que cela soit effectivement associé à un immense avantage de santé publique à l'avenir. Si nous pensons que ces résultats peuvent être généralisés à d'autres pays où le trachome est endémique et qui ne connaissent pas les mêmes problèmes d'accès et d'insécurité que le Soudan du Sud, alors ces données suggèrent qu'il serait possible d'arriver à des résultats analogues ou même supérieurs avec la stratégie CHANCE dans toutes les régions où le trachome est endémique.

Si nous pouvons effectivement penser que la réduction des signes cliniques du trachome est effectivement due en grande partie à l'utilisation d'antibiotiques, par contre la baisse dans le nombre de visages non propres observés (à savoir, une augmentation dans la

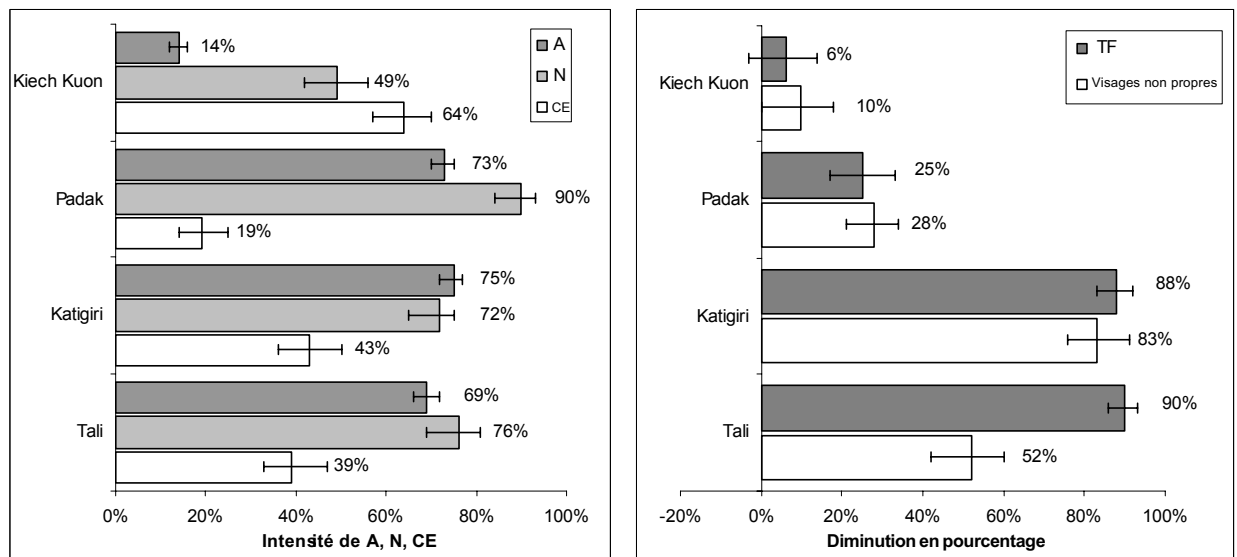
proportion de visages propres) est corrélée à une bonne éducation en matière d'hygiène favorisant un changement de comportement chez les personnes s'occupant des enfants. C'est à Kiech Kuon et à Padak que l'éducation sanitaire en matière de trachome a eu le moins d'effet. A Kiech Kuon, c'est probablement dû à l'adoption assez faible de la stratégie CHANCE. Par contre, à Padak, où 90% des ménages ont reçu une éducation en matière d'hygiène, nous pensons que c'est dû au fait que la promotion de l'hygiène ne saurait être efficace que si elle est doublée par l'approvisionnement en eau. Padak avait la proportion la plus faible de ménages avec un accès à l'eau à une demi-heure de marche et ce manque d'eau a probablement entravé le changement comportemental.

Une certaine souplesse est recommandée dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre le trachome pour qu'ils soient conscients des conditions comportementales et environnementales de la population au sein de laquelle la maladie est endémique. Une mise en œuvre rationnelle de la stratégie CHANCE doit être axée sur les besoins de la communauté. Dans ce cas, un programme doit insister sur l'accès à l'eau avant d'encourager les bonnes mesures d'hygiène ou encourager cette hygiène tout en soulignant qu'il est possible de se nettoyer le visage avec juste de petites quantités d'eau.

Nous avons maintenu un accord élevé inter-observateur d'au moins 80% chez les personnes classant le trachome pour minimiser tout biais de l'examineur. Par contre, nous n'avons pas pu valider le classement en utilisant des photographies ou des tests de laboratoire. Aussi n'est-il pas possible avec certitude d'exclure un effet saisonnier, mais il n'en reste pas moins probable que cela a affecté tous les sites de l'étude vu le moment des enquêtes initiales et de l'évaluation triennale. L'utilisation de comptes rendus des personnes pour déterminer la couverture en antibiotiques et en éducation sanitaire a probablement valu une sous-estimation de la couverture suite aux biais du rappel. Les comptes rendus sur le nombre de traitements d'antibiotiques reçus ne sont pas fiables et, par conséquent, la couverture indiquée dénote la distribution d'azithromycine sur la période de trois ans.

S'il n'est pas possible de déterminer la proportion imputable du recul observé dans le TF aux aspects de l'intervention à partir de ces données, il est pourtant apparent que plus ont été réalisées les activités A, N et CE, plus le recul a été important dans le TF. Cette observation serait conforme à l'effet synergique de A, N et CE, les trois volets de CHANCE conçus pour enrayer la transmission du trachome.

Figure: Expansion des interventions A, N et CE et diminution en pourcentage de TF et visages non propres chez les enfants âgés de 1 à 9 ans dans les quatre zones d'intervention



A: Proportion de personnes indiquant avoir reçu de l'azithromycine

N: Proportion de ménages indiquant une participation à l'éducation sanitaire pour le trachome

CE: Proportion de ménages indiquant un aller-retour au point d'eau de moins de 30 minutes

TF: Trachome inflammatoire-folliculaire

Visages non propres: Proportion d'enfant avec des écoulements des yeux ou du nez ou les yeux.

*Les barres remplies représentent l'adoption et la diminution en point de pourcentage; les barres d'erreur dénotent un IC de 95% des estimations.

Enquêtes sur la prévalence du trachome dans la région de Koulikoro, au Mali

Présenté par le Docteur Sanoussi Bamani, Coordinateur national, Programme de Prévention de la Cécité du Mali

Données générales

Une enquête nationale sur la prévalence du trachome, réalisée de 1996 à 1997, note une prévalence nationale du trachome actif de 34,9% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans et une prévalence nationale du trichiasis de 2,5% chez les femmes de plus de 14 ans. La région de Koulikoro a une prévalence du trachome actif de 35% et une prévalence du trichiasis de 3,9%. Dès 2000, le programme national, conjointement avec l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome, a réalisé une distribution de masse d'azithromycine à Koulikoro. En 2005, le programme national a décidé de réévaluer la prévalence dans les districts sanitaires qui avaient déjà reçu de l'azithromycine depuis trois ans.

Objectifs et méthodes

L'enquête visait à étudier la prévalence du trachome dans 7 districts sanitaires dans la région de Koulikoro, surtout la prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 6 mois à 9 ans et la prévalence du trichiasis chez les personnes âgées de plus de 14 ans. L'étude comptait une population de 1 449 352 personnes et l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire en deux stades. L'enquête utilisait la méthode d'échantillonnage par grappes—20 grappes étaient choisies aléatoirement dans la liste des villages. Dans chaque grappe (village), la première concession était choisie en faisant tourner un crayon dans un endroit public. Dans chaque concession, on a interviewé/ examiné tous les membres du ménage. Des examens oculaires ont été réalisés pour diagnostiquer les différents stades du trachome. Les paupières supérieures des deux yeux ont été retournées et illuminées avec une lampe de poche ou à la lumière du jour. Les cartes de classement de l'OMS ont été utilisées pour référence pour classer le trachome. Le trachome actif a été défini comme TF ou TI. Après le travail de terrain, une double saisie a été faite des données dans Epi Info 6 et une vérification a été faite. Les enfants avec des signes de trachome actif ont été traités avec une pommade oculaire à base de tétracycline. Les cas de trichiasis ont également été envoyés au centre de santé le plus proche où une chirurgie gratuite du trichiasis peut être obtenue.

Résultats

On a examiné 8 019 enfants âgés de 6 mois à 9 ans ; 51% étaient de sexe féminin et 52% étaient âgés de 0 à 4 ans. Parmi les 7 194 adultes de 15 ans ou plus qui ont été examinés, 55% étaient de sexe féminin. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après :

Tableau 1 : Prévalence du trachome actif (enfants âgés de 6 mois à 9 ans), par district sanitaire

District	Oué	Koul	Kan	Ban	Fana	Dioi	Kati	Moyenne
% TF ou TI	1,34	0,20	4,87	5,28	2,37	0,81	2,70	2,51

Tableau 2 : Prévalence du trichiasis (adultes de plus de 14 ans), par district sanitaire

District	Oué	Koul	Kan	Ban	Fana	Dioi	Kati	Moyenne
% TT	1,09	1,06	1,25	1,27	1,33	1,48	2,49	1,42

Discussion

La prévalence du trachome actif a reculé, passant de 35% à 2,51% dans les districts en l'espace de trois ans de distribution d'azithromycine. De même, la prévalence du trichiasis a baissé, de 3,9% à 2,49% pour ces mêmes districts.

En conclusion, il est difficile de quantifier la baisse de prévalence qui peut être attribuée directement à la distribution d'antibiotiques. La baisse de prévalence du trachome actif et du trichiasis est indéniable, bien que le niveau de TT dépasse encore le seuil d'intervention fixé par l'OMS. Les efforts continus sur le plan de la chirurgie du trichiasis doivent surtout chercher à diminuer le nombre de personnes en attente de l'opération. Actuellement, le programme fait face au problème suivant : comment maintenir les niveaux réduits du trachome actif.

Qui, dans la communauté, est infecté par *Chlamydia trachomatis* ?

Présenté par le Docteur Matthew Burton, International Centre for Eye Health, Londres

Introduction

Pour que le volet A de la stratégie CHANCE soit réussi, il s'agit de déterminer qui a besoin d'un traitement par antibiotiques. Outre ceux avec des infections actives dues à *C. trachomatis*, il serait utile de savoir ce qui constitue le principal réservoir d'infection. En effet, il est probablement plus important de traiter ces personnes que simplement celles ayant des signes de maladie. Ce document traite de la technologie disponible pour déterminer les personnes qui ont contracté l'infection à *C. trachomatis* et celles qui devraient recevoir un traitement

Dépistage de *Chlamydia oculaire*

Pour les premiers tests de détection de *Chlamydia* oculaire, il fallait faire des prélèvements de tissus suivant l'examen au microscope. Un pas en avant était franchi avec la technique de coloration des anticorps en fluorescence augmentant aussi bien la probabilité de détecter *Chlamydia* s'il était présent (sensibilité) que de l'identifier correctement en tant que *Chlamydia trachomatis* (spécificité). Des échantillons de tissus peuvent également être mis en culture pour *Chlamydia*, processus cher et complexe : il existe très peu de laboratoires au monde qui ont l'aptitude nécessaire pour la mise en culture de *Chlamydia*. Les techniques microbiologiques d'ELISA et d'hybridation moléculaire ont apporté de nouveaux niveaux de sensibilité et de spécificité, aboutissant à la technique d'amplification des acides nucléiques (NAAT). Le principe de NAAT est de cibler un ADN spécifique qui ne se trouve que dans l'organisme visé et de répliquer cet ADN de sorte à pouvoir démontrer sa présence. Le processus d'amplification est connu comme Amplification en chaîne par polymérase (ACP). Cette technique est aussi bien qualitative (est-ce que quelqu'un a *Chlamydia* : oui ou non ?) que quantitative (mesure du nombre d'organismes présents dans l'échantillon).

Que mesurons-nous avec l'ACP *C. trachomatis* ?

