

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

**Mise en œuvre efficace des programmes : faire plus, mieux
et plus vite**

THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Atlanta, Géorgie
11-13 mars 2013

Grâce au soutien de :
Conrad N. Hilton Foundation
Lions Clubs International Foundation
Pfizer Inc

Conrad N. Hilton
FOUNDATION



Lions Clubs International
FOUNDATION



THE
CARTER CENTER



Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

“Mise en œuvre efficace des programme : faire plus, mieux et plus vite”

Quatorzième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome



Le Centre Carter
Atlanta, Géorgie

11 au 13 mars 2013

Conrad N. Hilton
FOUNDATION



Lions Clubs International
FOUNDATION



REMERCIEMENTS

Le Programme de la Lutte Contre le Trachome du Centre Carter aimerait remercier les donateurs suivants pour leur soutien en 2012 des activités résumées dans ce document:

Gouvernements:

Ministère fédéral de la santé du Soudan

Fondations et Organismes:

Blum Family Foundation

Conrad N. Hilton Foundation

La William H. Donner Foundation, Inc.

Harris myCFO Foundation

John C. and Karyl Kay Hughes
Foundation

La John P. Hussman Foundation, Inc.

Kilimanjaro Centre for Community
Ophthalmology

Lions Clubs International Foundation

Manaaki Foundation

La New York Eye and Ear Infirmary

Sylvan and Ann Oestreicher Foundation,
Inc.

Francis I. Proctor Foundation

La Ring Foundation

Sightsavers

Entreprises:

Pfizer Inc

Individus:

Anonyme (2)

Charles W. Austin

Richard C. Blum

Anne Cox Chambers

Ann Davis

Pete and Amanda Docter

Stanley and Wendy Drezek

Ronald Herrmann

Peter and Sue Holm

Morton P. Hyman

Todd and Laurie Jorgensen

Aldo and Robyn Manzini

Alan and Melodie Solway

David L. Stutzman and Wendy Blank

Allan Taylor

Benny and Roxanne Varzi

Ruth D. Wagoner

Et à de nombreuses d'autres, notre gratitude la plus sincère.

TABLE DES MATIERES

Acronymes	1
Résumé Analytique	2
Sommaires des Programmes de Lutte Contre le Trachome	
Programme de Lutte Contre le Trachome dans l'Amhara.....	3
Programme de Lutte Contre le Trachome au Soudan	8
Programme de Lutte Contre le Trachome au Soudan du Sud.....	15
Programme de Lutte Contre le Trachome au Niger.....	21
Programme de Lutte Contre le Trachome au Nigéria.....	28
Programme de Lutte Contre le Trachome au Mali.....	34
Programme de Lutte Contre le Trachome au Tchad	41
Sommaire des Tableaux et Figures	
Tableau 1 : Sommaire des Données Nationales des Interventions sur le Trachome.....	43
Tableau 2 : Objectifs Annuels 2012 des Programmes Nationaux de Contrôle du Trachome.....	44
Tableau 3 : Mise en place de CHANCE avec le Centre Carter, 2012.....	45
Tableau 4 : Mise en place de CHANCE avec le Centre Carter, 1999-2011.....	46
Fig. 1 : Personnes opérées du trichiasis, pays aidés par le Centre Carter.....	47
Fig. 2 : Distribution d'azithromycine, pays aidés par le Centre Carter.....	48
Fig. 3 : Villages avec éducation sanitaire, pays aidés par le Centre Carter.....	49
Fig. 4 : Latrines ménagères construites, pays aidés par le Centre Carter.....	50
Sessions Spéciales	
Le bien-fondé de la recherche opérationnelle menée dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome du Centre Carter.....	51
“Une morte vivante” : Une évaluation qualitative de la qualité de la vie chez les femmes souffrant d'un trachome grave dans les zones rurales du Niger.....	53
Mise à jour sur le projet de cartographie global du trachome.....	55
Décisions, décisions...interpréter les directives de l'OMS : Démarrer, arrêter, instituer la surveillance dans les programmes d'élimination du trachome.....	56
Dialogue intersectoriel EAH/MTN, impact et implications pour N et CE.....	58
Mise à jour sur les activités de l'ICTC.....	60
Mise à jour sur l'Internationale du trachome and Pfizer Inc	62
Mise à jour sur l'Initiative rapide « Fast Track » de Sight Savers.....	63
Collaboration actuelle et future avec le Swiss Tropical and Public Health Institute.....	65
Enquête sur la couverture post-campagne MalTra IX : Une évaluation rapide	66
Mise à jour sur la collaboration Centre Carter-UCSF en Ethiopie et au Niger	68
Evaluation post-opératoire du trichiasis au Niger	69
Risque de lésions cicatricielles dues au trachome chez les enfants après de multiples années d'interventions CHANCE en Ethiopie	71
La bonne cible : Différences systématiques entre les enfants scolarisés et non-scolarisés en Ethiopie.....	73
Distribution massive d'antibiotiques pour la lutte contre le trachome: apprendre du terrain pour améliorer la pratique sur le terrain.....	74
Mise à jour de la Fred Hollows Foundation 2013.....	75
Mise à jour sur les activités de CBM dans la lutte contre le trachome 2013.....	77
Accomplissements accélérés dans les endroits avec une prévalence du TF de 5-9% chez les enfants âgés de 1-9 ans.....	78
Prévalence du trachome dans deux états du Nigéria après deux séries d'administration massive d'antibiotiques.....	80
Meilleures pratiques dans le domaine de l'éducation sanitaire.....	82
Annexe I : Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées	84
Annexe II : Trachome : La maladie	85
Annexe III : Définitions utilisées pour les buts final d'intervention	86
Annexe IV : Agenda	87
Annexe V : Liste des articles publiés en 2012	90
Annexe VI : Liste des participants	92

ACRONYMES

AMREF	African Medical and Research Foundation
BFI	But final d'intervention
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CBM	Christoffel Blindenmission
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CDD	Distributeur des médicaments au niveau de la communauté
CHANCE	CHirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage et Changement Environnemental
CLTSH	Assainissement et Hygiène Total Piloté par la Communauté
CNHF	Conrad N. Hilton Foundation
DFID	Department of International Development
DMA	Distribution Massive d'Antibiotiques
EAH	Eau, assainissement et hygiène
FHF	Fred Hollows Foundation
GET2020	L'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020
GOSS	Gouvernement du Soudan du Sud
GPS	Géo-localisation par satellite
GSM	La Réunion Scientifique Mondiale
GTMP	Le Projet de Cartographie Mondiale du Trachome
HEW	Travailleur de Santé en Extension
HKI	Helen Keller International
IECW	Professional de Soins Oculaires Intégré
ICTC	International Coalition for Trachoma Control
ITI	International Trachoma Initiative
JSI	John Snow, Inc.
KCCO	Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology
LCIF	Lions Club International Foundation
MalTra	La Semaine du Paludisme et du Trachome
MFS	Ministère fédéral de la Santé
MS	Ministère de la Santé
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPC	Organisation pour la Prévention de la Cécité
PCR	Réaction en chaîne de la polymérase
PNLC(C)	Programme National de Lutte contre la Cécité
PRET	Partenariat pour l'élimination rapide du trachome
RDT	Test de Diagnostic Rapide
RHB	Bureau Sanitaire Régional—Spécifique à l'Ethiopie
RTI	Research Triangle Institute International
TC	Trachome Cicatriciel
TEC	Comité des Experts du Trachome
TEO	Pommade Ophtalmologique à base de Tétracycline
TF	Trachome Inflammatoire Folliculaire
TF₁₋₉	Trachome Inflammatoire Folliculaire —pour les enfants entre un an et neuf ans
TI	Trachome Inflammatoire Intense
TT	Trichiasis Trachomateux
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Mise en œuvre efficace des programmes: faire plus, mieux et plus vite

La quatorzième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome s'est tenue au Centre Carter, du 11 au 13 mars 2013. Outre les six programmes recevant une aide du Centre Carter (Ethiopie, Mali, Niger, Nigéria, Soudan du Sud et Soudan), sont venus se joindre à nous un représentant du Ministère de la Santé du Tchad, nos donateurs et partenaires des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Emory University, International Trachoma Initiative, Helen Keller International, Fred Hollows Foundation, CBM, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, University of California San Francisco, Swiss Tropical and Public Health Institute, Task Force for Global Health, Sightsavers, Lions Clubs International Foundation, RTI International, le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust, Pfizer Inc, et la Conrad N. Hilton Foundation.

La revue de programmes visait à insuffler inspiration, éducation et motivation à tous ceux participant à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome en faisant le point des programmes nationaux de lutte contre le trachome ; en identifiant les obstacles rencontrés lors de la planification et de la mise en œuvre ; en discutant des solutions et en partageant l'expérience et en encourageant le partage et la standardisation de l'information. L'année 2012 était une année pivot pour le programme mondial de lutte contre le trachome suivant la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées (Annexe 1) en janvier, le financement important du Gouvernement du Royaume-Uni pour le Projet de cartographie mondiale du trachome pendant l'été, et une annonce indiquant que les deux plus grands dons jamais faits pour la mise en œuvre de la lutte contre le trachome cécitant proviendront en 2013 du Gouvernement du Royaume-Uni et du Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust. Sachant que la date cible de 2020 est à peine d'ici sept ans et disposant de ces ressources considérables, le moment est opportun pour accélérer l'action et aller de l'avant. Reconnaisant que les programmes doivent faire PLUS au niveau de la mise en œuvre, offrir de MEILLEURS résultats et atteindre plus RAPIDEMENT les buts, la revue présentait des séances spéciales montrant comment les cibles peuvent être atteintes mieux, plus vite et plus rapidement, outre les présentations des divers pays.

Sous le thème "plus", Sightsavers a présenté les progrès impressionnants du projet de cartographie mondiale ; Emory University a présenté des manières novatrices d'engager des organisations s'intéressant essentiellement à l'eau et à l'assainissement; et le siège du Centre Carter a fait une présentation sur les aspects qualitatifs de la vie de ceux atteints du trichiasis avant même la perte de la vue. Sous le thème « mieux », des présentations ont été faites sur les enquêtes de la couverture en administration massive de médicaments utilisant des méthodes ayant fait leurs preuves de l'époque de l'éradication de la variole; une nouvelle boîte à outils avec les pratiques actuelles préférées qui renforcent l'efficacité et l'utilisation d'antibiotiques et les pratiques préférées en matière d'éducation sanitaire ainsi que l'amélioration des soins pour les patients de la chirurgie du trichiasis. Le dernier jour a été consacré à des séances spéciales sur une mise en œuvre plus rapide, telle qu'une seule dose d'antibiotiques permettant avec une couverture élevée pour les districts avec une prévalence du TF de 5-9% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans au moment de l'enquête initiale.

Bilan sept ans seulement avant la date cible : un pays recevant une assistance du Centre Carter, le Ghana, a atteint les cibles d'élimination du trachome et il a encore besoin d'assistance pour la vérification de l'élimination du trachome cécitant. Le Mali, le Soudan, le Niger et l'état régional d'Amhara en Ethiopie semblent en bonne voie d'arriver à l'élimination d'ici la date cible de 2015 alors que le reste de l'Ethiopie, du Nigéria et du Soudan du Sud auront besoin d'une assistance supplémentaire s'ils veulent atteindre les cibles.

La stratégie CHANCE dans l'Amhara, Ethiopie

Présentée par Tesfaye Teferi, Centre Carter Ethiopie

Contexte

En Ethiopie, les Programmes nationaux de lutte contre la cécité et le trachome ont été mis en place en 1976 et Vision 2020 a été lancée en 2002. L'enquête nationale sur la cécité et la déficience visuelle, achevée en 2006 avec le soutien du Centre Carter, CBM, la International Trachoma Initiative et d'autres partenaires, constatait une prévalence nationale du TF de 26,2% chez les enfants âgés de un an à neuf ans et une prévalence du TT de 3,1% chez les adultes. Ces résultats confirment que l'Ethiopie connaît la charge la plus élevée du trachome dans le monde et que l'état régional d'Amhara est celui où le trachome est le plus endémique de tous les 10 états régionaux. Parmi les neuf états régionaux et deux villes, quatre états régionaux ont une charge élevée du trachome et pourtant la stratégie CHANCE intégrale n'est mise en œuvre actuellement que sur l'ensemble de l'état régional national d'Amhara.

Une cartographie est en cours dans les régions du Tigray, SNNPR, Oromia, et Somali par les bureaux régionaux de la santé et le Projet de cartographie globale du trachome. Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du programme n'ont pas encore été pleinement obtenues pour toutes les régions cartographiées. Au titre du soutien obtenu pour le programme national de lutte contre le trachome : une nouvelle personne focale du trachome assignée récemment auprès du Ministère fédéral de la Santé et un nouveau conseiller technique du trachome assigné pour une année auprès du Ministère, grâce au soutien des partenaires.

Le Centre Carter a commencé à apporter une aide en 2000 au Bureau régional d'Amhara dans quatre districts de la zone de South Gondar. Grâce à un solide soutien de la Lions Clubs International Foundation, des Lions Clubs de l'Ethiopie et d'autres bailleurs de fonds, le Centre Carter a pu élargir la stratégie CHANCE de sorte à couvrir tous les 167 districts de la région d'Amhara. Parmi les districts enquêtés qui ont bénéficié pendant trois à cinq ans de la stratégie CHANCE intégrale, 69 ont une prévalence du TF supérieure à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans. Quatre districts se situent dans la fourchette de 5-9% et cinq ont atteint la cible de l'élimination de moins de 5%. Des enquêtes sur l'incidence du trachome seront réalisées dans plus de 41 districts en 2013.