Le but est de déterminer si la personne a une infection active se répliquant. Il est important de réaliser que les techniques NAAT qu'utilise l'ACP nous indiquent uniquement si l'ADN de *Chlamydia* est présent dans l'échantillon. Il est possible qu'une personne soit infectée par *Chlamydia* tout en ayant un résultat négatif au test si l'écouvillon utilisé pour prélever l'échantillon ne comportait pas suffisamment de matériel de la conjonctive pour contenir *C. trachomatis*. De même, il est possible d'avoir un résultat positif au test si l'écouvillon était contaminé par l'ADN dans l'environnement ou s'il y avait des *Chlamydia* morts dans la larme. Un résultat positif au NAAT provenant de la technique standard de l'ADN n'est pas la même chose qu'une « infection. »

Qualitatif ou quantitatif

L'introduction de l'ACP en temps réel permet une estimation de la quantité d'organismes dans un échantillon devant être déterminé. L'estimation n'est probablement pas une représentation réelle du nombre d'organismes dans l'échantillon, mais s'avère utile puisqu'il indique la distribution de la charge relative de l'infection dans la communauté. L'utilisation de l'ACP en temps réel permet également d'observer les personnes dans la communauté qui comptent le plus grand nombre d'organismes dans leurs yeux et qui constituent donc le réservoir de l'infection. La vaste majorité de l'organisme est trouvée chez des enfants âgés de moins de 10 ans et des quantités extrêmement élevées sont souvent constatées chez les enfants âgés de 6 à 36 mois. Depuis longtemps, on soupçonne que les « jeunes enfants » constituent le réservoir de l'infection et ces données confirment qu'il s'agit effectivement des enfants les plus jeunes dans la communauté. Les enfants âgés de 6 mois à 10 ans devraient faire l'objet d'une attention tout à fait spéciale lors des campagnes de traitement de masse. Par ailleurs, les adultes de plus de 40 ans ont rarement des quantités significatives de *Chlamydia* oculaire et il sera moins grave de passer à côté de ces personnes lors de l'administration en masse de médicaments.

Une nouvelle technique utilisant l'ACP ARN

Dans le cycle de vie de *Chlamydia*, le stade de transmission (connu comme un corps élémentaire) est essentiellement un amas d'ADN dans une capsule de peptide. Les corps élémentaires ne contiennent que peu voire aucun ARN. Une fois que *Chlamydia* pénètre dans la cellule hôte, ils deviennent très actifs du point de vue métabolique et se reproduisent rapidement. Lors de cette phase active du point de vue métabolique, ils produisent un acide nucléique appelé 16S ARNr dans le cadre du cycle de synthèse de la protéine. Le 16S ARNr est représenté à une magnitude bien plus fréquente que l'ADN. Cela veut dire que le test pour dépister 16S ARNr peuvent être bien plus sensible que le test basé sur l'ADN (il existe des milliers de copies en plus pouvant être détectées dans une infection active métaboliquement) et il peut également être plus spécifique pour identifier les infections réelles. Certaines données provenant d'une étude faite en Gambie semblent indiquer que le test « fait maison » de 16S ARNr était plus spécifique que le test ADN commercial pour détecter les infections actives. Si ces données suggèrent que le test ARN est plus spécifique, elles indiquent également par ailleurs que le test est moins sensible que le test ADN commercial puisqu'il n'a pu détecter l'organisme uniquement quand il en existait de nombreuses copies dans l'échantillon et a donné un résultat négatif s'il n'existait que peu de copies.

Récapitulatif

1. La technique d'amplification des acides nucléiques (NAAT) est très sensible pour détecter l'ADN chlamydienne mais risque de ne pas présenter les infections « réelles ».
2. Les signes cliniques (TF et TI) n'ont pas toujours une très bonne corrélation avec les résultats de l'ACP. La corrélation est meilleure lorsque la prévalence des signes est plus élevée mais elle est pire après un traitement à base d'antibiotiques.

3. La quantité de *Chlamydia* trouvée dans les yeux n'est pas la même pour tous les groupes d'âge. Pratiquement tous ceux qui ont des charges élevées sont des enfants. Les enfants de moins de 36 mois sont ceux le plus touchés par *Chlamydia* oculaire dans la communauté.
4. Les enfants âgés entre 6 mois et 10 ans devraient être la cible principale des campagnes de traitement. Il est vraiment important d'arriver à une couverture élevée dans ce groupe d'âge.
5. 16S ARNr peut représenter une infection active métaboliquement.
6. Le test « fait maison » de 16S ARNr utilisé en Gambie était fortement associé aux signes de maladie active et pourrait s'avérer un test utile à l'avenir.

Facteurs affectant la récurrence du trichiasis

Présenté par le Docteur Amir Bedri, l'Initiative Internationale du Trachome, Ethiopie

Le trachome est une des grandes causes infectieuses de cécité dans le monde. Des infections répétées, imputables à *Chlamydia trachomatis*, peuvent être la cause d'entropion/trichiasis et, si cette affection n'est pas traitée, elle aboutit à une opacité de la cornée pouvant entraîner la cécité.

L'acte chirurgical pour corriger l'entropion/trichiasis est l'un des points forts de la stratégie CHANCE adoptée par l'OMS pour lutter contre le trachome cécitant.¹ Par ailleurs, il existe un taux élevé de récurrence d'environ 20% un an après l'opération. Les résultats de suivi à long terme nous donnent des taux encore plus alarmants allant jusqu'à 62%.^{2,4}

Plusieurs facteurs pourraient expliquer la récurrence de TT :

1. type d'intervention chirurgicale
2. compétence du chirurgien
3. gravité de l'entropion/trichiasis (nombre de cils)
4. chirurgie précédente du trichiasis
5. inflammation/infection.

Plusieurs interventions chirurgicales peuvent être faites pour corriger l'entropion/trichiasis. La technique de rotation bilamellaire du tarse (BLTR) est celle avec le taux de récurrence le plus faible et c'est celle recommandée par l'OMS pour les programmes de lutte contre le trachome.⁵ La technique de rotation lamellaire postérieure, également connue sous le nom de technique de Trabut, est très utilisée en Afrique et a des résultats analogues au BLTR.⁶ Au Vietnam et dans d'autres pays asiatiques, la technique Cuenod Nataf est utilisée car elle répond mieux à la forme de l'œil. Un taux de récurrence de 10,8% a été notifié après une année par une étude faite au Vietnam.⁷

Le niveau de compétence du chirurgien joue un rôle puisqu'il existe une variabilité des taux de récurrence chez le même chirurgien. Par ailleurs, le personnel paramédical formé peut exécuter l'intervention tout aussi bien que les ophtalmologues.⁸ Chaque membre du personnel paramédical formé n'a pourtant pas la même compétence pour ces méthodes chirurgicales. Il est important d'utiliser le manuel recommandé par l'OMS pour certifier les chirurgiens du TT afin d'éviter la récurrence suite à l'échec chirurgical.⁹

Plusieurs études ont montré que plus l'entropion/trichiasis est grave au moment de l'intervention, plus les risques de récurrence sont élevés. Une chirurgie précédente du trichiasis est également corrélée à un taux de récurrence plus élevé.

Généralement, les programmes utilisent des sutures absorbables (catgut, vicryl) ou non absorbables (soie). Les sutures non absorbables sont généralement retirées une semaine après l'intervention chirurgicale. Chaque fois qu'elles sont retirées, on court le risque de

désunion de la plaie et trichiasis récurrent et un enlèvement incomplet pourrait causer la formation de granulomes. Les sutures absorbables se dissolvent d'elles mêmes et ainsi la plaie peut guérir correctement. Ces hypothèses doivent être étayées par des études.

L'infection bactérienne et l'inflammation de la conjonctive sont associées toutes les deux à une récurrence plus élevée avec des ratios de probabilité de 4 (IC 95% : 1,49 – 10,8) et 3,16 (IC 95% : 1,51 – 6,62), respectivement.⁴ Les isolats bactériens les plus courants étaient *Strep. pneumoniae* et *Staph.aureus*. De plus, Zhang et al. ont montré que l'infection à *Chlamydia*, au moment de l'intervention et du suivi, est associée à une récurrence plus élevée (OR ~6 ; IC 95% : 1,5 – 2,4 à 6 mois).¹⁰

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Future approaches to trachoma control, Report of a global scientific meeting*. Genève, 17-20 juin 1996. WHO/PBL/96.56. Genève : OMS 1997.
2. Reacher MH, Munoz B, Algahassany A, et al. A controlled trial of surgery for trichomatous trichiasis of the upper lid. *Arch. Ophthalmol* 1992;110: 667-674.
3. Khandekar R, Mohammed AJ, Courtright P. Recurrence of trichiasis: a long-term follow-up study in the Sultanate of Oman. *Ophthalmic Epidemiol* 2001;8:155-161.
4. Burton MJ, Bowmann RJC, Faal, H et al. Long term outcome of trichiasis surgery in the Gambia. *Br. J Ophthalmol*. 2005;89: 575-579.
5. Reacher M, Foster A, Huber J. *Trichiasis surgery for trachoma. The bilamellar tarsal rotation procedure*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1993. WHO/PBL/93.29.
6. Adamu Y, Alemayehu W. A randomised clinical trial of the success rates of bilamellar tarsal rotation and tarsotomy for upper eyelid trichomatous trichiasis. *Ethiop Med J* 2002;40:107-114.
7. Thanh TT, Khandekar R, Luong VQ, Courtright P. One year recurrence of trichomatous trichiasis in routinely operated Cuenod Nataf procedure cases in Vietnam. *Br. J Ophthalmol*. 2004;88(9): 1114-8.
8. Alemayehu W, Melese M, Bejiga A, Worku A et al. Surgery for trichiasis by ophthalmologists versus integrated eye care workers: a randomised trial. *Ophthalmology* 2004;111: 578-584.
9. West SK, Bedri A, Thanh TT, West ES, Alemayehu W, Mariotti SP. *Final Assessment of Trichiasis Surgeons*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005. Publication OMS WHO/PBD/GET/05.2.
10. Zhang H, Kandel RP, Sharma B, Dean D. Risk factors for recurrence of postoperative trichiasis: implications for trachoma blindness prevention. *Arch Ophthalmol*. 2004;122: 511-516.

Essai aléatoire avec cas-témoins de l'azithromycine suivant la chirurgie du trichiasis

Présenté par le Docteur Matthew Burton, International Centre for Eye Health, Londres

Données générales

Nombreux sont les faits indiquant que la chirurgie du trichiasis diminue le risque de cécité et telle est la conviction animant le volet « CH » de la stratégie CHANCE. Par contre, après l'intervention chirurgicale, le trichiasis revient souvent avec un risque accru de cécité. Les mécanismes suivants seraient responsables de la récurrence du trichiasis : méthode chirurgicale, compétence du chirurgien, état de la maladie avant l'opération, guérison de la plaie et infection par *Chlamydia* ou autre bactérie. D'où la question suivante « est-ce que la prise d'azithromycine suivant la chirurgie du trichiasis améliore les résultats dans des conditions opérationnelles ? » Dans ce document, nous décrivons l'effet de la prise de deux doses d'azithromycine par voie orale chez les patients du trichiasis au moment de l'intervention chirurgicale en plus de l'application normale de pommade oculaire de tétracycline lorsque les interventions chirurgicales sont réalisées dans des conditions de terrain normales.

Plan de l'étude

Nous avons recruté 451 patients avec trichiasis grave (plus de cinq cils touchant le globe oculaire) et nous les avons répartis par voie aléatoire après l'intervention chirurgicale dans le groupe recevant uniquement une pommade oculaire de tétracycline ou le groupe recevant de la tétracycline plus de l'azithromycine. Nous avons également traité les enfants de ces patients dans le groupe d'azithromycine. Nous avons suivi les patients à 6 et 12 mois et nous avons redonné de l'azithromycine au moment du suivi de six mois.

Résultats

Parmi les 451 patients recrutés, 216 se trouvaient dans le groupe azithromycine et 235 dans le groupe avec uniquement de la tétracycline. Les caractéristiques des patients étaient les mêmes entre les deux groupes : 70% étaient des femmes, âge moyen de 57 ans et indice moyen de masse corporelle de 20 et composition ethnique analogue. Nous avons pu suivre 90% ou plus de chaque groupe à 6 et 12 mois. Après un an, 41,3% de tous les patients connaissaient une récurrence du trichiasis. Le résultat était le même entre le groupe d'azithromycine et le groupe témoin. Parmi les 176 personnes avec récurrence du trichiasis, 139 avaient au moins un cil touchant la cornée et 84 avaient cinq cils ou plus touchant le globe. La récurrence du trichiasis après un an était associée à la gravité de la maladie avant l'opération. En effet, les patients avec plus de 10 cils touchant l'œil étaient deux fois plus susceptibles d'avoir une récurrence et presque cinq fois plus susceptibles d'avoir une récurrence grave que ceux souffrant d'un trichiasis moins prononcé. On note également une association positive entre une grave infection de la conjonctivite et infection bactérienne (mais non *C. trachomatis*) au taux accru de récurrence. Dix-sept infirmières spécialisées en ophtalmologie ont opéré pendant l'étude avec une moyenne de 26 cas chacune. On note une vaste fourchette de récurrence d'un chirurgien à l'autre, de 0% à 83%. Il est important de noter que les patients étaient très satisfaits par la chirurgie (même s'ils ont eu des récurrences) et que presque 60% des patients avaient une meilleure vision, telle que

mesurée par l'échelle LogMAR. Soixante-dix-sept pour cent des patients ont indiqué que leur vision était meilleure.

Conclusions

1. Le taux élevé de récurrence (40%) est très décourageant.
2. Il est possible qu'un chirurgien très qualifié est très peu, voire aucune récurrence, alors que d'autres connaissent une récurrence très élevée. Aussi, est-il très important de contrôler la qualité de l'intervention chirurgicale, d'apporter la meilleure formation possible et de certifier les chirurgiens avant qu'ils ne deviennent opérationnels.
3. La chirurgie du trichiasis a amélioré l'acuité visuelle, a diminué la douleur et a été jugée très bénéfique parmi les patients.
4. Dans cette étude opérationnelle, aucun avantage supplémentaire n'était noté en ce qui concerne la prise d'azithromycine au moment de la chirurgie, bien qu'il faille noter que l'étude a été faite dans une zone à faible prévalence où la densité d'infection à *C. trachomatis* est faible. Cela risque d'être différent dans une zone à prévalence élevée.
5. La récurrence élevée liée à une mauvaise technique chirurgicale est probablement le facteur numéro un de la récurrence. Aussi, une meilleure formation et certification des chirurgiens est probablement le changement le plus important auquel peut procéder un programme pour diminuer le taux de récurrence.

Gestion des stocks de Zithromax

Présenté par le Docteur Amos Sam-Abbenyi, Initiative Internationale du Trachome

Données générales et objectifs

Des audits du Zithromax ont été réalisés le troisième trimestre de 2005 au Vietnam, au Ghana, au Mali, en Mauritanie et au Sénégal. Les objectifs étaient les suivants : (1) cartographier les mécanismes de dédouanement et recommander, le cas échéant, une interface efficace avec le système de distribution des médicaments essentiels dans chaque pays et (2) évaluer les fonctions de logistique de la chaîne d'approvisionnement du Zithromax, du port d'entrée au point de traitement de masse dans les communautés.

Méthodologie

Un outil d'évaluation a été adapté à partir de l'outil d'évaluation des systèmes logistiques conçus par John Snow International/Projet DELIVER (JSI). Chaque audit était réalisé par une équipe avec un auditeur principal de JSI, le programme national de lutte contre le trachome, un représentant du bureau de terrain de l'ITI et le système national de distribution des médicaments essentiels. Des données ont été collectées sur les fonctions logistiques dans le cadre de visites dans les dépôts des aéroports (port d'entrée), les pharmacies nationales d'approvisionnement et auprès d'un échantillon de districts, choisis aléatoirement, qui pouvait être couvert dans les délais dont on disposait.

Résultats et recommandations

Ils sont récapitulés sur le Tableau 1 ci-après.

Prochaines étapes

Les prochaines étapes sont les suivantes :

- déterminer un système opérationnel de gestion de stock de Zithromax en vue de minimiser les pertes de produits, allant du port d'entrée jusqu'au point de distribution dans les villages
- suivre et superviser efficacement le système intégré au système national de distribution des médicaments essentiels

Tableau 1. Récapitulatif des résultats et recommandations d'action pour les fonctions de logistique du Zithromax dans les pays où le trachome est endémique

Fonction logistique	Forces	Faiblesses	Recommandations
1. Organisation et soutien du personnel	<ul style="list-style-type: none"> Formulation et utilisation de directives et manuels Micro-planification par les districts avant et après les campagnes de distribution du Zithromax 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de procédure de la chaîne d'approvisionnement dans les manuels/directives Manque de formation du personnel chargé de la distribution du Zithromax au niveau district 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le plaidoyer pour la logistique du Zithromax à tous les niveaux Mettre à jour les manuels/ directives concernant la chaîne d'approvisionnement du Zithromax
2. Système d'information en gestion logistique (SIGL)	<ul style="list-style-type: none"> Fiches de stock dans les dépôts : remplis régulièrement et avec exactitude Données logistiques exactes aux niveaux régions/districts Rapports sur les produits après réunions de la campagne/feed-back 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi du taux de couverture de la population mais sans indicateurs de logistique Aucun système d'approvisionnement du Zithromax défini dans les magasins centraux et régionaux Numéros de lot et dates de péremption ne figurent pas sur les formulaires Pas de POS pour les audits Niveaux plus élevés ne reçoivent pas les formulaires d'inventaire des niveaux plus faibles 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs de logistique (stock disponible, ruptures de stock et stock excessif) donnés en feed-back à la fin de la campagne Formulaires SIGL devraient correspondre à ceux des programmes vitamine A et déparasitage. Formulaires récapitulatifs devraient être ajustés pour montrer traitement avec POS et comprimés Pertes et ajustements sur les formulaires de contrôle des stocks
3. Prévisions	<ul style="list-style-type: none"> Quantifications faites en utilisant les données démographiques Prévisions adaptées et souples Enquêtes indiquent les districts d'endémicité pour l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Chiffres inexacts sur le stock national – stock restant n'est pas signalé par les districts Données dispensateur à utilisateur ne sont pas utilisées pour les prévisions de Zithromax Sur-estimation des besoins en Zithromax (données démographiques) 	<ul style="list-style-type: none"> La quantification du Zithromax devrait reposer sur les données logistiques dans les rapports post-campagne : stocks disponibles et données dispensateur à utilisateur Envisager les mouvements de population dans les données démographiques

Fonction logistique	Forces	Faiblesses	Recommandations
4. Mécanismes de contrôle des stocks	<ul style="list-style-type: none"> Personnel comprend les principes Premier Périé, Premier Sorti (PPPS) Quantités suffisantes de Zithromax reçues au bon moment à tous les niveaux Inventaire physique du Zithromax réalisé chaque année suivant la campagne 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments périmés dans les magasins de district PPPS ignoré au niveau régional, même par les responsables formés des magasins Stock de Zithromax sans documentation Elimination des bouteilles de Zithromax utilisées ni expliquée ni communiquée 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la supervision par les dépôts centraux/régionaux Directives formelles des inventaires inversés de Zithromax pour renforcer PPPS Directives nationales pour l'élimination des bouteilles vides et des médicaments périmés
5. Emmagasiner et stockage	<ul style="list-style-type: none"> Espace suffisant dans les magasins/dépôts propres aux niveaux central et régional Stock de Zithromax sur palettes (étiquettes, numéros de lot et dates de péremption) 	<ul style="list-style-type: none"> Stocks périmés dans le dépôt régional de la dernière campagne qui prend beaucoup d'espace Techniques PPPS qui ne sont pas forcément suivies, erreurs de calcul et déséquilibre de stock 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la supervision par les dépôts centraux/régionaux Directives formelles des inventaires inversés de Zithromax pour renforcer PPPS Directives nationales pour l'élimination des bouteilles vides et des médicaments périmés
6. Assurance de qualité (AQ)	<ul style="list-style-type: none"> Produits pour l'exactitude de la qualité obtenue et dégâts physiques des boîtes à l'aéroport et à la réception dans tous les dépôts Pour les inspections visuelles, la date de péremption et la fermeture hermétique de la bouteille étaient régulièrement observées dans tout le système 	<ul style="list-style-type: none"> Tests de qualité de laboratoire ne sont pas réalisés AQ du produit (couleur, odeur, fermeture de la bouteille, inspection physique) n'est pas indiquée dans les manuels du NTCP Pas de certificats de contrôle de la qualité pour le Zithromax 	<ul style="list-style-type: none"> Inspection visuelle du Zithromax devrait se faire régulièrement Mise à jour du manuel NTCP afin d'inclure une liste de vérification pour la qualité du Zithromax avant la distribution

Fonction logistique	Forces	Faiblesses	Recommandations
7. Transport et distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Véhicules du niveau central aux régions doivent être couverts • Système de transport fiable et adéquat du niveau central au niveau district 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrangements insuffisants de transport suite aux longs retards bureaucratiques • Zithromax exposé à la lumière directe du soleil 	<ul style="list-style-type: none"> • MS devrait mettre des camions à la disposition des campagnes de traitement de masse pour le trachome • Motocyclettes et bicyclettes – niveau sous-district
8. Utilisation des produits	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé formés avant la campagne sur l'utilisation du Zithromax • Directives pour l'utilisation correcte du Zithromax doivent être suivies 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines personnes ont refusé le traitement avec le Zithromax 	
9. Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des partenaires et engagement du gouvernement pour le financement des coûts de distribution du Zithromax • A tous les niveaux, le gouvernement a pris à sa charge les coûts d'emménagement et de stockage 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines personnes ont refusé le traitement à base de Zithromax 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le plaidoyer, les appels de fonds et la mobilisation de ressources pour les coûts de distribution du Zithromax • MS devrait octroyer un budget pour les campagnes de traitement de masse du trachome • Renforcer les capacités en logistique sur l'ensemble du système de gestion du Zithromax

Enquêtes sur la prévalence du trachome

Présenté par le Docteur Jeremiah Ngondi, Université de Cambridge

Introduction

Le trachome sévit essentiellement dans les communautés pauvres et dans des zones rurales reculées de pays en développement. Les enquêtes sur le trachome permettent de quantifier la prévalence de la maladie et de planifier ainsi la mise en œuvre d'intervention, ainsi que l'évaluation de l'impact de ces interventions. Par ailleurs, dans les contextes où le trachome est endémique, il existe souvent des obstacles méthodologiques et pratiques qui rendent les enquêtes complexes, laborieuses et onéreuses. Actuellement, on propose trois méthodologies d'enquête du trachome : échantillonnage aléatoire par grappes (EAG), évaluation rapide du trachome (ERT) et, plus récemment, l'échantillonnage modifié d'assurance de qualité des lots (EAQL), également appelé évaluation rapide du trachome échantillonnage-assurance (ERTEA). Certes, point de panacée dans les plans d'enquête, et pourtant les programmes ont besoin de certaines normes pour les enquêtes sur le terrain basées sur l'efficacité (délais et coûts) tout en maintenant parallèlement une bonne précision (rigueur méthodologique).

Plans d'enquête

Echantillonnage aléatoire par grappes (EAG)

Des sous-groupes qui ne se chevauchent pas (grappes) généralement en fonction de limites géographiques ou politiques sont choisis et, au sein de chaque grappe, chaque sujet est choisi. On utilise le plus souvent un plan à deux étapes en choisissant d'abord les villages (grappes) et ensuite, les individus dans les ménages. Le plan peut porter sur de multiples étapes. Les modifications des plans EAG consistent notamment à utiliser une probabilité proportionnelle à la taille d'une certaine variable de la population (taille de la population). La méthode est avantageuse puisqu'elle ne nécessite que les listes des unités dans les grappes choisies, d'où son coût-efficacité. L'inconvénient principal du plan EAG, c'est qu'il ne se destine pas aux calculs des estimations de grappes individuelles. Les échantillons EAG peuvent être utilisés pour de multiples indicateurs en même temps, par exemple, l'évaluation du trachome actif, du trichiasis et les facteurs-risques communautaires. Ce plan est très utilisé dans les enquêtes sur la plupart des maladies dans les pays en développement.