Calendrier des événements

- 1976 : Mise en place des programmes nationaux de lutte contre la cécité et le trachome
- 2000 : Enquêtes sur la prévalence et enquêtes CAP dans quatre districts de la zone South Gondar
- 2000 : Initiatives de lutte contre le trachome du Centre Carter, démarrées dans quatre districts de la zone de South Gondar
- 2002 : Expansion à 15 districts dans la zone de South Gondar et la zone d'East et West Gojam avec le soutien du Centre Carter
- 2002 : Démarrage de Vision 2020 en Ethiopie
- 2005 : Mise au point du premier plan stratégique national pour 2006-2010
- 2005-2006 : Enquête nationale sur la cécité, la déficience visuelle et le trachome
- 2006 : Expansion à tous les districts dans 10 zones de la région d'Amhara avec le soutien du Centre Carter
- 2008 : Première campagne de la semaine MaTra

- 2010 : Distribution de la 50 millionième dose d'azithromycine
- 2010 : Enquêtes d'évaluation de l'impact dans la zone de South Wollo
- 2011 : Enquêtes d'évaluation de l'impact dans la zone de South Gondar
- 2011 : Mise au point du plan stratégique quinquennal pour les MTN
- 2012 : Enquêtes d'évaluation de l'impact dans North Gondar et West Gojam
- 2017 : Cible pour l'élimination du trachome cécitant dans la région de l'Amhara

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cible RHB/Centre Carter	Résultats RHB/Centre Carter
Personnes opérées du TT	80 000	66 766
Chirurgiens du trichiasis formés	200	144
Doses d'azithromycine distribuées	15 787 572	12 620 643*
Doses de tétracycline distribuées	349 368	311 025
Villages bénéficiant d'éducation sanitaire	3 449	3 449
Latrines familiales construites	118 865	520 883

**Ce nombre tient compte de l'étude ESMAT (Effet de l'arrêt du traitement antibiotique de masse) dans le cadre de laquelle 14 districts ont été choisis au hasard pour arrêter le traitement à base d'antibiotiques.*

Chirurgie (CH)

La région d'Amhara a notifié un nombre sans précédent de 66 766 patients souffrant du trichiasis qui ont été opérés, soit une augmentation de 70, 9% par rapport à l'accomplissement de 2011. Tous les 167 districts d'Amhara ont une prévalence du TT supérieure au seuil fixé par l'OMS qui est d'un cas pour 1 000 personnes. Devront encore être effectuées 299 751 chirurgies pour atteindre le seuil de l'élimination. La majorité de ces chirurgies - 276 113 - se situent dans 108 districts avec plus de 1 000 chirurgies par district devant encore être effectuées. En 2012, le programme a préparé un manuel d'opération du trichiasis et une description des tâches à l'intention des agents de soins oculaires intégrés. Pour arriver à l'élimination, le programme se concentre sur les recyclages pour les agents des soins oculaires intégrés, l'enregistrement des cas de trichiasis avant la campagne et la supervision constructive en collaboration avec le Bureau de santé régional.

Antibiotiques (A)

Le Centre Carter a apporté son soutien à l'état régional national d'Amhara pour la réalisation de deux campagnes de semaines MalTra en 2012. Le programme de lutte contre le trachome a distribué 12 620 643 doses sur les 15 787 572 planifiées. L'étude ESMAT a arrêté la distribution à 14 districts (2 588 467 personnes). Sur les 167 districts, 124 indiquaient une couverture supérieure à 80%, couverture minimale acceptable; sept avaient une couverture de 60 à 80% et quatre de moins de 60%. La diffusion des résultats

provenant d'une étude qualitative sur la résistance à la participation à l'administration massive d'antibiotiques dans une zone a permis d'augmenter très nettement les résultats dans sept des huit districts.

Nettoyage du visage (N)

Les zones prioritaires sont en train de renforcer leurs activités de plaidoyer pour l'hygiène personnelle en faisant appel aux mass-médias, à la formation des agents de santé, à l'utilisation de la mobilisation sociale pour partager les connaissances sur le trachome parmi les agents d'extension sanitaire, le personnel scolaire et les responsables des établissements de santé. En décembre 2012, les activités comprises dans l'éducation sanitaire ont été évaluées et les supports pour ces activités seront révisés. Les activités en ce domaine chercheront essentiellement à renforcer l'éducation prodiguée dans les écoles, en utilisant la nouvelle structure communautaire « un à cinq » et en collaborant avec les partenaires concernés dont les organisations d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène.

Changement environnemental (CE)

En 2012, Le Centre Carter a aidé le Programme national de lutte contre le trachome à construire 520 885 latrines. L'objectif pour la construction de latrines en 2012 est de 118 865 latrines. Suite à la demande accrue. Le Centre Carter a apporté un soutien à la construction d'un bien plus grand nombre de latrines que prévu.

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 110 754 patients du trichiasis, avec le soutien des Lions-Centre Carter
- Former 110 chirurgiens, avec le soutien des Lions-Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Distribuer 15 787 572 doses d'azithromycine, avec le soutien des Lions-Centre Carter
- Distribuer 394 027 doses de tétracycline, avec le soutien des Lions-Centre Carter

Nettoyage du visage (N)

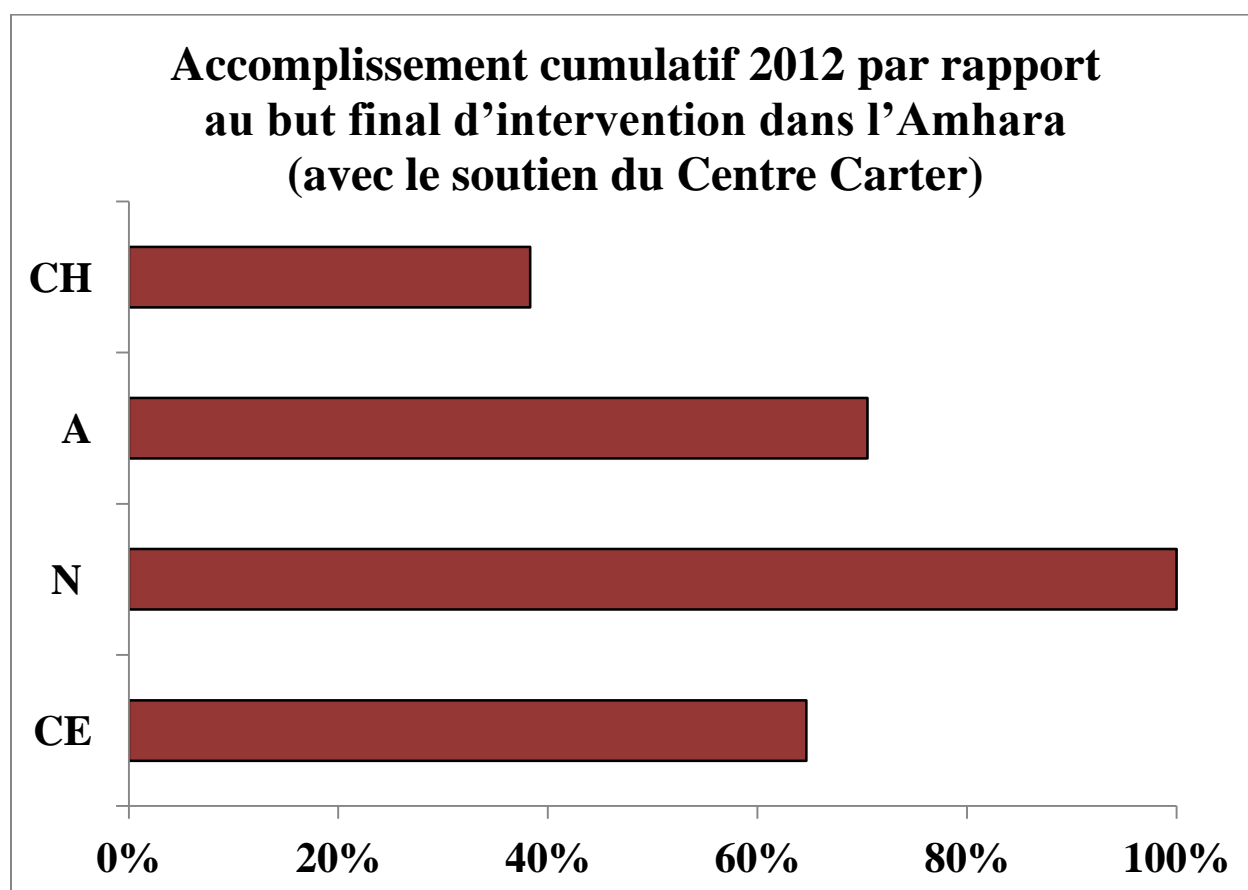
- Dispenser une éducation sanitaire à 3 449 villages, avec le soutien des Lions-Centre Carter

Changement environnemental (CE)

- Construire 150 000 latrines, avec le soutien des Lions-Centre Carter

Tableau 2. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) en Ethiopie : Accomplissements avec l'aide du Centre Carter¹

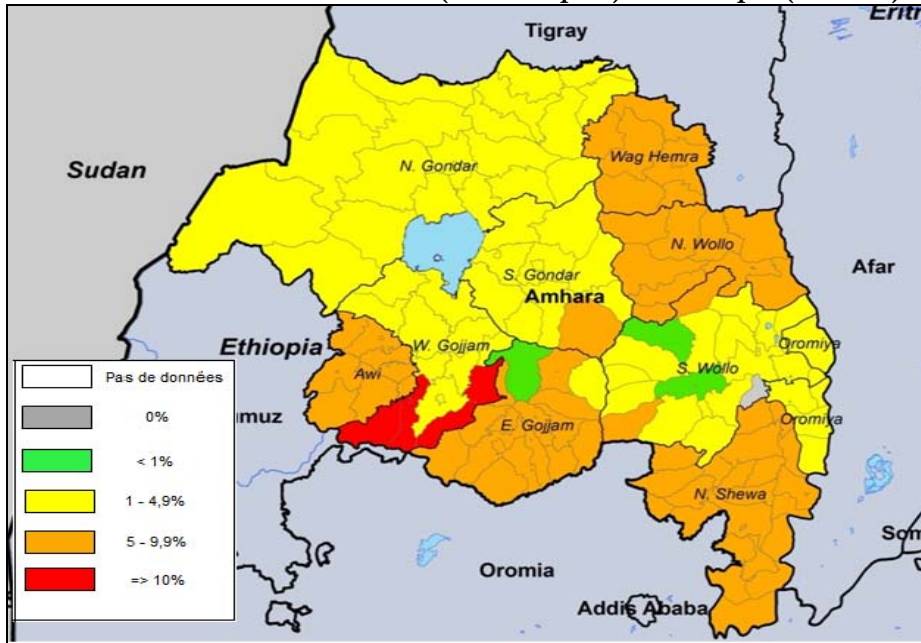
Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI réalisé avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	296 448	774 005	38%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	12 620 643	17 897 498	71%
Nettoyage du visage (Villages)	3 449	3 449	100%
Changement environnemental (Latrines)	2 667 488	4 123 877	65%



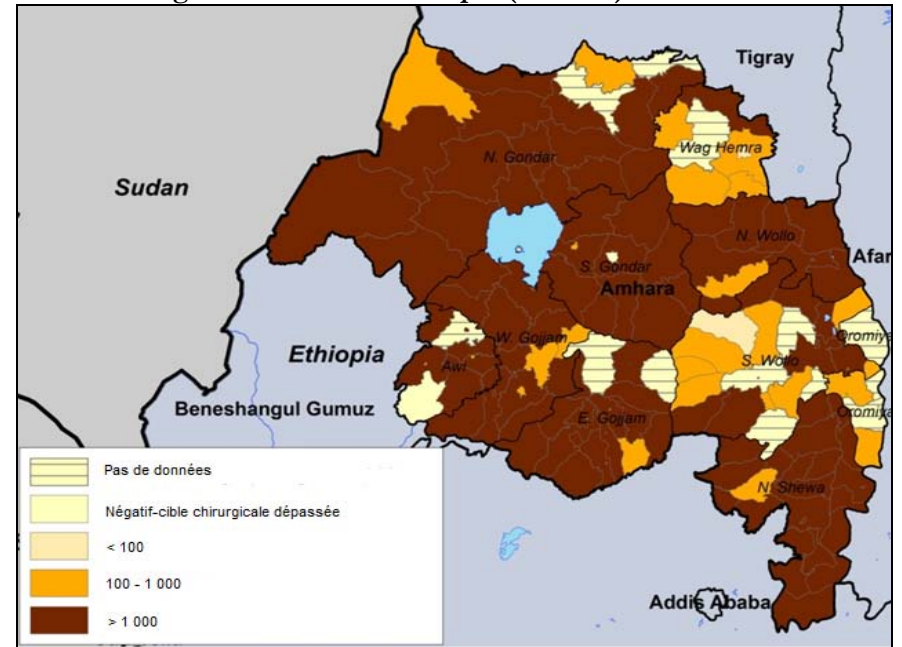
*Voir Annexe III pour la définition des BFI

¹ Aucune donnée d'intervention nationale n'est disponible pour l'Ethiopie. Les données reflètent les accomplissements soutenus par le Centre Carter uniquement dans la Région d'Amhara.

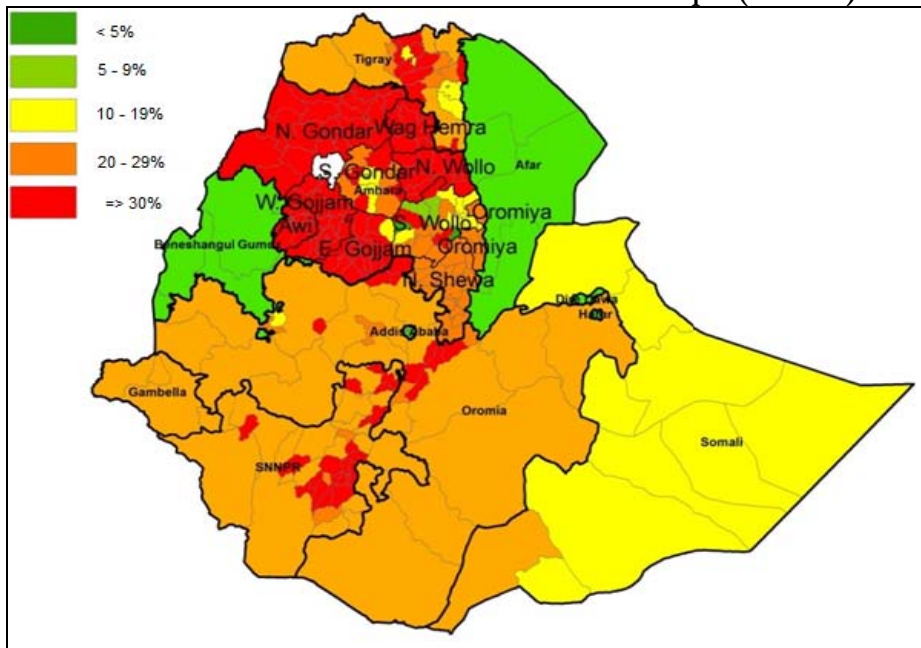
Prévalence du TT chez les adultes (15 ans et plus) en Ethiopie (Amhara)