Evaluation rapide du trachome (ERT)

C'est une méthode simple et efficace mise au point pour faire une évaluation rapide du trachome actif chez les enfants, du trichiasis chez les femmes et des facteurs-risques environnementaux. Ensuite, ces indicateurs permettent le classement de communautés en ordre prioritaire pour les interventions dans les communautés les plus touchées. Seulement, cette méthode se fonde sur un échantillon pratique avec les problèmes de manque de constance et d'exactitude douteuse. Elle ne permet pas d'estimer la prévalence et, par conséquent, n'est guère utile puisque les résultats ne peuvent pas servir de données 'initiales' ou de données pour évaluer l'impact. Leur seule utilité consiste à classer en ordre prioritaire les communautés.

Evaluation rapide du trachome échantillonnage-assurance (ERTEA)

L'échantillonnage d'assurance de qualité des lots (EAQL) est emprunté de l'industrie de fabrication aux fins de contrôle de la qualité. Cette méthodologie vise essentiellement à déterminer si un lot de produits est acceptable ou inacceptable en prélevant un échantillon et en définissant les niveaux de risque que les fabricants sont prêts à prendre en ne pas inspectant chaque produit. La valeur décisive est le nombre de produits défectueux qui doivent être trouvés avant que l'on juge que tel lot est inacceptable. L'ERTEA est une modification de l'EAQL où l'échantillonnage d'un lot continue jusqu'à ce que la taille maximale de l'échantillonnage soit atteinte plutôt que de s'arrêter quand le nombre prévu de produits « défectueux » est trouvé. L'ERTEA est proposée comme remplacement possible de l'évaluation rapide du trachome (ERT). Par ailleurs, l'inconvénient de la méthode, c'est qu'elle utilise un échantillonnage aléatoire stratifié—et, par conséquent, il faut une liste de toutes les personnes. De petites tailles d'échantillons dans chaque lot donneront probablement des estimations imprécises. En plus, l'ERTEA n'a été proposée que pour le trachome et risque de ne pas être applicable dans le cadre d'enquêtes pour d'autres maladies. Les données de la méthode ERTEA ne sont pas interprétables intuitivement puisqu'elles se rapportent spécifiquement au trachome.

Questions méthodologiques

Le manque de fiabilité des bases d'échantillonnage est un des grands problèmes méthodologiques dans les enquêtes du trachome suite aux raisons suivantes : 1) manque de données à jour sur les recensements de la population ; 2) exclusion possible des communautés marginalisées ou régions reculées ; 3) taux de migration élevés (communautés nomades, déplacement des populations) ; 4) problèmes de sécurité et d'accessibilité. Lorsqu'on choisit tel ou tel plan d'enquête, il faut envisager ces obstacles car ils sont souvent la cause d'estimations imprécises. Tel est le cas même dans une enquête bien réalisée, surtout lorsque les échantillons aléatoires stratifiés sont utilisés dans des situations où il n'est pas possible de choisir aléatoirement les individus.

Expérience pratique

L'expérience recueillie par les programmes nationaux montre que le plan EAG est simple, adaptable et efficace pour maintenir l'exactitude des résultats avec une bonne précision, si ces enquêtes sont bien conçues et bien réalisées. Dans le Soudan du Sud où n'existait pas de base d'échantillonnage pendant le conflit, un plan EAG à deux étapes a été utilisé pour faire de vastes enquêtes initiales pour la planification du programme. Plus récemment, des enquêtes d'évaluation triennales ont été réalisées en utilisant le plan EAG dans quatre régions du programme. Les données de suivi permettent de faire des comparaisons afin de déterminer les changements dans la prévalence.

Tableau 1 : Echantillon aléatoire sur grappes versus méthode ERTEA

Question	EAG Echantillon aléatoire par grappes	ERTEA Evaluation rapide du trachome échantillonnage-assurance
Plan d'échantillonnage	Echantillonnage par grappes à deux étages (peut être multiples étapes)	Echantillon aléatoire stratifié
Sous-groupes	Appelés grappes Basés sur les limites géographiques ou politiques Doivent être hétérogènes en principe	Appelés lots Basés sur les limites géographiques ou politiques Doivent être homogènes en principe
Taille de l'échantillon	Estimée en fonction de la proportion d'une population ou estimée en fonction d'un test d'hypothèse	Estimée en fonction sur le test d'hypothèse (proportion souhaitée et niveau de risque) Taille de l'échantillon général plus petite que EAG
Listes d'unités	Point besoin de liste d'unités	Besoin de listes de toutes les unités d'une population
Base de déduction	Intervalle de confiance pour l'estimation	Test d'hypothèse
Résultat	Estimation générale Estimation de grappes individuelles ne devrait pas être calculée	Estimation générale Lots individuels jugés acceptables ou inacceptables Le classement des lots par stop n'est pas utilisé
Pondération de l'échantillon	Auto-pondération	Les poids doivent être calculés pour chaque lot
Coût	Moins de temps de déplacement et de préparation	Chaque lot doit être échantillonné, d'où un coût plus élevé
Raisons du biais potentiel	Groupements géographiques d'un échantillon	Petits échantillons dans chaque lot Sélection d'enfants au sein des familles contraire à l'échantillon aléatoire stratifié Age 2 à 5 ans pas conforme à la recommandation de l'OMS pour l'indicateur de prévalence de TF
Facilité d'exécution	Simple, efficace, peu cher	Besoin de décider de proportions et risques acceptables Besoin de liste de toutes les unités d'une population Expertise technique peut être nécessaire
Quand faut-il l'utiliser	Lorsqu'on est intéressé par une estimation générale de la population obtenue à un faible coût	Lorsqu'on est intéressé par une information pour chaque lot

Conclusion et recommandations

Il est essentiel de déterminer la prévalence du trachome, du moins au niveau district, avec une précision raisonnable pour procéder à une bonne planification des programmes. Si on a suggéré à cet effet le classement de la prévalence communautaire, ce n'est pas pourtant pas essentiel et cela ne fournira probablement pas une information supplémentaire à celle obtenue à partir des estimations sur la prévalence au niveau district. Actuellement, l'OMS recommande de mettre en œuvre CHANCE dans les régions où la prévalence de TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans dépasse 10%. La distribution de masse repose sur la prévalence au sein du district et, par conséquent, le classement de la prévalence communautaire n'est pas essentiel pour le traitement de masse à base d'azithromycine.

Aussi, recommandons-nous que les programmes nationaux adoptent le plan d'échantillonnage aléatoire par grappes pour les enquêtes initiales ainsi que pour les enquêtes de suivi. Les grands avantages du plan EAG reposent dans son adaptabilité, efficacité, pour économiser sur le temps et l'argent et sa capacité à obtenir et à maintenir des estimations précises sur la prévalence. Nous proposons également d'uniformiser les questions méthodologiques suivantes pour obtenir les meilleurs résultats sur la prévalence à l'aide de cette méthode :

- *Estimation de la taille de l'échantillon* : On propose un effet du plan expérimental d'au moins cinq pour estimer la taille de l'échantillon servant à l'estimation de la prévalence des signes du trachome actif à l'aide du plan EAG.
- *Effets des signes du trachome actif* : Le trachome inflammatoire-folliculaire (TF) est recommandé par l'OMS comme l'indicateur clé pour l'évaluation de la prévalence du trachome actif. Les enquêtes sur le trachome doivent signaler avec constance la prévalence de TF. Si c'est nécessaire, elles doivent signaler séparément le trachome inflammatoire-intense (TI). L'effet combiné du trachome actif (TF et/ou TI) n'est pas une mesure robuste puisque TF et TI représentent différentes entités dans le même processus de maladie, faisant que la mesure combinée est difficile à interpréter.
- *Fourchette d'âge des enfants qui seront examinés* : L'OMS propose d'inclure les enfants âgés de 1 à 9 ans dans l'estimation de la prévalence du TF. Il est important de garder cette fourchette d'âge uniforme puisque la prévalence de TF dépend de l'âge. Si on examine différents groupes d'âge à différents moments, on risque d'obtenir une estimation imprécise de la prévalence, surtout lorsqu'on échantillonne uniquement les enfants scolarisés.
- *Analyse des estimations de la prévalence* : Il faut ajuster le plan d'échantillonnage pour tenir compte de l'agglutination dans le cas du plan EAG. Il faut signaler les intervalles de confiance pour les estimations sur la prévalence.

Dans les situations où il faut déterminer la charge de maladie dans un endroit délimité tel une communauté (village ou camps nomades), on propose l'évaluation rapide à l'aide de ERT ou ERTEA. Les enquêtes du trachome sur le terrain n'éliminent pas le besoin de procéder à une surveillance et à un suivi dans les contextes où la maladie est faiblement endémique, ainsi que la recherche active de cas de trichiasis.

Enquête sur la prévalence du trachome dans l'état de Katsina

Présenté par le Docteur Emmanuel Miri, Centre Carter Nigeria

Données générales

L'état de Katsina est ce qu'on appelle la ceinture du Trachome au Nigeria avec, pour frontière au nord la région de Maradi de la République du Niger (carte). Maradi connaît une prévalence élevée du trachome actif (supérieure à 40% de TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans). Depuis longtemps, on soupçonne que Katsina souffre également d'une lourde charge du trachome. Le Ministère de la Santé de l'état de Katsina a demandé la collaboration du Centre Carter pour évaluer la charge du trachome afin de démarrer, dans cet état, un programme de lutte contre cette maladie.



Méthodes

Partage du coût

Le Centre Carter et le gouvernement de l'état de Katsina ont convenu de partager le coût de l'enquête, en fonction des capacités. L'état a fourni le personnel et a payé l'indemnité journalière pour deux ophtalmologistes, un chauffeur et un responsable de la saisie de données. L'état a également fourni un véhicule et le carburant, la pommade oculaire à base de tétracycline pour le traitement et a également réalisé des chirurgies du trichiasis. Le Centre Carter a fourni l'indemnité journalière pour sept membres supplémentaires, deux véhicules et des coûts divers de l'enquête, par exemple papier et impression.

Protocole

L'enquête était une enquête de la prévalence à base de population réalisée dans 10 collectivités locales (LGA) où l'on soupçonnait la charge la plus élevée du trachome. Dans chaque collectivité locale, nous avons échantillonné 20 villages choisis aléatoirement pour arriver à un total d'au moins 1 300 enfants âgés de 1 à 9 ans et 750 adultes âgés de 15 ans ou plus. La taille de l'échantillon était basée sur une prévalence assumée de TF chez les enfants de 25% et de TT chez les adultes de 1%, avec un effet du plan expérimental de quatre.

Contrôle de qualité

Les enquêteurs ont suivi une formation de deux jours portant sur l'utilisation du système de classement simplifié avec un test sur un échantillon de 50 lames de trachome et 50 sujets vivants choisis pour représenter tous les stades du trachome. Seuls les dépisteurs qui sont arrivés à un score de plus de 80% sur les lames et les sujets ont continué le travail sur le terrain. Les données ont été notées sur des formulaires standard sur le terrain. Ces formulaires ont été vérifiés dans chaque village avant de quitter ce village et on a rectifié ceux illisibles ou ceux avec des données manquantes. Les données ont été saisies à deux reprises et vérifiées.

Aspects éthiques

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Conseil d'Examen interne de l'Université d'Emory et le Ministère de la Santé de Katsina a donné l'autorisation de faire l'enquête. La participation était volontaire et réalisée conformément aux stipulations de la déclaration de Helsinki.