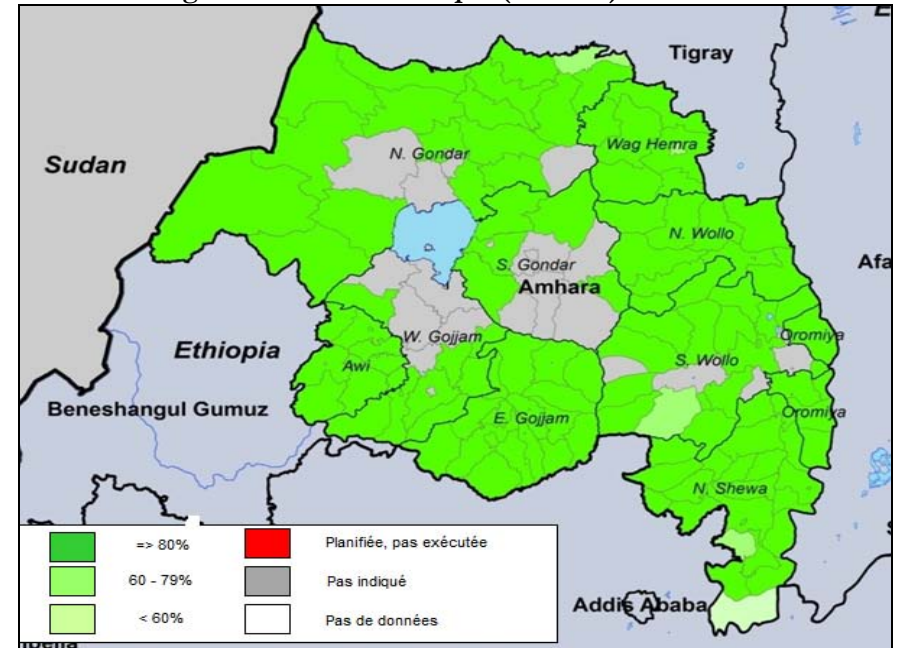
Cibles chirurgicales du TT en Ethiopie (Amhara)



Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans en Ethiopie (Amhara)



Couverture signalée DMA en Ethiopie (Amhara) 2012



La stratégie CHANCE au Soudan

Présentée par le Dr Nabil Aziz, représentant au Soudan du Centre Carter

Contexte

Le Gouvernement du Soudan a mis en place en 1962 l'Administration pour la prévention de la cécité sous les auspices du Ministère fédéral de la Santé (MFS). Les années 70 ont vu une réduction des activités puisqu'on pensait que le trachome n'était plus un problème de santé publique bien que les rapports aient continué d'arriver sur la persistance du trachome. Par ailleurs, rien ne venait prouver le caractère endémique du trachome jusqu'au moment où, en mai 1999, le Centre Carter a commencé à soutenir le MFS pour réaliser des enquêtes sur la prévalence de la maladie. Une fois connus les résultats de l'enquête, Pfizer Inc a commencé à faire don, en 2000, du Zithromax® par l'intermédiaire de la International Trachoma Initiative (ITI). En 2005, le Programme national de lutte contre le trachome s'unissait au Programme national pour la prévention de la cécité et le programme commençait à décentraliser les activités de la lutte contre le trachome, les confiant aux ministères de la santé des divers états et aux districts.

Entre 2006 et 2010, grâce à l'aide du Centre Carter, une cartographie a été établie de tous les districts à l'extérieur de Darfour. Les résultats ont montré que 50 localités au Soudan avaient une prévalence du trichiasis supérieure à 0,1% avec un nombre estimé de chirurgies en attente de l'ordre de 54 575 personnes. Devront encore être effectuées 37 736 chirurgies pour atteindre le but final d'intervention (BFI). Onze districts ont une prévalence du TF supérieure au seuil de 5%, établi par l'OMS pour l'élimination de la maladie. Sur les 11 districts, trois ont une prévalence du TF de 10% ou plus alors que huit se situent dans la fourchette de 5-9% (Tableau 2). Les 47 districts de Darfour n'ont pas encore pu être cartographiés à cause des problèmes de sécurité.

Le programme prévoit de faire une enquête dans East El Galabat suivant sa troisième série de distribution massive d'antibiotiques (DMA) et d'effectuer des évaluations de l'impact dans quatre districts avec une prévalence initiale de TF de 5-9% chez les enfants âgés de un à neuf ans qui ont été choisis aléatoirement pour recevoir une seule distribution d'antibiotiques sur l'ensemble du district en 2013.

Le Centre Carter appuie la mise en œuvre de la stratégie CHANCE avec le financement de la John P. Hussman Foundation, Sightsavers, et la MFS de Soudan.

Calendrier des événements

- 2000 : Pfizer Inc commence à faire don du Zithromax®
- 2005 : Le programme national de lutte contre le trachome est confié au MFS
- 2005 : Les enquêtes sur la prévalence initiale débutent
- 2006 : Le protocole de participation communautaire est mis au point
- 2006 : Le manuel de chirurgie du TT est adapté localement pour la formation en arabe. Le manuel sur les soins oculaires primaires est modifié pour inclure le système simplifié de classement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le trachome et le protocole d'enquête est mis au point.
- 2010 : La cartographie pour les enquêtes de la prévalence est achevée (sauf pour les états du Darfour)
- 2010 : Le Gouvernement s'engage à octroyer \$1 million pour soutenir les programmes de lutte contre la cécité de rivières et le trachome
- 2011 : Les données sur la prévalence nationale sont publiées dans *PLOS NTDs* (Hassan *et al.* 2011)
- 2015 : Date cible pour l'élimination du trachome cécitant au Soudan

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cibles du programme national/Centre Carter	Résultats du programme national/Centre Carter
Personnes opérées du TT	5 000	1 495
Chirurgiens du trichiasis formés	30	30
Doses d'azithromycine distribuées	451 970	331 825
Doses de tétracycline distribuées	9 039	3 880
Villages bénéficiant d'éducation sanitaire	72 : ES intense 153 : mass média	76 : ES intense 153 : mass média
Latrines familiales construites	N/A ¹	N/A

Chirurgie (CH)

En 2012, 738 des 1 495 chirurgies ont été réalisées dans les 18 districts où l'on sait que plus 1 000 chirurgies doivent encore être effectuées pour arriver au but final d'intervention (BFI). Le restant des chirurgies a été réalisé dans des régions qui ont atteint leur BFI ou à Karthoum qui n'a pas encore été entièrement cartographié. L'accomplissement chirurgical de 1 495 personnes opérées représente une augmentation de 23,6% par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2011. La mobilisation sociale encourage un rendement encore plus élevé au niveau des états et sensibilise à la question les politiciens, les dirigeants communautaires, les médias, les leaders religieux et les groupements féminins.

Depuis 2006, 180 chirurgiens du trichiasis ont été formés et 30 l'ont été pendant l'année 2012. Le Centre de formation durable au Khartoum Eye Centre offre une chirurgie gratuite aux patients du trichiasis. Une étude sur le taux de récurrence a été réalisée par un interne en ophtalmologie. Le programme national a discuté avec les dirigeants aux niveaux national et local du nombre de chirurgies du TT en attente et a fait appel aux équipes de chirurgie se déplaçant dans le pays pour rendre l'opération plus accessible aux patients. C'est de la plus grande importance car le BFI pour les chirurgies du TT ne sera pas même atteint en 2030 si le taux de chirurgie actuel est maintenu.

Antibiotiques (A)

Le programme national a distribué 175 033 doses d'antibiotiques sur les 451 970 ciblées dans les districts où la prévalence du TF est supérieure à 10% au moment de l'enquête initiale (parmi les enfants de 1-9 ans). De plus, deux districts ont bénéficié d'une DMA, volet entrant dans le cadre d'une étude comparant les effets d'une DMA sur l'ensemble du district par rapport aux distributions aux enfants âgés d'un à neuf ans dans les emplacements avec une prévalence de 5 à 9 % lors de l'enquête initiale. Deux districts avec une prévalence du TF supérieure à 10% au moment de l'enquête initiale et un district avec une prévalence du TF de 5-9% au moment de l'enquête initiale n'étaient pas accessibles pour des raisons de sécurité. Un district avec une prévalence du TF de 5-9% lors de l'enquête initiale n'a pas reçu de DMA à cause d'une pénurie de médicaments.

¹ N/A : Non applicable, le programme ne soutient pas d'intervention spécifiée

Neuf des 12 sous-districts enquêtés avaient une prévalence du TF supérieure ou égale au seuil de 10% et sont ciblés pour une DMA en 2013, 2014 et 2015.

Nettoyage du visage & Changement environnemental (N & CE)

Au titre des activités d'éducation sanitaire du trachome en 2012 : formation des personnes focales, groupements féminins, groupes d'étudiants et exposés dans les écoles ainsi que campagnes de nettoyage de l'environnement. Un total de 38 éducateurs sanitaires a été formé. L'éducation sanitaire a été dispensée via les mass médias, 14 annonces radiophoniques et télévisées, des messages lors de programmes de santé en direct et des actualités et plaidoyers. Du matériel a également été distribué: tee-shirts, casquettes, affiches et brochures en plus de 10 pancartes.

L'éducation sanitaire a été intégrée à toutes les activités programmatiques, y compris à la distribution massive d'antibiotiques et aux camps de chirurgie du trichiasis.

L'UNICEF, les partenaires du développement et les sociétés privées apportent un appui à la construction de latrines.

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 5 000 patients du trichiasis
- Former 30 chirurgiens

Antibiotiques (A)

- Distribuer 1 330 057 doses d'azithromycine
- Distribuer 31 601 doses de tétracycline

Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 535 villages

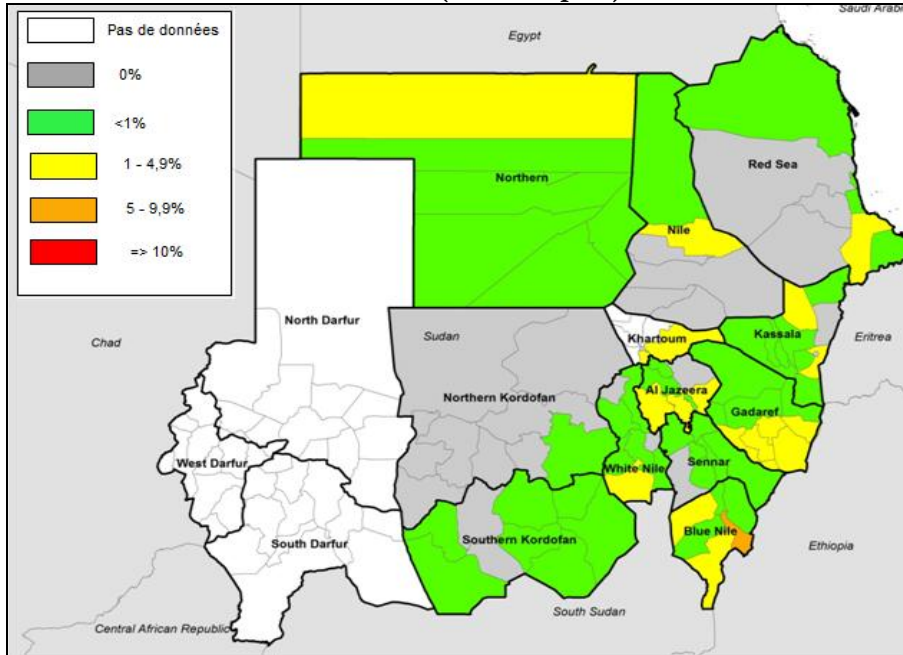
Changement environnemental (CE)

- Construire 0 latrines

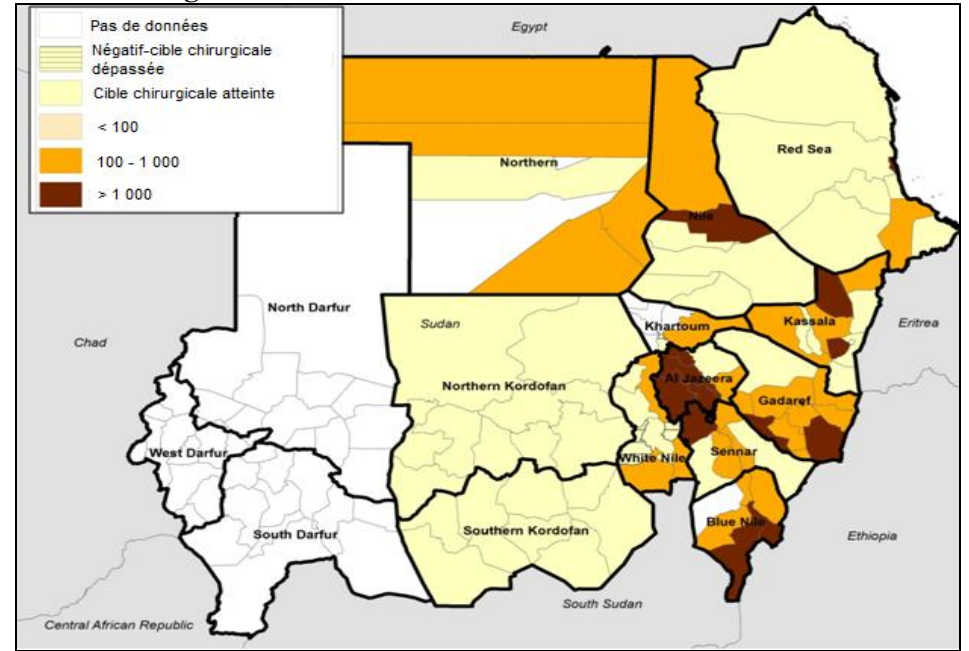
Tableau 2: Districts avec prévalence du TF >5% à l'enquête de base

Etat	District	Prévalence du TF (1-9)		Prévalence du TT (tout âge)		Cible d'élimination
		Initiale	Une évaluation d'impact sur le trachome	Initiale	Une évaluation d'impact sur le trachome	
Blue Nile	Al Kurmuk	12,3%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2,1%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
Blue Nile	Gaissan	17,4%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2,9%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
Gedarif	B. El Gedarif	5,9%	10,6%	0,59%	0,78%	2015
Gedarif	El Fashaga	6,1%	17,2%	0,39%	0,46%	2015
Gedarif	El Galabat East	19,8%	Pas d'enquête après l'enquête de base	0,92%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
Gedarif	El Rahad	7,1%	29,4%	2,1%	0,7%	2015
Khartoum	Jabal Awlia	5,0%	Pas d'enquête après l'enquête de base	1,1%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
Sennar	East Sennar	5,0%	Pas d'enquête après l'enquête de base	0,8%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
Sennar	El Dender	8,5%	9,8%	0,8%	1,0%	2015
South Kordofan	Abo Jibaiha	6,1%	Pas d'enquête après l'enquête de base	0,08%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015
White Nile	El Jabalain	6,4%	Pas d'enquête après l'enquête de base	0,23%	Pas d'enquête après l'enquête de base	2015