Résultats

Les données à double saisie n'étaient pas disponibles lors de la présente réunion. Par ailleurs, on a présenté des données préliminaires qui pourraient encore changer. Un total de 20 086 participants ont été recrutés dans 200 villages de 10 collectivités locales. L'âge moyen était de 19 ans et 50% étaient de sexe masculin. En général, la prévalence moyenne du trachome actif dans les collectivités locales s'élevait à 14,5% et la prévalence moyenne du trichiasis chez les adultes était de 3,8% (cela équivaut à une prévalence de TT au sein de la population d'environ 1,7%). On note une variation considérable entre les collectivités locales où la prévalence du trachome actif s'élevait entre 4% et 18%. Les données au niveau des ménages indiquent une couverture élevée en latrines (moyenne de 80%) et un niveau élevé d'accès à l'eau de 95% pour un aller-retour de 30 minutes.

Conclusions

1. Grâce à un accord bien préparé, le partage de coûts entre l'état et le Centre Carter a été très efficace. Le coût total de l'enquête s'élevait à environ 10 000\$US.
2. L'analyse des données préliminaires indique que plusieurs collectivités locales dépassent le seuil OMS de 10% de TF chez les enfants âgés de 1 à 9 ans—d'où la nécessité d'un programme de lutte dans le district.
3. Le matériel pour l'assainissement environnemental existait déjà (latrines et eau) et, par conséquent, un programme d'intervention devrait se concentrer davantage sur la chirurgie, les antibiotiques et le changement de comportement.
4. La prévalence moyenne relativement élevée du trichiasis (17 fois le niveau seuil recommandé par l'OMS pour une intervention) montre que le trachome était un grave problème par le passé. Le nouveau programme de lutte devra s'attaquer en premier au nombre élevé de personnes en attente d'une chirurgie.

Enquêtes dans les districts de Magaria et de Matameye de la région de Zinder, au Niger

Présenté par le Docteur Kadri Boubacar, Programme national de Prévention de la Cécité, Niger

Données générales

Selon les données épidémiologiques, le trachome est un grave problème de santé publique au Niger. Avec une prévalence moyenne de TF/TI de 36,4% chez les enfants âgés de 0 à 10 ans et une prévalence moyenne de TT de 1,7% chez les femmes de plus de 15 ans, les deux indicateurs dépassent les niveaux d'intervention fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Six des huit régions sanitaires au Niger sont à caractère endémique : Zinder, Diffa, Maradi, Tahoua, Dosso et Tillabéri.

En 2001, avec le soutien de Helen Keller International, le programme a déterminé la prévalence du trachome dans les six districts sanitaires de la région de Zinder : Tanout (26,3%), Gouré (61,4%), commune de Zinder (37,7%), Matamèye (63,4%), Magaria (62,8%) et Mirriah (34,8%). Magaria et Matamèye ont ensuite été choisis comme districts pilotes pour l'intervention basée sur la stratégie CHANCE comprenant une distribution d'antibiotiques aux hommes, femmes et enfants de six mois et plus. Le programme a également utilisé des canaux traditionnels pour sensibiliser aux problèmes du trachome : agents de santé, marabouts, agents communautaires et acteurs ainsi que diffusion de trois messages tous les jours à la radio. On a également encouragé la construction de latrines et les visages propres chez les enfants. De 2003 à 2005, une distribution annuelle en masse d'azithromycine a eu lieu dans 700 villages de Magaria et Matamèye.

Méthodes

A la fin de 2005, une étude de suivi cherchait à déterminer la prévalence du trachome en utilisant le même protocole d'étude que celui utilisé lors de l'enquête initiale : enquête transversale avec échantillon stratifié aléatoire sur grappes, à deux étapes. La base de sondage était une liste de village provenant du recensement général de 2001. Dans chaque village ou groupe, le nombre de ménages visités a été choisi au hasard à partir d'un endroit de référence central (mosquée, place publique, marché, etc.).

On a examiné chaque membre d'un ménage jusqu'à ce que les équipes aient atteint le nombre ciblé de personnes devant être examinées. Dans chaque groupe, l'échantillon était composé de 78 enfants âgés de 1 à 9 ans et de 80 adultes de plus de 15 ans. Les paupières supérieures des yeux ont été retournées et examinées avec une loupe binoculaire 2,5 avec une lumière adéquate. Toutes les données ont été analysées en utilisant Epi Info Version 6.

Résultats

Les Tableaux 1 et 2 ci-après montrent les résultats de l'étude de suivi de 2005 comparés aux données initiales de 2001.

Tableau 1 : Changement dans la prévalence du trachome et des visages propres dans le district de Magaria, 2001-2005

MAGARIA	TF	TI	TT	Visages propres
Enquête initiale (2001)	62,3%	0,5%	7,7%	51,4%
2005	7,6%	2%	0,04%	33,3%

Tableau 2 : Changement dans la prévalence du trachome et des visages propres dans le district de Matamèye, 2001-2005

MAGARIA	TF	TI	TT	Visages propres
Enquête initiale (2001)	49,6%	1,3%	4,2%	43,5%
2005	6,7%	13,1%	0,08%	74%

La disponibilité en eau potable pendant cette période a également augmenté, passant de 40% à 42,6% à Magaria et de 50% à 53,1% à Matamèye. La couverture en latrines s'est étendue de 1,1% à 8% à Magaria et de 6% à 23,4% à Matamèye. Cette étude nous permet de conclure que la distribution de masse d'azithromycine, de pair avec les autres composantes de CHANCE, a permis de faire reculer la prévalence du trachome dans ces zones d'endémicité.

Conclusion

L'information, l'éducation et la communication sont nécessaires pour susciter le changement de comportement permettant de prévenir le trachome. Le fait qu'il existait encore une proportion élevée d'enfants avec des visages sales est probablement lié au moment de l'étude—saison sèche et chaude pendant l'étude initiale et saison froide pendant l'étude sur l'impact.

Ces résultats nous amènent à la question difficile de savoir comment maintenir la baisse de la prévalence du trachome déjà atteinte dans ces deux districts et comment cibler les foyers d'endémicité qui existent encore. En bref, la distribution de masse d'azithromycine dans les zones où le trachome est endémique a permis de faire reculer la prévalence du trachome actif à des niveaux acceptables (<10%) mais à elle seule, sera insuffisante pour susciter un changement durable de comportement permettant d'éliminer le trachome cécitant au Niger.

Les efforts coordonnés du Programme National de Prévention de la Cécité (PNLCC) et de ses partenaires (Helen Keller International, World Vision, Centre Carter, Initiative internationale de Lutte contre le Trachome, UNICEF) dans les régions de Zinder, Maradi et Diffa ont rendu possibles ces résultats encourageants.

Enquête nationale sur la cécité et la faible vision en Ethiopie, 2005-2006

Présenté par le Professeur Yemane Berhane, Faculté de Médecine de l'Université d'Addis Ababa

Données générales

La cécité est un grave problème de santé en Ethiopie. Selon les rapports d'enquêtes à petite échelle, la prévalence nationale de la cécité est estimée à 1,25%, l'une des plus élevées au monde. Environ 80% de la cécité en Ethiopie pourrait probablement être évitée (peut être évitée ou traitée) et elle est imputable au trachome, à la cataracte et au glaucome. Le Programme national de Lutte contre la Cécité se concentre essentiellement sur la chirurgie de la cataracte et les programmes de lutte contre le trachome utilisent la stratégie CHANCE.

L'enquête établit les estimations nationales récentes de la cécité, la faible vision et la prévalence du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans. Ainsi, on pourra démontrer la charge de la cécité (notamment la cécité imputable au trachome), estimer les besoins et c'est également une base initiale pour suivre les progrès.

Objectifs

- Déterminer la prévalence de la cécité et de la faible vision aux niveaux national et régional
- Déterminer la prévalence nationale et régionale du trachome actif chez les enfants âgés de 1 à 9 ans
- Déterminer les causes de la cécité et de la faible vision au niveau national, en se concentrant sur la cataracte, le glaucome, le trachome et l'erreur de réfraction.

Méthodes

Une enquête sur la prévalence au niveau de la population (ménages) a été réalisée en utilisant un échantillonnage par grappes à multiples étapes stratifié par région et strates urbaines/rurales. Les unités d'échantillonnage primaires sont les kebeles (villages) et les unités d'échantillonnage secondaires étaient les ménages au sein de la grappe. Les personnes sans abri, même si elles vivaient dans le kebele de l'enquête, n'étaient pas incluses pour éviter l'agglutination des cas de cécité. Un total de 179 grappes ont été choisies aléatoirement dans neuf états régionaux et deux administrations de la ville, sur la base de la probabilité proportionnelle à la taille, où 25 776 personnes (6 265 ménages) devaient être recrutés.

L'enquête utilisait des entretiens et un examen des yeux comme méthode de collecte de données. Les entretiens ont été réalisés avec le chef de famille, son épouse ou un membre adulte du ménage (15 ans ou plus) en leur absence. Les équipes d'examen (au moins une par région) comprenaient un ophtalmologiste, un assistant en ophtalmologie, deux assistants sanitaires, 10 enquêteurs, cinq guides et un chauffeur. Les données démographiques ont été notées par les enquêteurs qui étaient recrutés localement et connaissaient bien la culture et la langue de la région de l'enquête. Visual acuities étaient mesurées par les assistants sanitaires et l'examen oculaire consistait à faire l'évaluation

du glaucome, de la cataracte, du trachome et de la xérophthalmie par les assistants en ophtalmologie et les ophtalmologistes. Les personnes avec une acuité visuelle de moins de 6/18 dans l'un ou l'autre des yeux ont été examinés par l'ophtalmologiste et on a noté la cause de la faible vision ou de la cécité. Si l'examen demandait que certaines mesures soient prises, on a noté l'intervention spécifique recommandée par les examinateurs. L'ophtalmologiste était le coordinateur principal et le chef de l'équipe (voir Figure 1).

Tableau 1 : Nombre de grappes et population de l'enquête nationale sur la cécité, Ethiopie, 2005-2006

Région	Nombre ajusté de grappes	Population ajustée	Prévalence prévue	Précision prévue (%)	95% LCI~	95% UCI~	Nombre total de ménages
Tigray	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Afar	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Amhara	33	4 752	1,25	0,47	0,78	1,72	1 155
Oromia	33	4 752	1,25	0,47	0,78	1,72	1 155
Somalie	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Benshangul Gumuz	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
SNNP	33	4 752	1,25	0,47	0,78	1,72	1 155
Gambella	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Harari	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Addis Ababa	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Dire Dawa	10	1 440	1,25	0,85	0,40	2,10	350
Total	179	25 776					6 265

Limitations de l'enquête :

- Manque de cartes locales
- Manque de recensement récent ou liste de population/ménages
- Transports limités
- Manque de téléphones
- Barrières de langue
- Détermination de l'âge