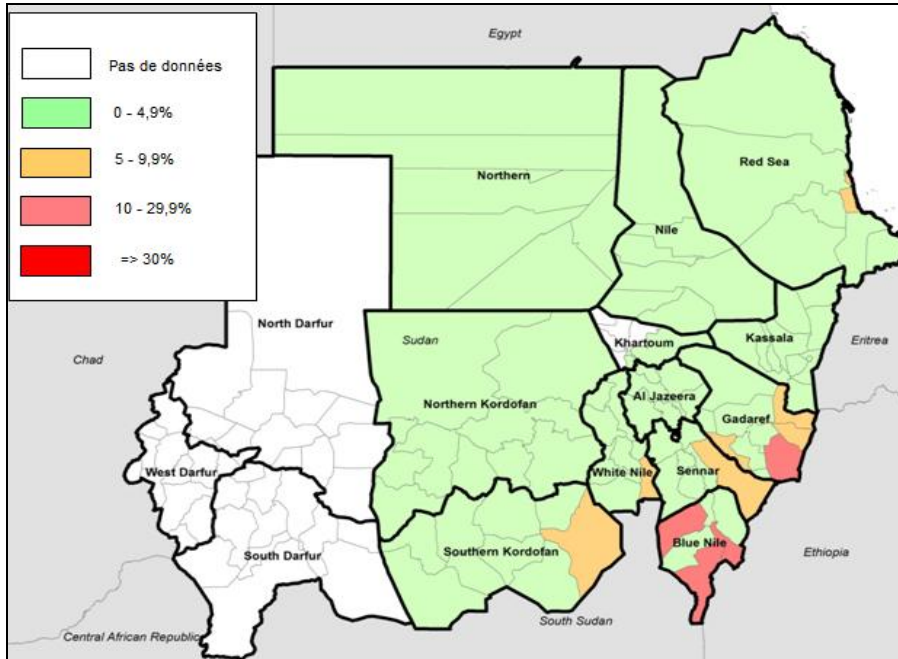
Prévalence du TT chez les adultes (15 ans et plus) au Soudan



Cibles chirurgicales du TT au Soudan



Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans au Soudan



Couverture signalée DMA au Soudan 2012

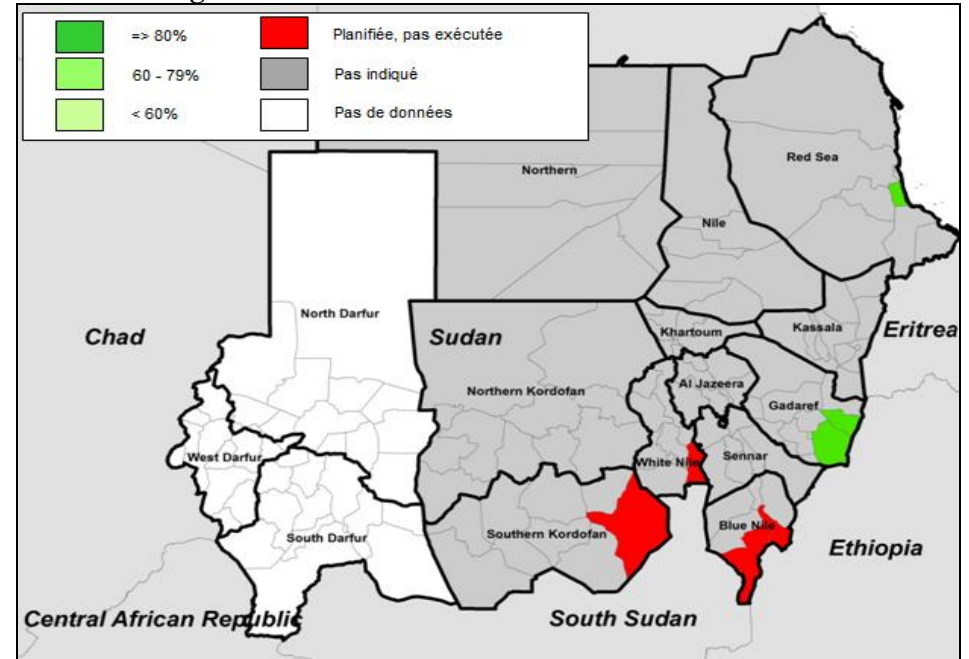


Tableau 3. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) au Soudan : Accomplissements national et accomplissement soutenu par le Centre Carter

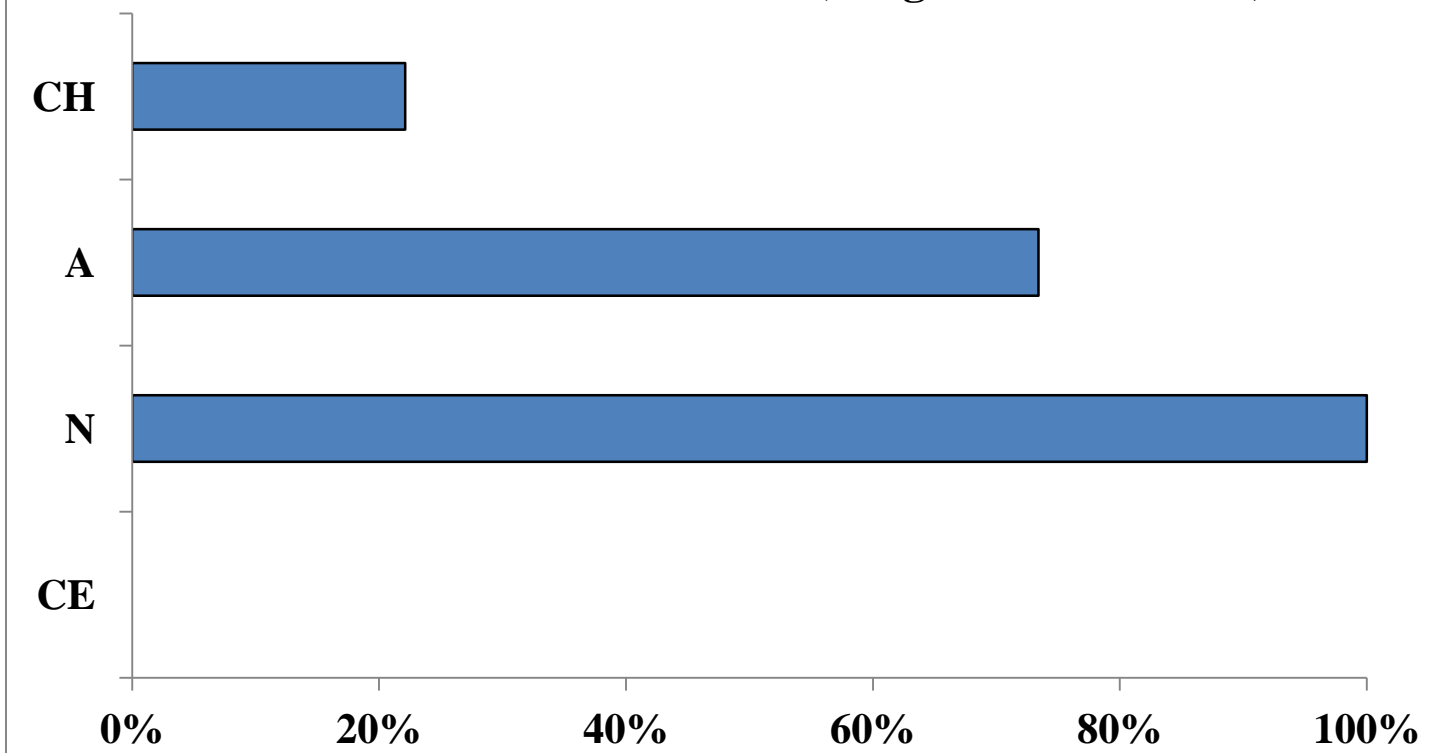
Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	13 686	61 873	22%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	331 825	451 970	73%
Nettoyage du visage (Villages)	260	260	100%
Changement environnemental (Latrines)	N/A ¹	N/A	N/A

Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI atteint avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	6 369	55 145	12%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	331 825	451 970	73%
Nettoyage du visage (Villages)	76	72	105%
Changement environnemental (Latrines)	N/A	N/A	N/A

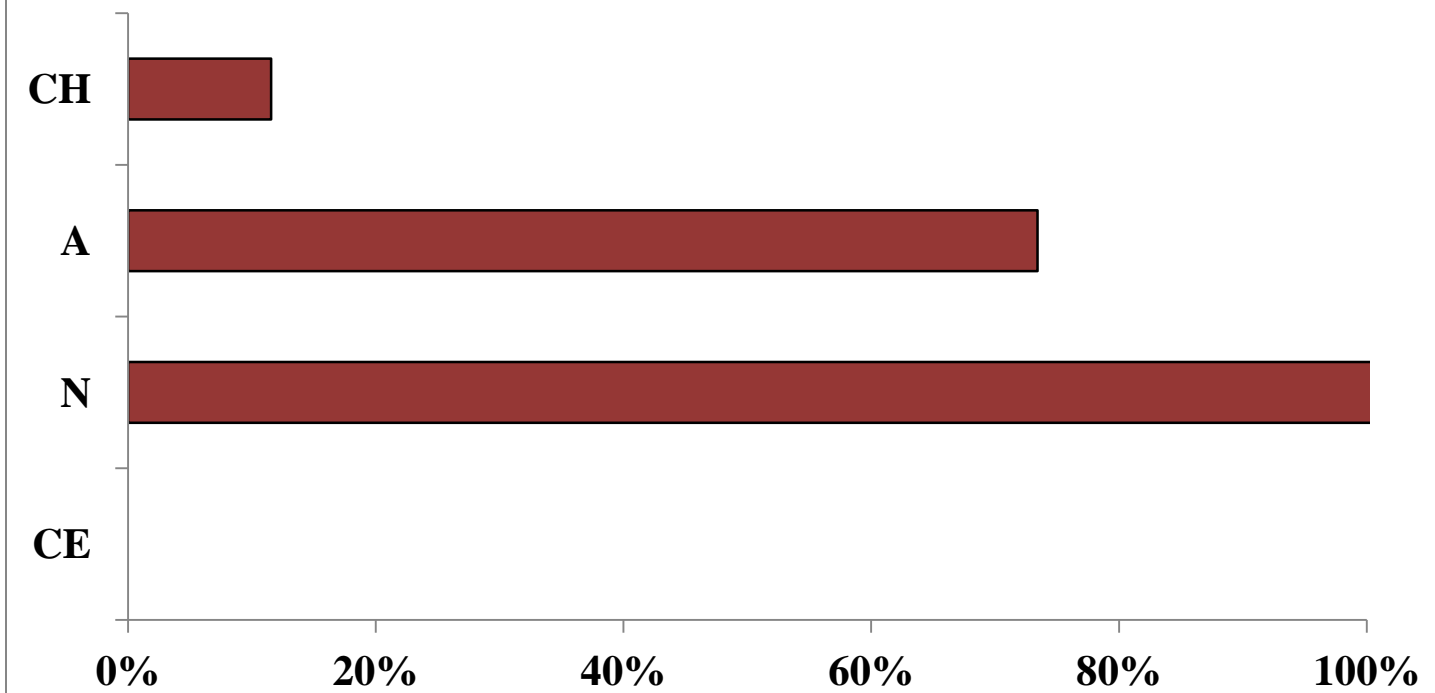
*Voir Annexe III pour les définitions du BFI

¹ N/A: Non applicable, le programme ne soutient pas d'intervention spécifiée

Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Soudan (Programme national)



Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Soudan (avec l'appui du Centre Carter)



*Voir annexe III pour les définitions du BFI

La stratégie CHANCE dans le Soudan du Sud

Présentée par le Dr. Lul Riek, Ministère des affaires des ONG

Contexte

Les activités de la lutte contre le trachome ont démarré dans ce qui était alors, en 1989, le “Sud du Soudan”, par l’intermédiaire d’Operation Lifeline Sudan, un consortium des organismes des Nations Unies et de plus de 40 organisations non gouvernementales (ONG) qui apportaient une aide humanitaire pendant la guerre civile. L’aide du Centre Carter à ces activités de lutte contre le trachome a débuté en 2000, la même année où la International Trachoma Initiative (ITI) a envoyé du Zithromax® donné par Pfizer Inc pour démarrer la distribution massive d’antibiotiques (DMA). D’après les enquêtes initiales sur la prévalence, la prévalence du TF était élevée chez les enfants de un à neuf ans, de l’ordre de 77,2% et la prévalence du TT allait jusqu’à 15,1% chez les adultes de 15 ans et plus. Actuellement, il est connu que 25 comtés dépassent le seuil d’élimination de l’OMS qui est d’un cas de trichiasis pour 1000 personnes et 22 dépassent la cible d’élimination du TF qui est de moins de 5% de prévalence parmi les enfants âgés de un à neuf ans.

Le Programme de lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud s’efforce d’obtenir une image complète de la distribution du trachome dans le pays. Cinquante-trois des 80 districts ne sont toujours pas cartographiés, ce qui n’empêche l’image épidémiologique de se dessiner clairement: le trachome reste hyper-endémique dans toutes les régions à l’est du Nil et de l’état d’Unity. Il semblerait moins répandu à l’ouest du pays. Dans certains comtés, il faudrait faire des enquêtes sur l’impact dans les endroits qui ont bénéficié d’une DMA pendant plus de cinq années consécutives. Le programme est en train de compiler une base de données nationale pour disposer d’un meilleur système de notification et pouvoir ainsi standardiser les données. Les partenaires continuent de collaborer avec le programme national de lutte contre le trachome pour la mise à échelle de CHANCE et cependant le programme aura besoin d’un soutien financier pour arriver à éliminer le trachome cécitant d’ici 2020. Le programme national a achevé son plan d’action du trachome qui pose le cadre guidant les futures activités liées au trachome. Une équipe spéciale du trachome est sur pied mais elle a besoin d’être renforcée.

Calendrier des événements

- 2001 : Les activités de lutte contre le trachome démarrent
- 2005 : L’accord de paix compréhensif est signé
- 2006 : Le ministère de la santé du Gouvernement du Soudan du Sud est établi (GOSS)
- 2007 : Le programme de lutte contre le trachome du Ministère de la Santé du GOSS est mis en place
- 2008 : La première revue annuelle du programme de lutte contre le trachome est tenue et l’équipe spéciale du trachome est mise en place
- 2011 : Référendum sur l’auto-détermination
- 2020 : Date cible pour l’élimination du trachome cécitant dans le Soudan du Sud

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cibles du programme national	Résultats du programme national	Cibles du Centre Carter	Résultats du Centre Carter
Personnes opérées du TT	5 150	1 858	750	1 164
Chirurgiens du trichiasis formés	11	N/S ¹	0	2
Doses d'azithromycine distribuées	501 000	323 708	363 580	239 111
Doses de tétracycline distribuées	10 020	N/S	7 420	9 760
Villages bénéficiant d'éducation sanitaire	114	N/S	114	150
Latrines familiales construites	300	266	0	8

Chirurgie (CH)

Le programme estime que 100 961 chirurgies devront être réalisées pour atteindre le BFI dans les comtés où une enquête a été réalisée en supposant que toutes les chirurgies réalisées entre 2001 et 2012 l'ont été dans les comtés enquêtés.