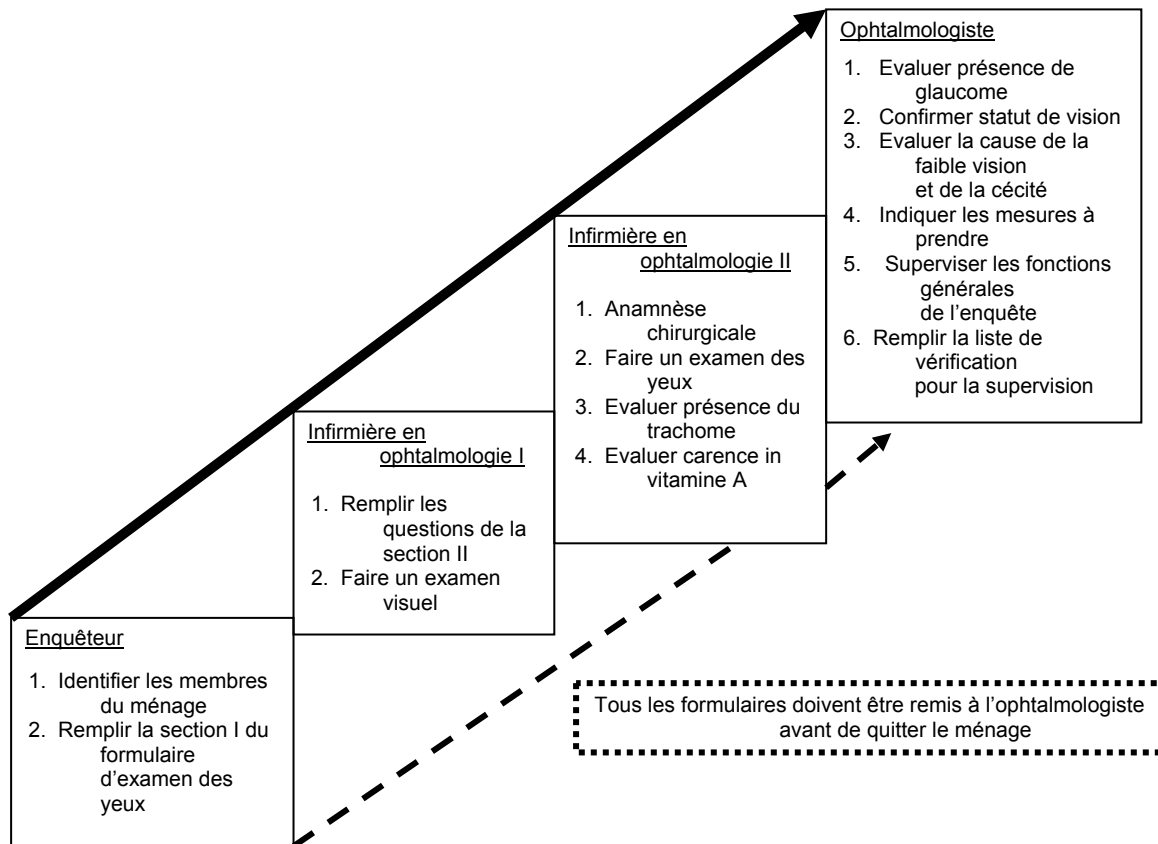
Suivant les aspects éthiques, on a informé les participants de la méthode de l'enquête et on leur a demandé s'ils souhaitaient volontairement participer. Les problèmes des yeux pouvant être traités ont été soignés sur place ou orientés vers les centres de service.

Région d'Amhara

Dans le cadre de l'enquête nationale sur la Cécité, dans la région d'Amhara, on a choisi aléatoirement 33 grappes dans 11 woredas (districts) sur la base de la probabilité proportionnelle à la taille. L'enquête dans la région d'Amhara était réalisée par cinq équipes du 15 décembre 2005 au 4 janvier 2006.

Les saisies et le traitement de données sont encore en cours et, par conséquent, les résultats de l'enquête ne sont pas encore disponibles.

Figure 1: Méthodes d'examen des yeux



Programme SightFirst et Campagne SightFirst II : Une vision pour tous

Présenté par Madame Sonia Pelletreau, Fondation du Lions Clubs International

Fondation du Lions Clubs International

La Fondation du Lions Clubs International (LCIF) est la branche humanitaire de Lions International Association, fondée en 1968. Dotée d'un budget annuel de 35 millions \$US, LCIF est la seule fondation Lions qui sert le monde entier et tous les 1,4 million Lions. Sa mission consiste à fournir un service humanitaire, aider les victimes des catastrophes naturelles, reconstruire les communautés, prendre soin des enfants et lutter contre la cécité par le biais du Programme SightFirst.

Qu'est-ce que c'est que SightFirst ?

SightFirst est un programme mondial de lutte contre la cécité qui a été inauguré en 1989. c'est l'initiative la plus ambitieuse et la plus réussie des Lions entreprise jusqu'à présent. Son but consiste à réduire nettement la cécité évitable dans le monde, surtout dans les pays en développement, en mettant sur pied des projets viables et durables au niveau national ou régional. Pendant la Campagne SightFirst, 144 millions \$US ont été collectés par les Lions dans le monde et jusqu'à présent, plus de 185 millions \$US en dons ont été approuvés pour 724 projets dans 85 pays du monde.

SightFirst intervient dans 33 pays de l'Afrique et de la région du Moyen-Orient (dont Haïti) par l'intermédiaire de 114 projets. Jusqu'à présent, 70 millions \$US ont été octroyés. SightFirst en Afrique se concentre sur les priorités des soins oculaires : formation (personnel en ophtalmologie, distributeurs communautaires, agents de santé communautaires) ; mise en place de l'infrastructure (rénovations des locaux et mise à jour de l'équipement) ; et prestation directe de services (dépistage, formation et traitement de la cataracte, de la cécité des rivières et du trachome).

Sur les 70 millions \$US accordés aux programmes africains par l'entremise de SightFirst, 6,3 millions \$US sont consacrés aux activités de lutte contre le trachome. Ces programmes cherchent essentiellement à soutenir les interventions chirurgicales du trichiasis, à l'exception du Soudan, de l'Ethiopie, du Mali et du Niger. Cette assistance a démarré en 1998, lorsque le premier don a été accordé aux Lions de la Mauritanie pour la chirurgie du trichiasis. L'année suivante, SightFirst/LCIF a été étendue à l'Ethiopie, au Soudan, à la Guinée, au Mali, au Niger et au Sénégal. Des partenariats ont été forgés avec de nombreuses organisations : le Centre Carter, l'Initiative internationale de Lutte contre le Trachome, Pfizer, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité, la Fondation Conrad N. Hilton, WAWI et des gouvernements nationaux.

Campagne SightFirst II : Une vision pour tous

En 2005, avec 20 millions DUS des 144 millions \$US de départ restants dans le fonds SightFirst, LCIF a recruté un bureau de consultation pour déterminer si les Lions dans le monde étaient prêts à soutenir et à étendre SightFirst en collectant des fonds supplémentaires pour le programme. Des focus groups ont été organisés et des entretiens face-à-face, ainsi que des enquêtes électroniques dans toutes les régions des Lions. Plus de 70% de tous les répondants ont convenu qu'il fallait déployer une importante

campagne d'appel de fonds pour étendre à plus grande échelle SightFirst. En juillet 2004, le conseil d'administration de LCIF approuvait la planification de la seconde étape de la campagne d'appel de fonds de SightFirst.

Buts :

- Utiliser la réussite de la première partie du programme SightFirst contre la cécité évitable
 - Réunir 150 millions \$US, en visant par la suite 200 millions \$US
 - Continuer à soutenir les priorités actuelles de SightFirst et à étendre les paramètres actuels du programme en traitant les nouvelles priorités de la prévention de la cécité
 - Démarrer d'importantes nouvelles initiatives pour prévenir une cécité chez des millions de personnes, tant dans les pays en développement que dans les pays développés
-
- But 1 : 102 millions \$US seront utilisés pour éliminer les grandes causes de cécité.
 - But 2 : 48 millions \$US seront utilisés pour les nouvelles menaces émergentes à la vision.
 - But 3 : 50 millions \$US serviront à la « Vision pour tous » par l'intermédiaire de la recherche et la couverture des groupes vulnérables. Un groupe de travail stratégique avec des experts techniques a été créé et s'est réuni en janvier 2006 pour discuter des détails programmatiques de la continuation de SightFirst.

SightFirst II : Expansion notable du soutien aux programmes de lutte contre le trachome

Sur les 102 millions \$US prévus pour la lutte contre la maladie et son élimination, 25 millions DUS servent à renforcer les activités de lutte contre le trachome. Les Lions dans les régions touchées sont mobilisés pour déployer la stratégie CHANCE intégrale le long des axes de la formation, de la coordination de projet et des ressources financières pour les Lions Clubs locaux. Probablement que le soutien de SightFirst sera consacré aux programmes : dans les pays les plus touchés où la maladie peut être éliminée d'ici 2020 ; dans les régions de pays moins touchés où subsistent des foyers de maladie ; et pour réduire le nombre de cas en attente d'une chirurgie du trichiasis.

Expansion des activités de lutte contre le trachome

*Présente par le Docteur Jacob Kumaresan, Initiative Internationale du Trachome et
Monsieur Robert Mallett, Pfizer, Inc.*

Données générales

De 1988 à 1995, la Fondation Edna McConnell Clark établissait, grâce à la recherche opérationnelle, que la stratégie CHANCE (**Ch**irurgie, **A**ntibiotiques, **N**ettoyage du visage, **C**hangement **E**nvironnemental) pouvait être une arme efficace dans la lutte contre la cécité due au trachome. L'engagement de Pfizer s'avérait nécessaire pour le traitement de masse grâce à ses dons d'azithromycine (Zithromax®). En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) créait l'Alliance pour l'Élimination Mondiale du Trachome cécitant, d'ici l'an 2020 (GET 2020). En mai 1998, l'Assemblée Mondiale de la Santé adoptait la résolution WHA 51.11 sur l'élimination du trachome cécitant. En novembre 1998, l'Initiative Internationale du Trachome (ITI) était créée, aux termes d'un partenariat entre la Fondation Clark et Pfizer, Inc. En novembre 2003, Pfizer, Inc. augmentait les dons de Zithromax à 135 millions de traitements sur 5 ans (2004 - 2008), tant qu'il existait des preuves des progrès réalisés dans la lutte contre la cécité imputable au trachome. ITI soutient depuis 1999 les programmes de lutte contre le trachome au Maroc et en Tanzanie ; depuis 2000 au Ghana, au Mali, au Soudan et au Vietnam ; depuis 2001 en Ethiopie, au Népal et au Niger; depuis 2003 en Mauritanie et au Sénégal et depuis 2005 au Kenya.

Résultats escomptés d'ici 2010

La couverture géographique de la stratégie CHANCE dans les pays où le trachome est endémique aura au moins triplé, passant de 17% en 2006 à 57% dans les districts d'endémicité en 2010, dans les pays soutenus par l'ITI. Par ailleurs, en plus du Maroc qui a déclaré l'élimination de la cécité suite au trachome en tant que problème de santé publique en 2005, quatre autres pays (Ghana, Mauritanie, Népal et Vietnam) auront atteint les buts de l'élimination de la cécité imputable au trachome. Aussi, la charge mondiale du trachome sera réduite de 25% si ces buts sont atteints.

On note un accroissement exponentiel dans le nombre de traitements de Zithromax administré ces cinq dernières années : de moins de 2 millions de traitements en 2000 à plus de 20 millions de traitements en 2005, et les prévisions indiquent plus de 34 millions en 2006 et 51 millions en 2008 si la tendance présente se maintient.

Par ailleurs, 186 000 chirurgies des paupières ont été réalisées jusqu'à présent. On prévoit un quart de million de chirurgies de la paupière dans les cinq ans à venir. Les partenariats publics-privés jouent un rôle fondamental dans la réussite des interventions de lutte contre le trachome. La contribution totale de Pfizer Inc. en liquidités et produits s'élève à environ 760 millions \$US de 1998 à 2005, comparée à \$49 millions \$US de la part de tous les autres partenaires. Par contre, la contribution en nature par les partenaires publics n'a pas encore été évaluée.

L'un des objectifs pour 2006-2010 consiste à forger une alliance plus solide avec d'autres initiatives de lutte contre les maladies tropicales négligées. S'agissant notamment de

relier le trachome aux buts du millénaire pour le développement, aux droits de la femme, aux questions de santé infantile, à l'eau et à l'assainissement, etc. Ces deux dernières années, on a notamment cherché à renforcer tant l'engagement politique que le sentiment d'appartenance aux programmes de lutte contre le trachome par les pays d'endémicité, à tous les niveaux. L'ITI a nettement réduit son soutien financier direct aux activités de lutte contre le trachome alors qu'augmentait par ailleurs la responsabilité des partenaires pour la mise en œuvre des activités, ainsi que la mobilisation de ressources dans les pays provenant d'un financement panier et des fonds d'allègement ou d'élimination des dettes. Les faits montrent une augmentation des appels de fonds des organisations partenaires et contribution de fondations privées (par exemple, en Mauritanie). De tels efforts entrent dans le cadre des activités d'élimination du trachome.