Vingt-deux des 25 comtés cartographiés doivent réaliser plus de 1 001 chirurgies s'ils veulent atteindre leurs BFI sur le plan chirurgical. Sur les 1 858 chirurgies réalisées en 2012 : 1 172 ont été réalisés dans ces zones prioritaires. Le Centre Carter a apporté un appui à 1 164 des 1 858 chirurgies réalisées en 2012. Pour faire baisser le nombre de cas en attente, le programme national devra identifier une source durable de chirurgiens et d'autres méthodes de fourniture de l'opération pour atteindre les populations non desservies. Au rythme actuel, le but final d'intervention ne sera pas même atteint en 2030.

Antibiotiques (A)

Parmi les comtés enquêtés, 19 ont une prévalence du TF de plus de 10% parmi les enfants âgés de un à neuf ans; un comté a une prévalence entre 5-9%; et deux ont une prévalence inférieure au seuil d'élimination de 5%. Sur les 19, neuf seulement ont bénéficié d'une DMA à cause des ressources limitées pour la distribution. Dans les régions recevant un soutien : 239 111 doses d'antibiotiques ont été distribuées. Dans les zones recevant une distribution massive de médicaments, l'une avait une couverture supérieure à 80%, cinq avaient une couverture entre 60 et 79%, et trois une couverture de moins de 60%. Le Centre Carter a distribué 239 111 sur les 323 708 doses totales.

Nettoyage du visage & Changement environnemental (C & CE)

Le plan pour 2012 prévoyait une éducation sanitaire continue dans 104 villages recevant une aide du Centre Carter et 114 villages au total. En 2012, le Centre Carter a soutenu l'éducation sanitaire dans 328 villages utilisant les communautés et les écoles comme plate-forme pour améliorer l'hygiène et l'assainissement. Le Centre Carter a également apporté une aide à la construction de huit des 266 latrines construites en 2012.

¹ N/S : Non signalé par le programme

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 3 400 patients du trichiasis, 1 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former 15 chirurgiens, cinq avec le soutien du Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Distribuer 468 530 doses d'azithromycine, 338 530 avec le soutien du Centre Carter
- Distribuer 47 470 doses de tétracycline, 10 470 avec le soutien du Centre Carter

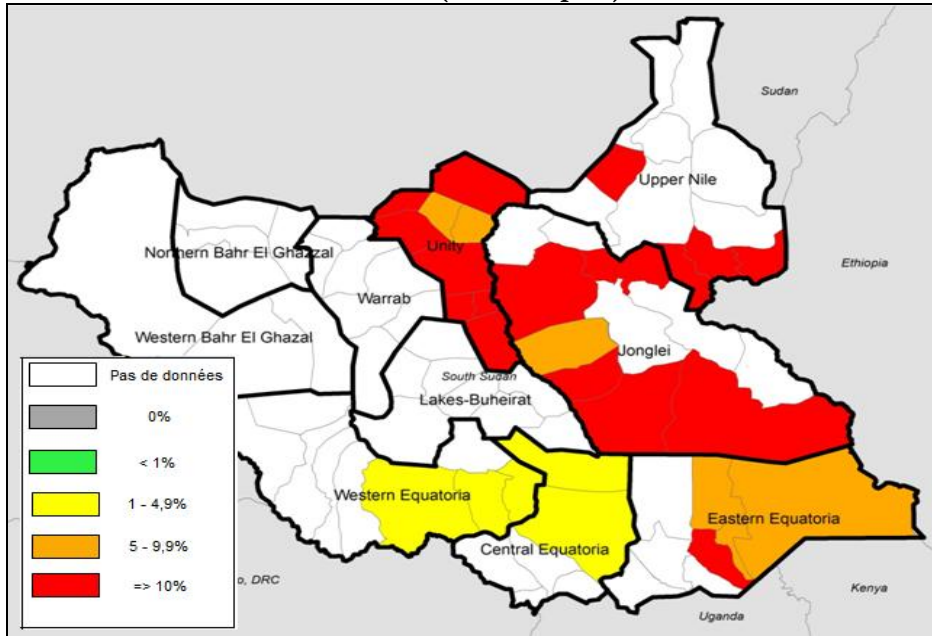
Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 63 villages, 20 avec le soutien du Centre Carter

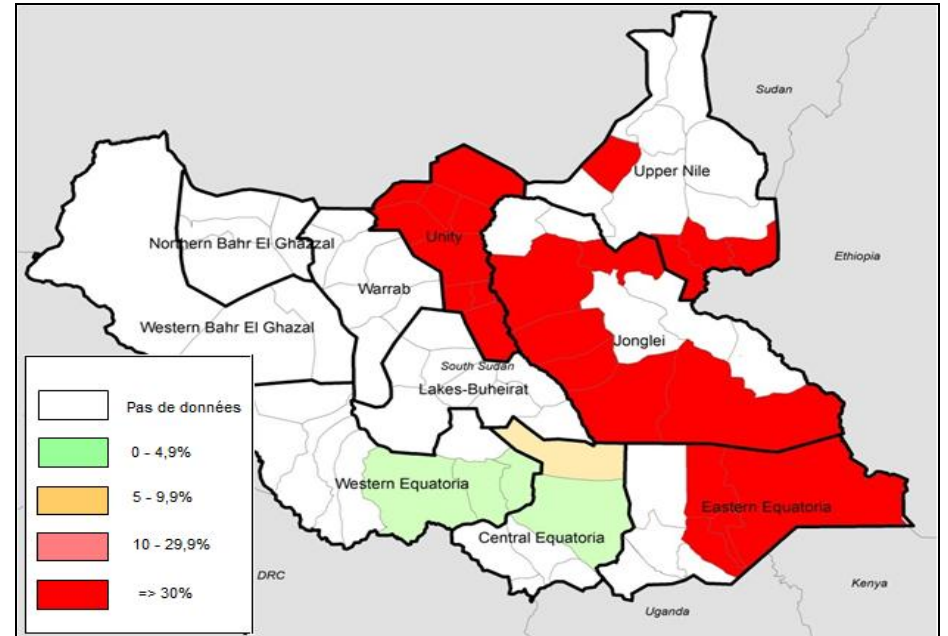
Changement environnemental (CE)

- Construire >10 latrines, 10 avec le soutien du Centre Carter

Prévalence du TT chez les adultes (15 ans et plus) dans le Soudan du Sud



Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans dans le Soudan du Sud



Couverture signalée DMA dans le Soudan du Sud 2012

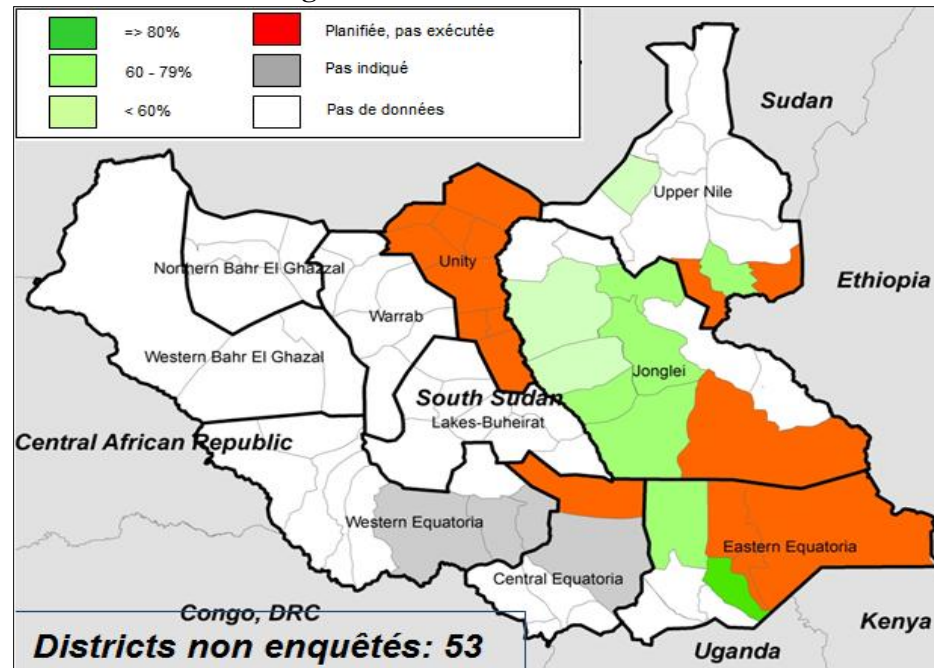


Tableau 2. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) au Soudan du Sud: Programme national et programme soutenu par le Centre Carter

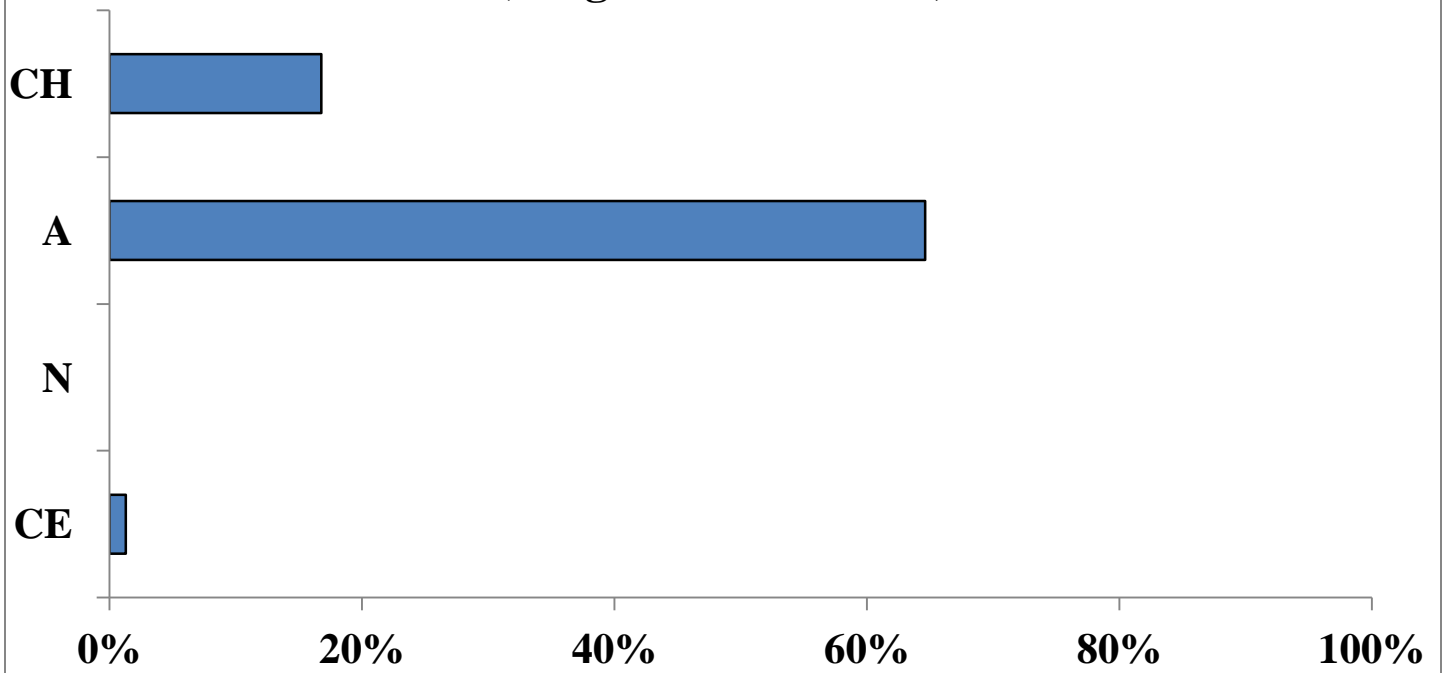
Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	23 987	142 881	17%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	323 708	501 000	65%
Nettoyage du visage (Villages)	N/S ¹	N/S	N/S
Changement environnemental (Latrines)	3 202	248 455	1%

Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI atteint avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	11 217	130 111	9%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	239 111	363 580	66%
Nettoyage du visage (Villages)	150	114	132%
Changement environnemental (Latrines)	136	23 865	1%

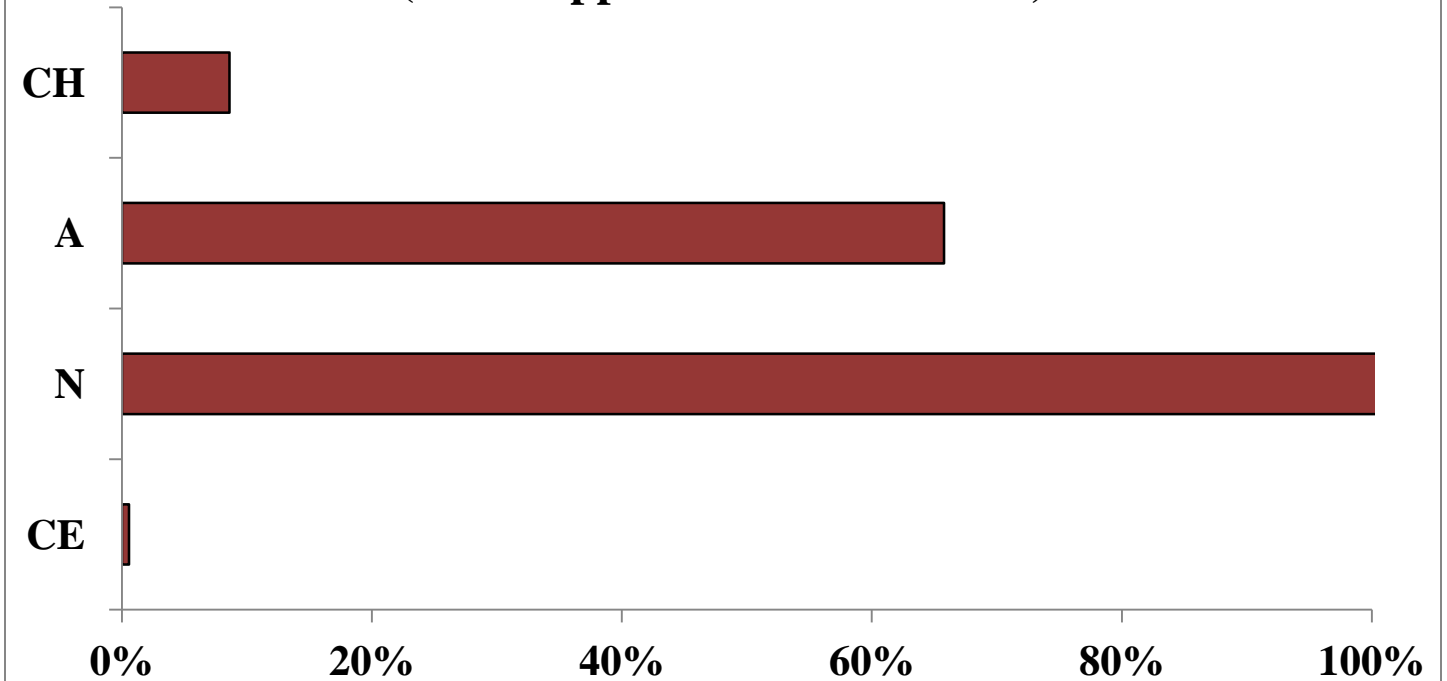
*Voir annexe III pour les définitions du BFI

¹ N/S: Non signalé par le programme

Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Soudan du Sud (Programme national)



Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Soudan du Sud (avec l'appui du Centre Carter)



*Voir annexe III pour les définitions du BFI

La stratégie CHANCE au Niger

Présentée par le Dr Kadri Boubacar, Coordinateur adjoint, Programme national de lutte contre la cécité

Contexte

Le Programme national de lutte contre la cécité (PNLCC) a été mis en place en 1987 à la suite d'enquêtes nationales indiquant une prévalence de la cécité de 2,2%, dont un quart imputable au trachome. Les enquêtes initiales effectuées en 1997-1999 constataient que 44% des enfants âgés d'un an à neuf ans souffraient de trachome actif (TF et/ou TI) et que 1,7% des femmes de plus de 15 ans étaient atteintes de trichiasis. Sur la base de ces enquêtes, la priorité a été accordée aux activités de lutte contre le trachome dans les régions de Diffa, Maradi et Zinder en raison de leur prévalence prélevée du trachome actif et la stratégie CHANCE intégrale a été mise en œuvre sur l'ensemble de la région de Zinder en 2002.

En 1999, le PNLCC a mis sur pied l'équipe spéciale nationale du trachome lui confiant la rédaction d'un plan stratégique national et lui demandant de concourir à la lutte pour l'élimination du trachome cécitant au Niger. L'équipe spéciale comprend des membres des Ministères de la Santé, de l'eau, de l'éducation et du développement social; de l'Organisation mondiale de la Santé; du Centre Carter; des Lions Clubs locaux; Helen Keller International; CBM; Niger Association for the Blind; et l'African Muslim Agency.

Un soutien accru de la part des donateurs et partenaires a permis d'élargir les activités et d'étendre en 2008 à échelle nationale la stratégie CHANCE intégrale. Le Centre Carter, Helen Keller International et d'autres partenaires soutiennent actuellement la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale, avec le soutien financier de la Conrad N. Hilton Foundation, de la Lions Clubs International Foundation, de la John P. Hussman Foundation et d'autres bailleurs de fonds.

Calendrier des événements

- 1987 : Le programme national de lutte contre la cécité démarre
- 1997-1999 : Des enquêtes initiales sur la prévalence du trachome sont réalisées
- 2004 : Le programme adopte un plan stratégique de cinq ans (2005-2009)
- 2005 : Enquêtes sur l'impact dans deux districts de la région de Zinder
- 2006 : Enquêtes sur l'impact dans quatre districts de la région de Zinder
- 2007 : Le programme des maladies tropicales négligées démarre
- 2008 : Le Centre Carter et Helen Keller International renforce leur soutien pour mettre en œuvre la stratégie CHANCE intégrale
- 2009 : ITI ferme son bureau à Niamey
- 2015 : Date cible pour l'élimination du trachome cécitant au Niger

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cibles du programme national	Résultat du programme national	Cibles du Centre Carter	Résultat du Centre Carter
Personnes opérées du TT	10 000	11 021	7 000	8 744
Chirurgiens du trichiasis formés	6	N/S ¹	6	25
Doses d'azithromycine distribuées	6 815 440	5 069 468	2 685 647	0
Doses de tétracycline distribuées	150 157	N/S	54 809	0
Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire	634	634	634	634
Latrines familiales construites	15 000	15 000	15 000	10 373

Chirurgie (CH)

Sur un total de 36 districts cartographiés, 17 ont une prévalence du TT supérieure à 0,1%. Le nombre de chirurgies en attente est estimé à 69 242 d'après les dernières enquêtes. Il faudra encore opérer 38 613 cas, d'après les estimations, pour atteindre la cible d'élimination un cas de trichiasis pour 1 000 personnes. Au rythme actuel, le programme atteindrait son but final d'intervention (BFI) d'ici 2020. La majorité des cas de trichiasis restants se trouve dans 12 districts comptant plus de 1 000 chirurgies restantes chacun d'entre eux. Le programme national du Niger a augmenté son rendement chirurgical de 36,9% entre 2011 et 2012, grâce en grande partie à l'application des recommandations faites par l'étude de 2011 sur l'amélioration de la qualité de la chirurgie du trichiasis, conçue pour évaluer l'entier système chirurgical et d'identifier les domaines demandant des améliorations.

Antibiotiques (A)

Le programme national a distribué 5 069 468 doses d'azithromycine dans les districts avec une prévalence du TF, parmi les enfants âgés de un à neuf ans, de 10% ou plus, avec une couverture nationale de 75,2%. Six des districts recevant une distribution massive d'antibiotiques (DMA) avaient un taux de couverture estimé à 80% ou plus; et huit une couverture entre 60 et 80%; et deux avaient une couverture de moins de 60%.

Un district avec une prévalence du TF entre 5-9% n'a pas reçu de DMA. Les futures distributions dépendent des résultats des enquêtes au niveau sous-district prévus en 2013.

Nettoyage du visage & Changement environnemental (N & CE)

Le programme national recommande les latrines améliorées SanPlat avec une dalle en ciment. Le Centre Carter a apporté une aide à l'installation de 69% des 15 000 latrines construites en 2012. Le BFI pour la construction de latrines au Niger est de 482 571, dont 117 637 sont terminées. Le programme cherche à réduire la prévalence du TF chez les enfants âgés d'un à neuf ans en faisant appel pour cela à une

¹ N/S : Non signalé par le programme

collaboration renforcée avec les ministères de l'eau et de l'environnement, en plus des ONG intervenant au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 15 000 patients du trichiasis, 11 000 avec le soutien du Centre Carter
- Former 20 chirurgiens du trichiasis, tous avec le soutien du Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Distribuer des doses d'azithromycine, 8 319 387 doses d'azithromycine
- Distribuer des doses of tétracycline, 170 000 doses de tétracycline, toutes avec le soutien du Centre Carter

Nettoyage du visage (N)

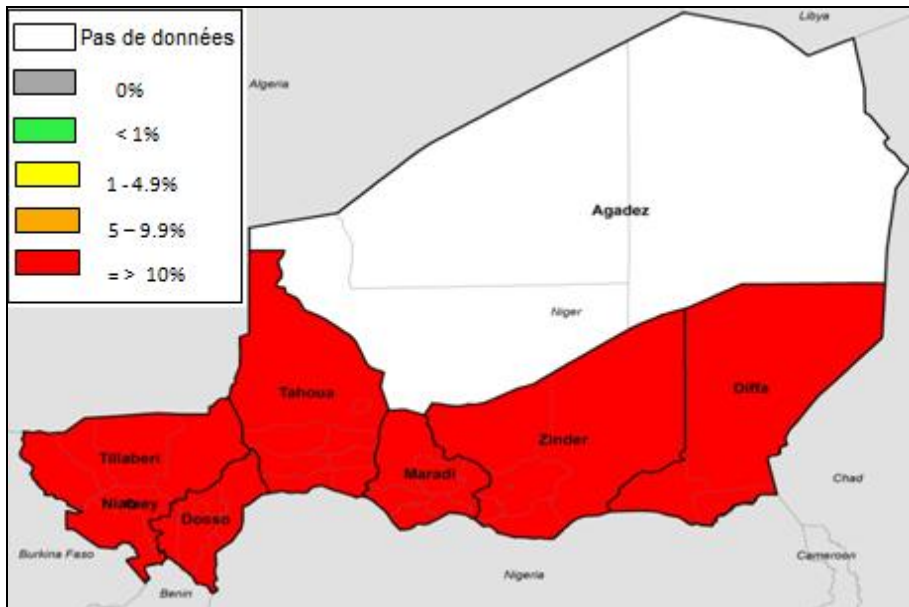
- Dispenser une éducation sanitaire dans 634 villages, dans tous avec le soutien du Centre Carter

Changement environnemental (CE)

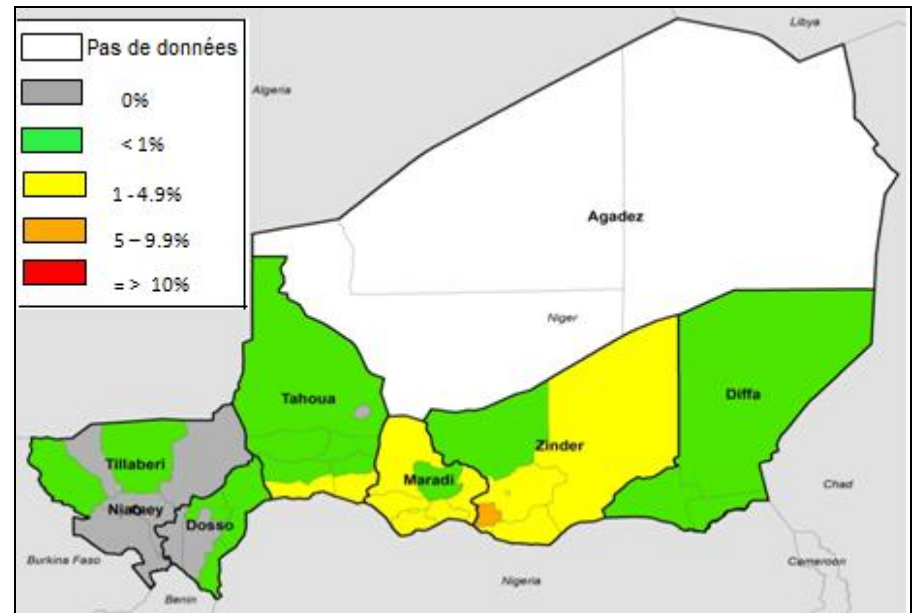
- Construire 15 000 latrines, toutes avec le soutien du Centre Carter