Leçons retenues

Les éléments suivants sont nécessaires pour éliminer la cécité imputable au trachome :

- engagement politique dans les pays où le trachome est endémique pour démarrer, puis déployer à grande échelle la stratégie CHANCE ;
- renforcement des partenariats entre le secteur public (Ministères de la Santé, de l'Education, du Développement communautaire, de l'Eau et de l'Assainissement, de l'Information et de la Culture, des Affaires féminines, des Finances, etc.) et le secteur privé (ONG internationales pour les soins oculaires, l'eau et l'assainissement, les ONG nationales, la société civile, les organisations confessionnelles, les organisations communautaires, les fondations privées et les individus) ;
- responsabilisation et habilitation des communautés, notamment l'approche basée sur les droits ; et
- ressources supplémentaires (financières et techniques) disponibles pour cette cause

Conclusion

Il existe une excellente possibilité d'étendre les programmes dans les pays où le trachome est endémique grâce à l'intervention plus grande des programmes nationaux. La tendance est d'atteindre plus de 51 millions de traitements de Zithromax d'ici 2008. Pfizer Inc. renouvelle son engagement à fournir le Zithromax® pour CHANCE tant que de bons progrès sont faits pour atteindre le but de l'élimination de la cécité imputable au trachome d'ici 2020.

Fondation Bouamatou

Présenté par Monsieur Mohamed O. Debagh, Fondation Bouamatou

La Fondation Bouamatou a été créée en 1998 par Monsieur Mohamed Bouamatou en Mauritanie dans le but de prévenir la cécité et toutes les formes de pauvreté. L'hôpital ophtalmologique de la Fondation a ouvert ses portes au public le 24 juillet 2001. Offrant gratuitement ses services, l'hôpital surtout les populations nécessiteuses. Les services suivants ont été offerts à l'hôpital depuis son ouverture :

- 234 795 consultations ophtalmologiques
- 500 consultations pédiatriques
- 12 094 interventions chirurgicales
- 7 774 examens de laboratoire
- 19 262 explorations fonctionnelles :
 - o 10 445 échographies
 - o 1 257 périmétries
 - o 569 angiographies
 - o 5 433 réfractions
 - o 165 examens orthoptiques
- 2 446 radiographies
- 13 895 consultations anesthésiques
- 6 345 paires de lunettes correctives distribuées

L'hôpital ophtalmologique est également un centre de formation pour les internes et les infirmières en soins ophtalmologiques suite à leur formation initiale ou lors de recyclages pendant leur carrière.

La Fondation Bouamatou travaille en partenariat avec le Ministère mauritanien de la Santé et des Affaires sociales par l'intermédiaire du Programme national de Prévention de la Cécité. La Fondation collabore depuis le 10 mai 2003 avec l'Initiative Internationale du Trachome (ITI), visant à éliminer en l'espace de 5 ans le trachome cécitant. En 2005, la Fondation Bouamatou a pris à sa charge tous les coûts de la distribution de l'azithromycine sur l'ensemble de la Mauritanie, surtout dans les régions d'Adrar et de Tagant où le trachome est endémique. La Fondation a utilisé une nouvelle méthode de distribution faisant appel à une technologie moderne (ordinateurs portables, systèmes de positionnement global, appareils photos numériques, modems et Internet par satellite). Cette méthode a été essayée avec succès en 2004 pour la distribution d'azithromycine donnée par Pfizer dans la province montagneuse de Tagant. En 2005-2006, cette méthode sera utilisée à Adrar et à nouveau à Tagant.

Travaillant avec Optic 2000 France, la Fondation Bouamatou a ouvert un centre optique distribuant gratuitement des lunettes correctives à tous les étudiants mauritaniens qui en ont besoin. La Fondation a également financé la construction d'une salle d'opération dans le service de maternité de l'hôpital Cheikh Zayed à Nouakchott et a apporté une assistance à un programme fournissant de l'eau potable à 10 000 ménages de la ville de Kiffa au centre de la Mauritanie.

Élimination du trachome dans les Programmes de Développement zonal de World Vision

Présenté par le Docteur Joe Riverson, World Vision

Les 16 pays figurant sur la liste prioritaire de l’OMS pour l’élimination du trachome cécitant d’ici 2020 comptent huit pays de World Vision : Tchad, Ethiopie, Ghana, Mali, Myanmar, Niger, Tanzanie et Vietnam. Les enfants et les familles des communautés de Développement zonal de World Vision (ADP) dans tous ces pays sont exposés au risque de devenir aveugles à cause du trachome.

Depuis 1998, le financement apporté par la Fondation Conrad N. Hilton, avec une contrepartie de World Vision US, a permis à World Vision de déployer une lutte soutenue contre la cécité causée par le trachome en Tanzanie, au Vietnam et en Ethiopie. World Vision collabore avec des Ministères de la Santé, d’autres organisations internationales non gouvernementales telles que le Centre Carter, Helen Keller International et l’Initiative Internationale du Trachome, ainsi que des organisations locales, des agents de santé communautaires et les communautés elles-mêmes.

En mettant en œuvre le projet, World Vision a utilisé la stratégie CHANCE pour éliminer le trachome en insistant sur le nettoyage du visage et le changement environnemental et en incluant les mesures de prévention du trachome aux activités intégrées de santé et de développement communautaire de World Vision dans les ADP¹ participants. World Vision a apporté une eau potable (par des puits creusés à la main, des puits forés ou des installations de collecte d’eau) et a mobilisé, formé et facilité les communautés pour qu’elles construisent et utilisent les latrines à fosse ventilées et améliorées.

La détermination de World Vision à éliminer le trachome dans ses Programmes de Développement de Zone vient d’un engagement à responsabiliser et à habiliter des communautés entières—démarche pouvant être entravée par le manque de productivité économique et les demandes accrues pour les services de santé souvent associés à une prévalence élevée du trachome.

Le projet a mis au point, au fil des ans, des stratégies modèles de lutte contre le trachome pouvant être utilisées dans le cadre ADP dans d’autres régions du monde. Chaque pays choisit des stratégies efficaces à base communautaire et convenant à sa culture pour combattre le trachome. S’agissant de l’utilisation d’éducateurs-pairs, du déploiement d’équipes chirurgicales mobiles et d’intégration de messages sur la prévention dans des sketches et vidéos.

L’évaluation de fin de projet, en juin-juillet 2004, montre que le programme du trachome de World Vision a fait un grand pas en avant de 1999 à 2004. La cible—réduction de

¹ ADP (Area Development Program) : Programme de Développement zonal qui comprend généralement un ensemble de communautés partageant la même stratégie de développement. Dans certains pays, la « zone » peut être une province ou un district, dans d’autres une commune, un sous-district ou une partie importante de ces sous-divisions politiques.

50% du trachome actif—a été dépassée dans les trois pays. L'objectif de pérennisation a été entièrement atteint dans les trois pays et de nets progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'objectif chirurgical, interprété différemment par chaque pays participant.

Le financement de la Fondation Conrad N. Hilton pour les projets de lutte contre le trachome en Tanzanie et au Vietnam a pris fin le 30 septembre 2004. Par ailleurs, un nouveau don de trois ans de la Fondation Hilton avec une contre-partie 1:1 de World Vision, a été accordé à World Vision Ethiopie pour étendre son programme de prévention et de lutte contre le trachome des deux ADP originaux— Kemissie et Antsokia, à deux nouveaux ADP – Adama et Bosset.

Dans le cadre du plan quinquennal (2003-2008), la Fondation Hilton et World Vision US ont apporté une contre-partie à l'Initiative West Africa Water (WAWI) dans les communautés ADP où le trachome est endémique au nord du Ghana, au Mali et au Niger, pour prévenir et lutter contre le trachome grâce à l'approvisionnement en eau conjugué à l'éducation sanitaire et aux améliorations de l'assainissement.

World Vision continuera à collaborer avec l'Alliance OMS pour GET 2020, l'Initiative Internationale du Trachome, le Centre Carter et Helen Keller International, au niveau local et aux Etats-Unis, pour apporter une assistance technique, une information sur les projets et des outils de suivi. Des directives seront utilisées comme normes de mise en œuvre. L'infrastructure locale de World Vision, l'importance accordée aux soins de santé primaires et le ferme engagement au développement socioéconomique en font un partenaire important pour atteindre les buts de l'élimination du trachome d'OMS GET 2020, de l'Initiative Internationale du Trachome, du Centre Carter et de Helen Keller International.

Orbis International, Ethiopie

Présenté par le Docteur Wondu Alemeyehu, Orbis Ethiopie

Le programme Orbis en Ethiopie intervient le long des axes suivants : plaidoyer/sensibilisation publique, banque oculaire, renforcement institutionnel (pour créer un lien entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire), engineering biomédical, mise en place de soins oculaires ruraux et recherche. Voici les principaux accomplissements d'Orbis :

- o A fait des problèmes visuels une priorité de santé dans le pays
- o H.E. Président Girma Wolde Giorgis a signé une déclaration de soutien pour Vision 2020 à l'hôpital mobile de soins oculaires Orbis
- o A aidé à créer la première banque oculaire dans le pays
- o A renforcé la capacité d'enseignement, de recherche et de service des Départements d'Ophthalmologie, Faculté de Médecine de l'Université d'Addis Ababa, Universités de Dehub et de Gondar afin de mettre en œuvre des projets comblant le manque de professionnels des soins oculaires dans le pays
- o A aidé à mettre en place le premier service des soins oculaires pédiatriques dans le pays
- o Ingénieurs, techniciens, responsables et utilisateurs ont reçu une formation portant sur la réparation, l'entretien et la gestion de l'équipement ophtalmologique et autre équipement médical
- o A mis en place un système modèle de soins oculaires ruraux insistant sur la principale cause de cécité. Des projets de soins oculaires de nature intégrale sont mis en œuvre dans West Gurage, Kembatta Tembaro et Alaba, Wolaita, Gamo Gofa, Konso et Derashe, couvrant 38 woredas avec une population d'environ 6 millions de personnes.

Activités de lutte contre le trachome 2002 – 2005

- o L'Initiative internationale du Trachome a apporté un soutien au projet et partenaires – Ministère fédéral de la Santé, Bureaux sanitaires régionaux, BBC-World Service Trust, Centre Carter, World Vision Ethiopie, Water Aid
- o Orbis, conjointement avec ses partenaires, a mis en œuvre le projet dans West Gurage, avec les objectifs suivants :
 - o Chirurgie pour diminuer le nombre de personnes en attente d'une opération du trichiasis
 - o Distribution de 200 000 doses d'azithromycine par an (prévalence de 53% du trachome actif)
 - o Sensibiliser la population sur la prévention du trachome
 - o Augmenter le nombre de ménages ayant des latrines et fosses d'évacuation des déchets
 - o Formulation et distribution d'aides professionnelles
 - o Renforcement de la capacité de 4 centres de santé et de 3 stations sanitaires pour la prestation de soins oculaires primaires, y compris la chirurgie du trichiasis

- o Former 20 agents de santé communautaires et 20 agents d'IEC en matière de prévention et de traitement du trachome
- o Améliorer l'approvisionnement en eau
- o Ont été réalisés :
 - o 8 594 chirurgies du trichiasis
 - o 493 312 personnes traitées avec de l'azithromycine
 - o 19 019 personnes traitées avec de la tétracycline
 - o Matériel éducatif
 - o 1 189 162 personnes éduquées/informées
 - o 3 118 dalles de démonstration distribuées et construction de 4 latrines communautaires
 - o 23 agents d'IEC et 153 agents de santé ont été formés
 - o 3 puits profonds et 5 puits peu profonds ont été construits

Recherche : La recherche axée sur la lutte contre le trachome est réalisée en collaboration avec les institutions suivantes : Université d'Addis Ababa, Institut éthiopien de Recherche sur la Nutrition et la Santé, Université Johns Hopkins, Fondation Proctor, Université de Californie San Francisco et avec le soutien de Pfizer, ITI, et NEI/NIH. Jusqu'à présent, 18 documents de recherche ont été publiés dans des revues médicales locales et internationales. Deux projets de recherche sont en cours : l'un pour formuler des directives sur la fréquence adéquate de distribution d'azithromycine et un autre pour évaluer les effets des antibiotiques après la chirurgie pour prévenir la récurrence du trichiasis.