Prévalence du TT chez les adultes (15 ans et plus) au Niger

1999

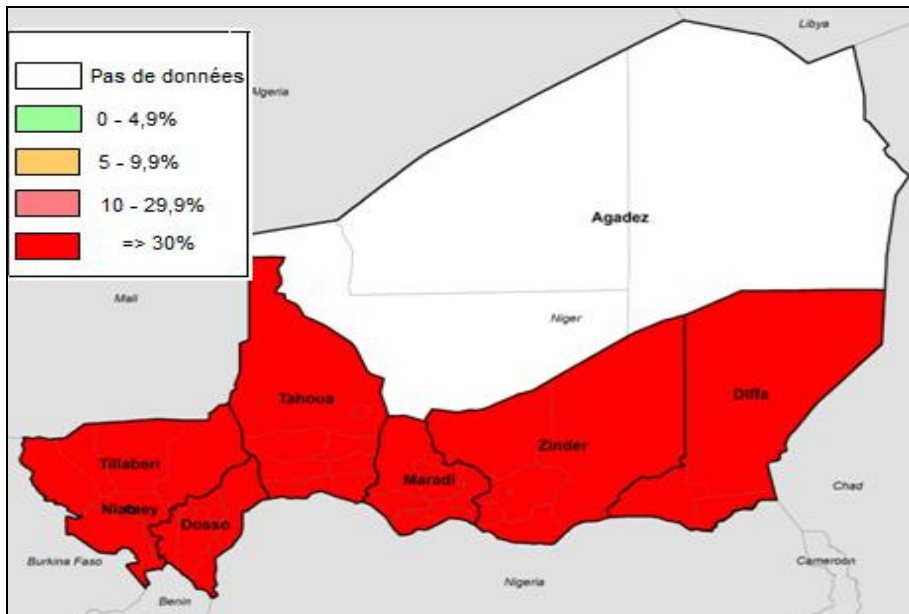


2012

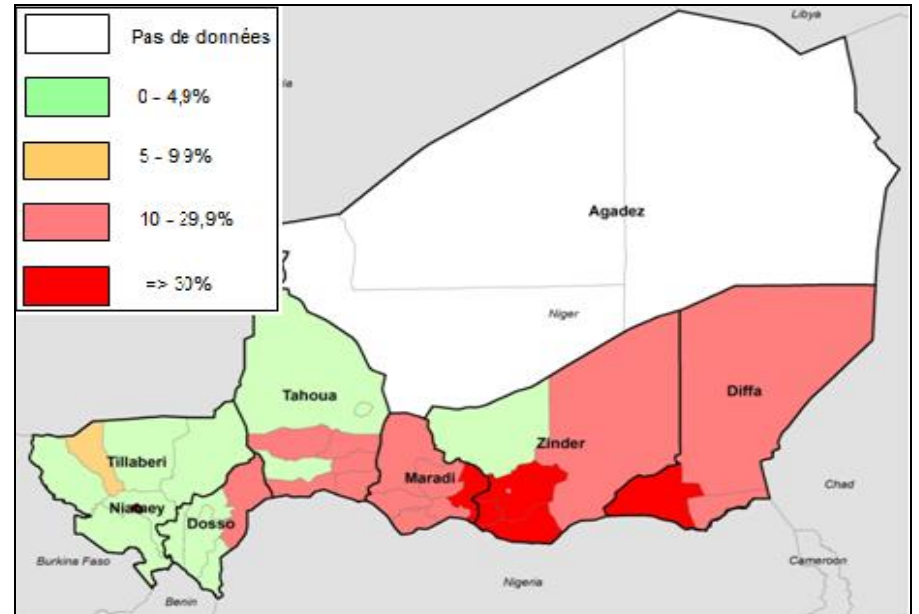


Prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans au Niger

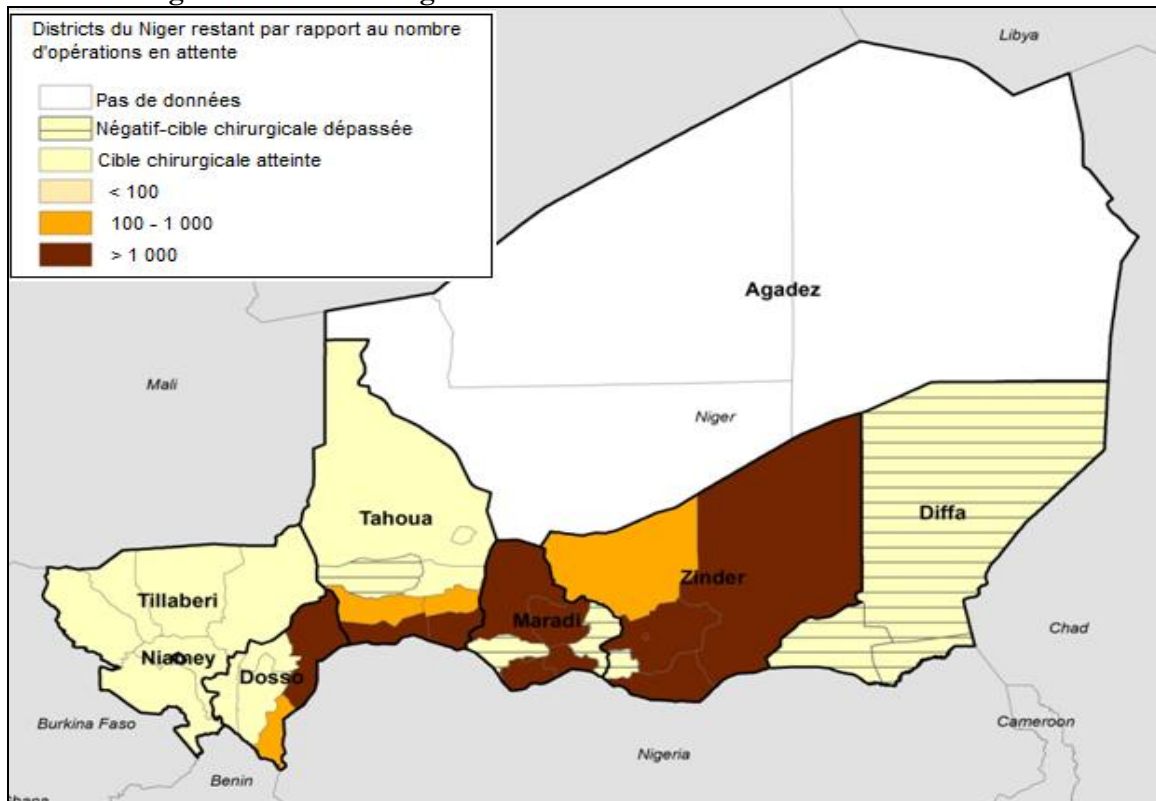
1999



2012



Cibles chirurgicales du TT au Niger



Couverture signalée DMA au Niger 2012

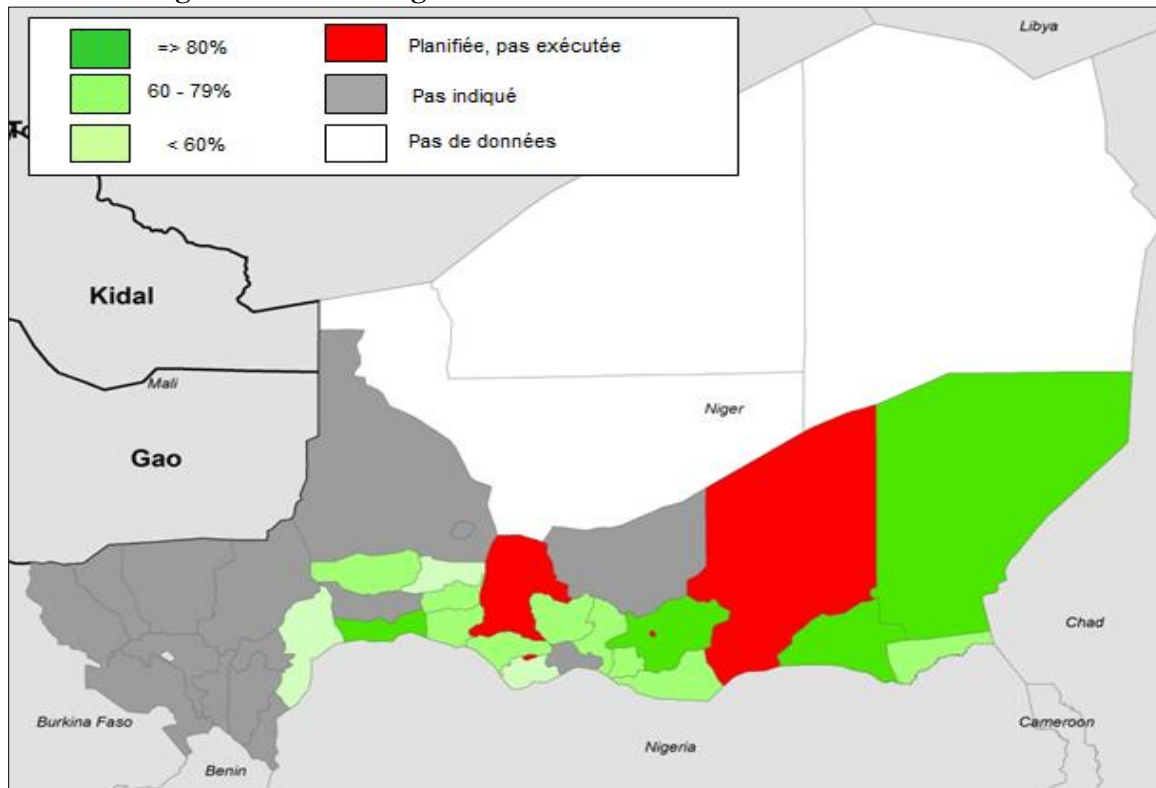


Tableau 2. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) au Niger: Programme national et programme soutenu par le Centre Carter

Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	70 567	99 896	71%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	5 069 468	6 815 440	74%
Nettoyage du visage (Villages)	N/S ¹	N/S	N/S
Changement environnemental (Latrines)	117 637	482 571	24%

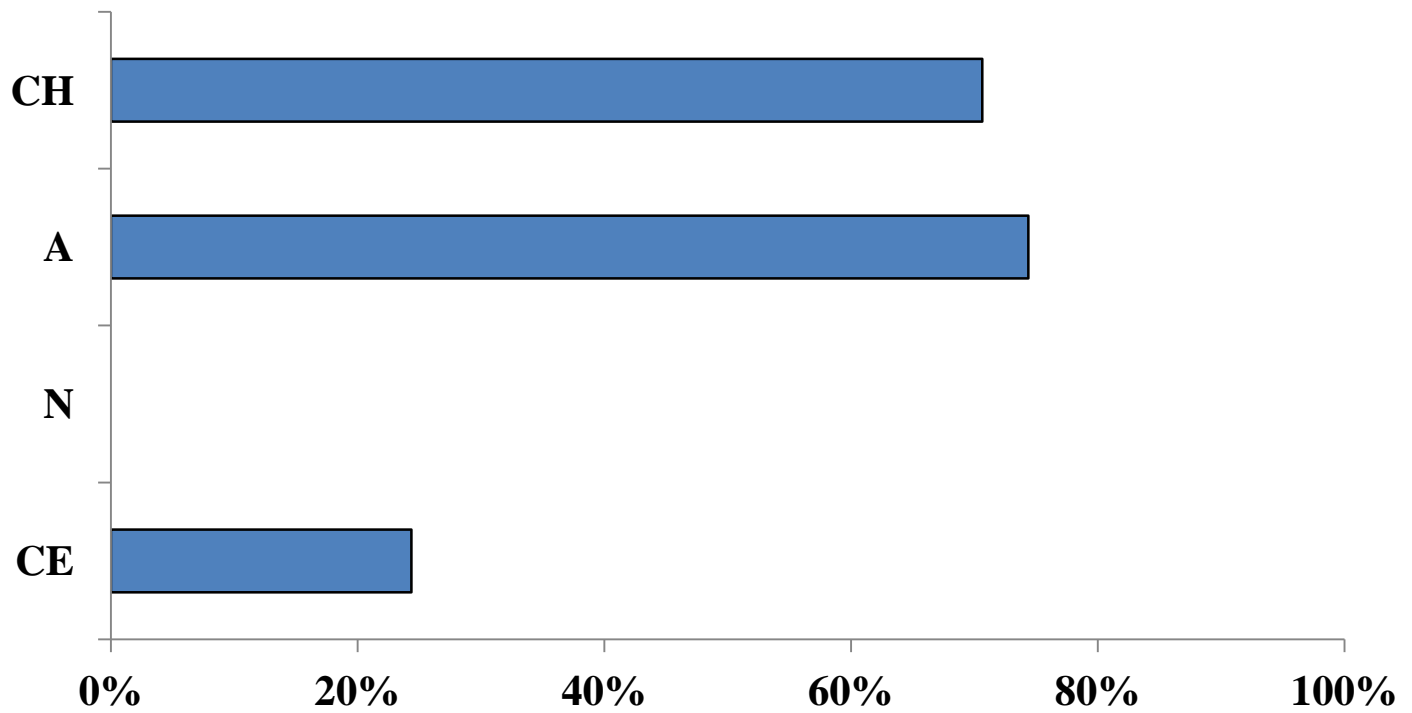
Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI atteint avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	23 801	72 201	33%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	N/A ²	N/A	N/A
Nettoyage du visage (Villages)	634	11 370	6%
Changement environnemental (Latrines)	65 976	269 904	24%

*Voir annexe III pour les définitions du BFI

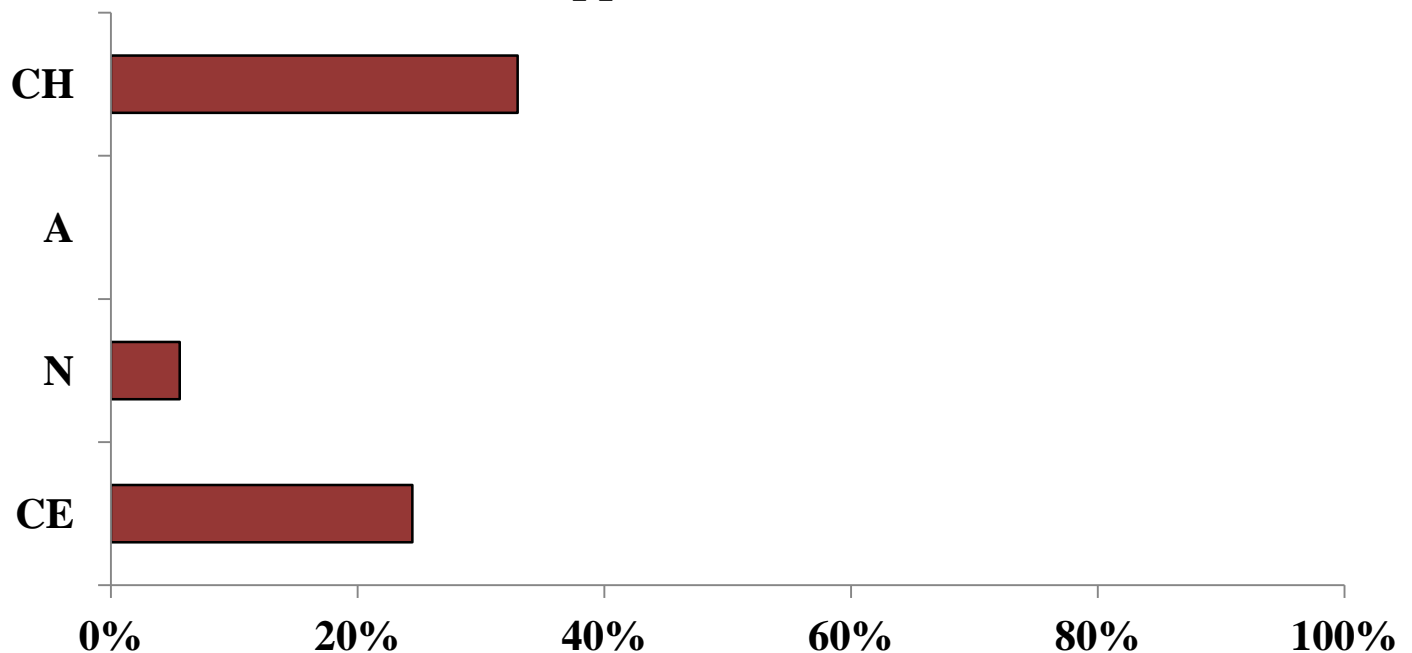
¹ N/S: Non signalé par le programme

² N/A: Non applicable, le programme ne soutient pas d'intervention spécifiée

Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Niger (Programme national)



Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Niger (avec l'appui du Centre Carter)



*Voir Annexe III pour les définitions du BFI

La stratégie CHANCE au Nigéria

Présentée par le Dr Benjamin Nwobi, Programme national de santé oculaire

Contexte

Le Programme national de santé oculaire prévoit d'éliminer le trachome cécitant d'ici 2020. Sur les 774 districts du Nigeria, seuls 152 ont été cartographiés pour le dépistage du trachome. Le Projet global de cartographie du trachome (GTMP) et l'USAID/RTI/ENVISION ont l'intention de réaliser des enquêtes pour vérifier la prévalence du trachome dans des régions uniquement supposées être de caractère endémique auparavant (11 états au nord) ou alors supposées de caractère non endémique dans le sud. Il existe 126 districts au Nigeria avec une prévalence confirmée du trichiasis supérieure à 0,1%. Le nombre de cas en attente d'être opérés est de 525 644, avec 487 486 patients nécessitant une opération si on veut atteindre le but final d'intervention (BFI).

Le programme a l'intention de rédiger un plan d'action pour la lutte contre le trachome en 2013 et de revoir Vision 2020. Il a également l'intention d'étendre à plus grande échelle les interventions (y compris la distribution massive d'antibiotiques) dans les communautés concernées suivant les résultats du GTMP. Le programme se heurte à moult obstacles dont un budget insuffisant de l'état, des retards dans le déblocage des fonds, des grèves prolongées chez les agents de santé des états du Plateau et de Nasarawa, des problèmes de sécurité et une acceptation tardive de distribuer l'azithromycine pour le traitement de masse dans l'état de Kano. Le programme a l'intention de renforcer les liens intersectoriels avec les secteurs clés des composantes N et CE de la stratégie CHANCE et de renforcer la mise en œuvre coordonnée avec la lutte contre d'autres MTN (filariose lymphatique, schistosomiase, helminthes transmises par le sol et lèpre) et de déployer d'autres initiatives pour augmenter l'utilisation des services.