ANNEXE I : La maladie

Le trachome est la principale cause de cécité évitable dans le monde. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, 6 millions de personnes sont aveugles à cause du trachome, dont la majeure partie sont des femmes, et 540 millions en plus – presque 10% de la population mondiale – courent le risque de perdre la vue ou d'avoir de graves problèmes de vision. Le trachome est causé par des infections répétées de la paupière imputables à la bactérie *Chlamydia trachomatis*, et peut être évité grâce à de simples mesures d'hygiène. La plupart des cas se présentent dans les régions arides et rurales de pays en développement, telles que la région sahélienne de l'Afrique où l'accès à l'eau potable 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 à maintes reprises au trachome inflammatoire puisque ce sont elles qui s'occupent essentiellement des enfants. Aussi, n'est-il guère surprenant que les femmes contractent un trachome chronique deux à trois fois plus souvent que les hommes. Le trachome est transmis à d'autres par les mains, les serviettes et les habits ou par les mouches qui sont attirées par les écoulements oculaires et nasaux. Lorsque les paupières du patient sont infectées à maintes reprises par *chlamydia*, les lésions cicatricielles de la conjonctive qui en découlent déforment la marge de la paupière et les cils se tournent vers l'intérieur et exercent une friction abrasive sur la cornée. Cet état, appelé *trichiasis*, est douloureux et il abîme la cornée, d'où le risque de cécité.

Les progrès récents s'accompagnent d'un nouvel espoir de pouvoir vaincre cette maladie. En 1987, les experts de soins ophtalmologiques et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont mis au point une échelle simplifiée de classement du trachome qui a permis de standardiser le diagnostic et le dépistage de tous les stades du trachome. En 1996, l'OMS a mis sur pied l'Alliance GET2020, qui réunit des organisations de développement international non gouvernementales, des bailleurs de fonds et des chercheurs qui travaillent ensemble pour lutter contre le trachome. En plus, soutenue par la Fondation Edna McConnell Clark (EMCF) et l'OMS, la *stratégie CHANCE* a été créée pour lutter contre le trachome par l'entremise d'interventions à base communautaire.

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

ANNEXE II : CALENDRIER

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE
7^e Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome
23-25 février 2006
Jeudi 23 février

8h00 – 8h30	Bienvenue	Dr Donald Hopkins Dr Jacob Kumaresan Dr Kebede Worku
-------------	-----------	--

Volets N&CE de la stratégie CHANCE

8h30-9h00	Présentation et discussion de l’Ethiopie	Dr Zegeye Haile
9h00 – 9h30	Présentation et discussion du Niger	Dr. Boubacar Kadri
9h30 – 10h00	Présentation et discussion du Mali	Dr Bamani Sanoussi
10h00 – 10h30	<u>Photo de groupe et pause café</u>	
10h30 – 11h00	Présentation et discussion du Nigeria	Dr Omobolanle Olowu
11h00 – 11h30	Présentation et discussion du Soudan du Sud (GSS)	M. Ben Lopidia
11h30 – 12h00	Présentation et discussion du Soudan (GS)	Dr Awad Hassan
12h00 – 12h30	Présentation et discussion du Ghana	Dr Maria Hagan
12h30 – 1h30	<u>Déjeuner</u>	
1h30 – 2h00	Mise à jour sur la Tanzanie	Dr Edward Kirumbi
2h00 – 2h30	Mise à jour sur le Sénégal	Dr Boubacar Sarr
2h30 – 3h00	<u>Pause café</u>	

Séances spéciales N et CE

3h00 – 3h20	Promotion équitable de latrines au Ghana	Dr Maria Hagan
3h20– 3h40	Utiliser les mass media pour encourager le changement de comportement dans la lutte contre le trachome	M. Chad MacArthur
3h40 – 4h00	Eau, assainissement et hygiène: UNICEF	Mme Therese Dooley
4h00 – 4h20	L’Expérience de Lay Gayint en promotion de latrines	Dr Dereje Habte
4h20 – 5h00	« Mise en oeuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome : boîte à outils avec des interventions »	Dr Paul Emerson

ANNEXE II : CALENDRIER

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE
7^e Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome
23-25 février 2006
Vendredi 24 février

Volets CH & A de la stratégie CHANCE

8h00-8h30	Présentation et discussion de l’Ethiopie	Dr Zegeye Haile
8h30 – 9h00	Présentation et discussion du Ghana	Dr Maria Hagan
9h00 – 9h30	Présentation et discussion du Mali	Dr Bamani Sanoussi
9h30 – 10h00	<u>Pause café</u>	
10h00 – 10h30	Présentation et discussion du Nigeria	Dr Omobolanle Olowu
10h30 – 11h00	Présentation et discussion du Soudan du Sud (GSS)	M. Ben Lopidia
11h00 – 11h30	Présentation et discussion du Soudan (GS)	Dr Awad Hassan
11h30 – 12h00	Présentation et discussion du Niger	Dr Kadri Boubacar
12h00 – 13h00	<u>Déjeuner</u>	
13h00 – 13h30	Mise à jour sur la Kenya	Dr A.O. Misore
13h30 – 14h00	Mise à jour sur le Mauritanie	Dr Sidi Ely Ahmedou
14h00 – 14h30	Mise à jour sur le Maroc	Dr Jaouad Hammou
14h30 – 15h00	<u>Pause Café</u>	

Séances spéciales CH et A

15h00 – 15h20	Impact de trois années de la stratégie CHANCE dans le Soudan du Sud	Dr Jeremiah Ngondi
15h20 – 15h40	Enquête sur la prévalence du trachome dans la région de Koulikoro, Mali	Dr Sanoussi Bamani
15h40 – 16h00	Qui, dans la communauté, est infecté par <i>Chlamydia trachomatis</i> ?	Dr Matthew Burton
16h00 – 16h20	Facteurs affectant la récurrence du trichiasis	Dr Amir Bedri
16h20 – 16h40	Essai aléatoire avec cas-témoins de l’azithromycine suivant la chirurgie du trichiasis	Dr Matthew Burton
16h40 – 17h00	Gestion des stocks de Zithromax	Dr Amos Sam-Abbenyi

ANNEXE II : CALENDRIER

La collaboration dans la mise en œuvre de la stratégie CHANCE
7^e Revue annuelle des Programmes de Lutte contre le Trachome
23-25 février 2006
Samedi 25 février

8h00 – 8h30	Enquêtes sur la prevalence du trachome	Dr Jeremiah Ngondi
8h30 – 8h50	Enquête sur la prévalence du trachome dans l'état de Katsina	Dr Emmanuel Miri
8h50 – 9h10	Enquête sur la prévalence du trachome à Matameye et Magaria	Dr Kadri Boubacar
9h10 – 9h30	Enquête sur la cécité et la faible vision en Ethiopie	Prof. Yemane
9h30 – 9h50	Discussion sur les enquêtes	
9h50 – 10h15	<u>Pause café</u>	
10h15 – 11h00	Présentation de la Fondation du Lions Clubs International	Sonia Pelletreau
11h15 – 11h30	Présentation de Pfizer et ITI	M. Robert Mallett
11h30 – 11h45	Présentation de Sight Savers International	Dr Johnson Ngorok
11h45 – 12h00	Présentation de la Fondation Bouamatou	M. Ould Mohamed Debagh
12h00 – 13h00	<u>Déjeuner</u>	
13h00 – 13h15	Présentation de World Vision	Dr Joe Riverson
13h15 – 13h30	Présentation de ORBIS	Dr Wondu Aleymahu
13h30 – 14h45	Recommandations et objectifs	
14h50 – 15h00	Conclusions et réflexions	Dr Donald Hopkins; Dr Jacob Kumaresan; Représentant du Ministère de la Santé Ethiopien

ANNEXE III: Liste des Participants

Ethiopie

Dr. Liknaw Adamu
Mr. Melak Alemu
Sr. Abeba Anteneh
Mr. Muluken Asres(The Carter Center)
Mr. Adugna Birhanu
Mr. Asefa Cherinet (ITI)
Mr. Frew Demeke (The Carter Center)
Mr. Debassu Eskeziaw
Mr. Tsega Gelawneh
Mr. Teshome Gebre (The Carter Center)
Dr. Afework H/Mariam
Dr. Dereje Habte (The Carter Center)
Mr. Zegeye Haile
Mr. Tadele Mebrate
Mr. Birhanu Melak
Mr. Berhanu Menber
Ms. Sirgut Mulatu (The Carter Center)
Mr. Getachew Temeche (The Carter Center)
Mr. Gashaw Tesfahun
Dr. Abraham Tesfaye
Mr. Abate Tilahun (The Carter Center)
Mr. Kassa Tiruneh
Dr. Abdu Seid
Dr. Alemayehu Seifu
Dr. Alemayehu Worku
Mr. Alehegn Wubie
Prof. Yemane Birhane
Dr. Hailu Yeneneh (The Carter Center)
Mr. Mulat Zerihun (The Carter Center)

Ghana

Dr. Agatha Aboe (ITI)
Ms. Lydia Ajono (The Carter Center)
Dr. Maria Hagan
Dr. Daniel Yayemain

Gouvernement de Soudan

Dr. Awad Hassan
Dr. Tong Chor Malek
Mr. Raymond Stewart (The Carter Center)

Gouvernement de Soudan du Sud

Dr. Samson Baba
Mr. Steven Becknell (The Carter Center)
Mr. Ben Lopidia (The Carter Center)
Dr. Pius Subek

Kenya

Dr. A. O. Misore

Mali

Dr. Sanoussi Bamani
Mr. Yaya Kamissoko (The Carter Center)
Dr. Antandou Telly (ITI)

Mauritanie

Dr. Sidi Ely Ahemdou

Maroc

Dr. Jaouad Hammou

Niger

Mr. Ali Amadou (The Carter Center)
Dr. Kadri Boubacar
Mr. Mohamed Salissou Kane (The Carter Center)
Mr. Mohamed Samna (ITI)

Nigeria

Dr. Nimzing Jip (The Carter Center)
Dr. Emmanuel Miri (The Carter Center)
Dr. Bola Olowu

Sénégal

Dr. Boubacar Sarr

Tanzanie

Dr. Edward Kirumbi
Dr. Edith Ngirwamungu (ITI)

AMREF

Dr. Festus Ilako

La Fondation Bouamatou

Mr. Mohamed Ould Debagh

Cambridge University

Dr. Jeremiah Ngondi

ANNEXE III: Liste des Participants

The Centre Carter

Ms. Kelly Callahan
Ms. Elizabeth Cromwell
Dr. Paul Emerson
Dr. John Hardman
Dr. Donald Hopkins
Dr. Moses Katarwa
Ms. Lindsay Rakers
Dr. Frank Richards
Ms. Lisa Rotondo
Dr. Ernesto Ruiz-Tiben
Mr. Craig Withers

Centers for Disease Control and Prevention

Dr. Mark Eberhard

Christoffel Blindenmission

Dr. Amir Bedri
Mr. Fasil Chane
Dr. Edmund Gabriel

Helen Keller International

Mr. Chad MacArthur

L'Initiative Internationale du Trachome

Mr. Amos Sam-Abbenyi
Dr. Ibrahim Jabr
Dr. Peter Kilima
Dr. Jacob Kumaresan
Mr. Christian Stengel
Ms. Felicity Turner

La Fondation du Lions Clubs International

Ms. Sonia Pelletreau

Lions Clubs-Ethiopia

Dr. Berhane Ghebray
Mr. Getachew Desta
Mr. Ramendra Shah
Hon. Dr. Tebebe Y/Berhan

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr. Matthew Burton

ORBIS International

Dr. Wondu Alemayehu

Pfizer, Inc.

Mr. Robert Mallet
Ms. Lebo Taunyane

SightSavers International

Dr. Johnson Ngorok

World Vision

Dr. Joseph Riverson de Graft
Dr. Sisay Sinamo

Organisation Mondiale de la Santé

Dr. Daniel Argaw

UNICEF

Ms. Therese Dooley
Mr. Hans Sprujit