Calendrier des événements

- 1991 : Programme national de lutte contre la cécité démarre
- 2001 : Programme national de lutte contre le trachome démarre et l'équipe nationale du trachome est mise sur pied
- 2005 : Enquête nationale sur la cécité est réalisée
- 2007-2008 : Enquêtes initiales sur la prévalence dans les états du Plateau et de Nasarawa
- 2007 : Nigéria approuvé pour recevoir les dons de Zithromax® de Pfizer Inc
- 2010 : Distribution massive d'antibiotiques pour la lutte contre le trachome avec Zithromax® de Pfizer Inc est démarrée officiellement
- 2011 : Cartographie des états de Zamfara et Taraba
- 2020 : Date cible pour l'élimination du trachome cécitant au Nigéria

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cible du programme national	Résultats du programme national	Cibles du Centre Carter	Résultats du Centre Carter
Personnes opérées du TF	60 000	13 556	850	205
Chirurgiens du trichiasis formés	64	N/S ¹	0	0
Doses d'azithromycine distribuées	6 911 908	0 ²	1 092 859	0
Doses de tétracycline distribuées	138 238	0	20 732	0
Villages bénéficiant de l'éducation sanitaire	>1 425	855	855	855
Latrines familiales construites	N/A ³	N/A	N/A	N/A

Chirurgie (CH)

Sightsavers, CBM et le Centre Carter sont les principaux partenaires chirurgicaux du programme de lutte contre le trachome au Nigeria. Le programme a réalisé 13 556 chirurgies en 2012, légèrement moins donc qu'en 2011 (13 601). Parmi les districts cartographiés, 86 nécessitent plus de 1 000 chirurgies pour atteindre le BFI; 32 ont besoin de 100-1 000; huit de 1-100; et 26 ont atteint le BFI. En 2012, 5 917 chirurgies sur le total de 13 556 chirurgies ont été réalisées dans des districts avec 1 001+ chirurgies restantes.

Antibiotiques (A)

Soixante-et-onze districts ont une prévalence du TF supérieure ou égale à 10% chez les enfants âgés de un à neuf ans, et par conséquent, ils devraient recevoir une administration massive de médicaments. Quarante-deux d'entre eux ont un partenaire ONG qui prévoit de distribuer les médicaments. Trente-trois ont une prévalence du TF entre 5-9% et nécessitent les volets ciblés A, N et CE de la stratégie CHANCE. Aucun antibiotique n'a été distribué en 2012 suite aux problèmes rencontrés pour dédouaner les expéditions de Zithromax®. Ces médicaments ont été distribués pendant le premier trimestre de 2013.

Nettoyage du visage (N)

Le Centre Carter soutient un programme éducatif en matière de trachome dans six écoles privées dans les districts de Langtang North, Shendam et Wase de l'état du Plateau. Le projet est en train de faire le test sur le terrain de quatre documents: un guide technique sur le trachome, un guide de l'enseignement pour les questions touchant au trachome et des manuels sur le trachome pour les écoles primaires. Le projet se concentre sur des activités qui relient les écoles aux domiciles/communautés pour augmenter l'impact. Le projet sera étendu à toutes les écoles publiques et privées dans trois collectivités locales (LGA). Le programme national prévoit d'inclure le trachome au programme scolaire et d'explorer les avantages du Programme d'éducation inclusive, initiative de Sightsavers.

¹ N/S : Non signalé par le programme

² Pas de médicaments disponibles pour la distribution – distribution d'antibiotiques prévu en 2013

³ N/A : Non applicable, le programme ne soutient pas d'intervention spécifiée

Changement environnemental (CE)

Le programme n'a pas notifié le nombre de latrines construites mais indique avoir l'intention de renforcer la collaboration entre les ministères sectoriels et les parties concernées. Le programme encourage les communautés à construire des puits, à réparer les puits existants et à collecter les eaux de pluie, autant d'activités qui seront réalisées avec les partenaires ONG et le ministère des ressources hydrauliques.

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 60 000 patients du trichiasis, 500 avec le soutien du Centre Carter
- Former 37 chirurgiens, deux avec le soutien du Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Distribuer 7 138 500 doses d'azithromycine, 1 120 182 avec le soutien du Centre Carter
- Distribuer 145 684 doses de tétracycline, 22 404 avec le soutien du Centre Carter

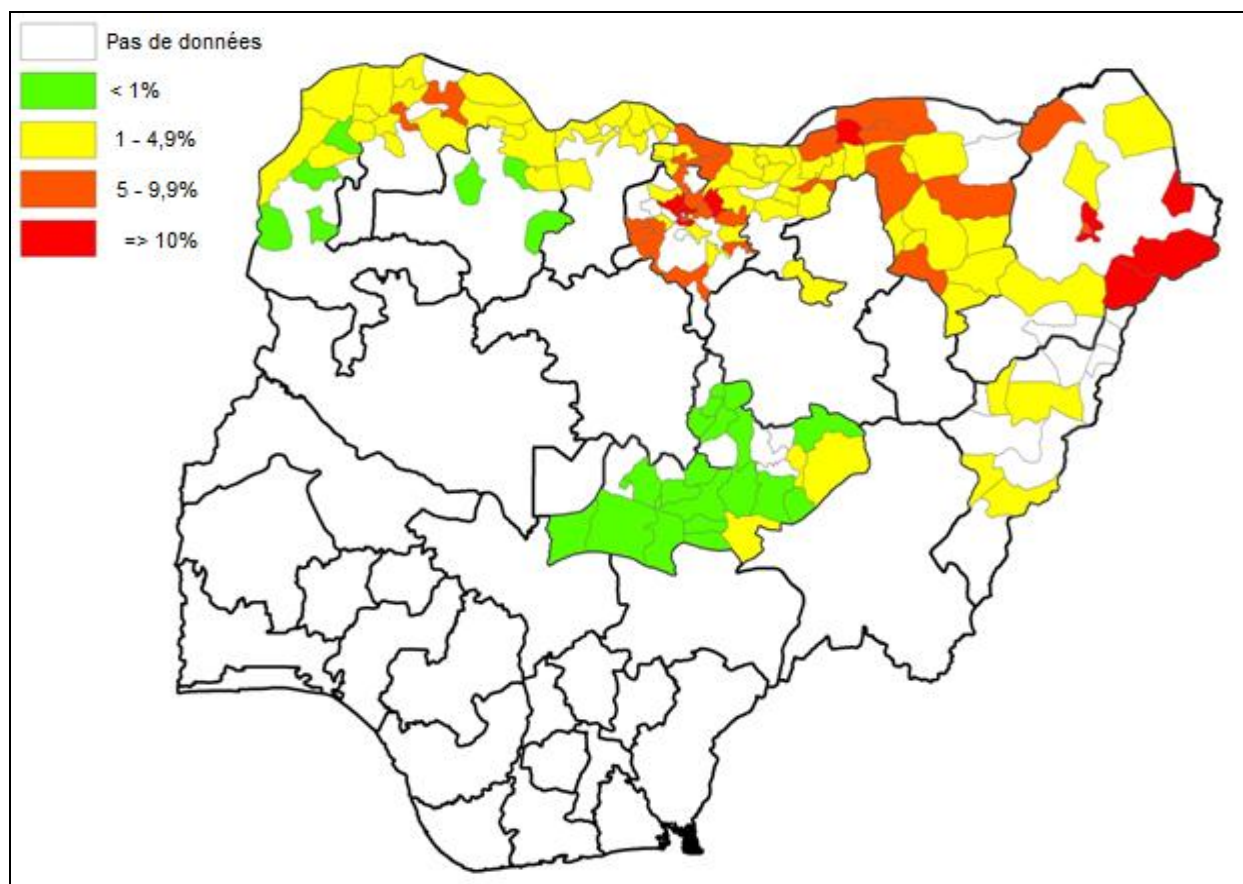
Nettoyage du visage (N)

- Dispenser une éducation sanitaire dans 855 villages, dans tous avec le soutien du Centre Carter

Changement environnemental (CE)

- Promouvoir la construction de latrines dans les communautés d'endémicité

Prévalence du TT chez les adultes (15 ans ou plus) au Nigéria



Prévalence du TF chez les enfants (1-9 ans) au Nigéria

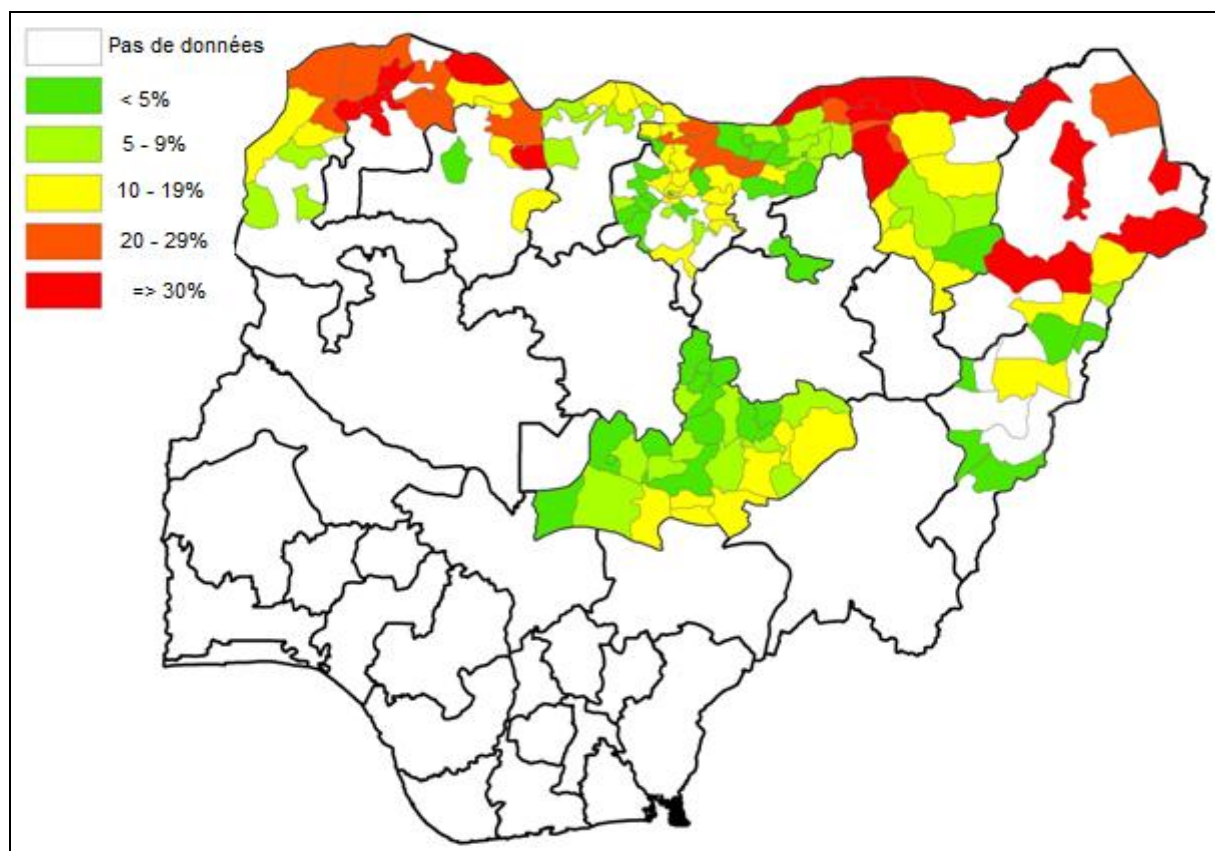


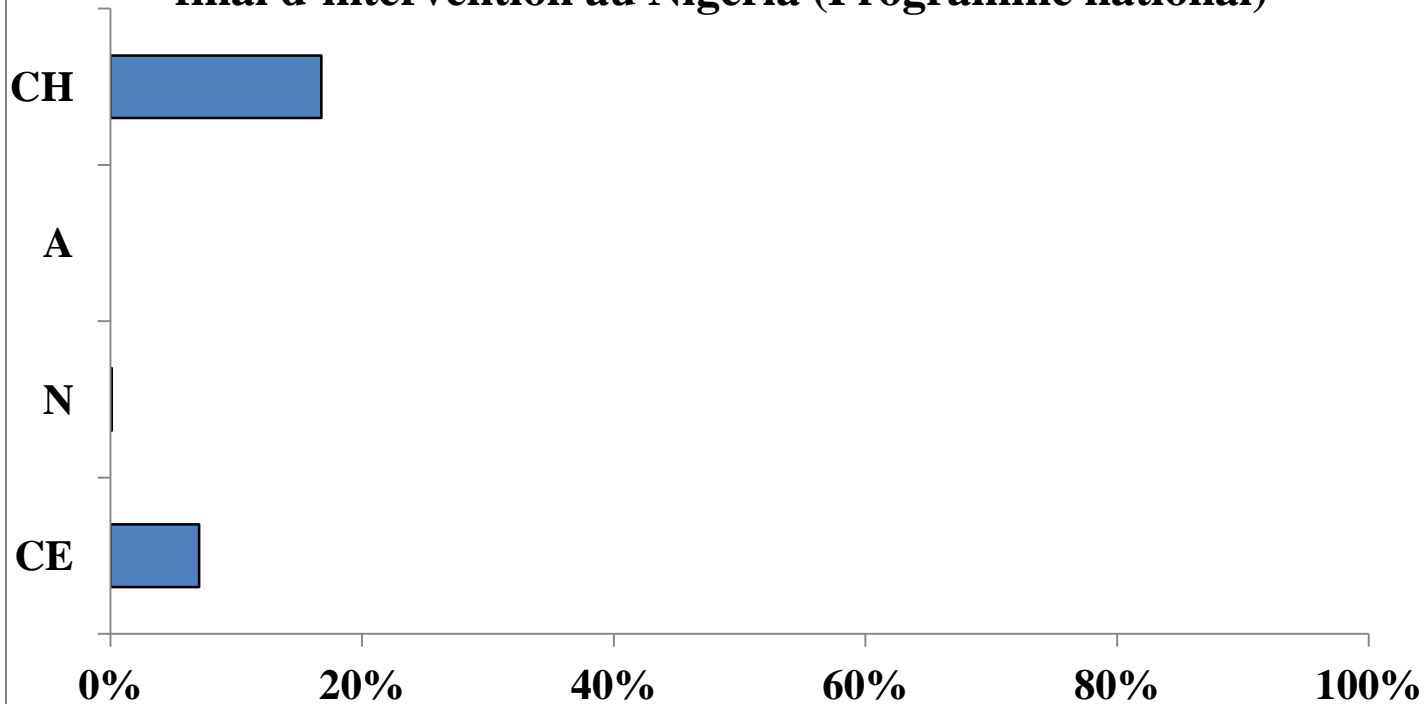
Tableau 2. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) au Nigéria: Programme national et programme soutenu par le Centre Carter

Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	101 160	603 705	17%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	0	6 911 908	0%
Nettoyage du visage (Villages)	1 425	1 404 378	0%
Changement environnemental (Latrines)	45 395	643 231	7%

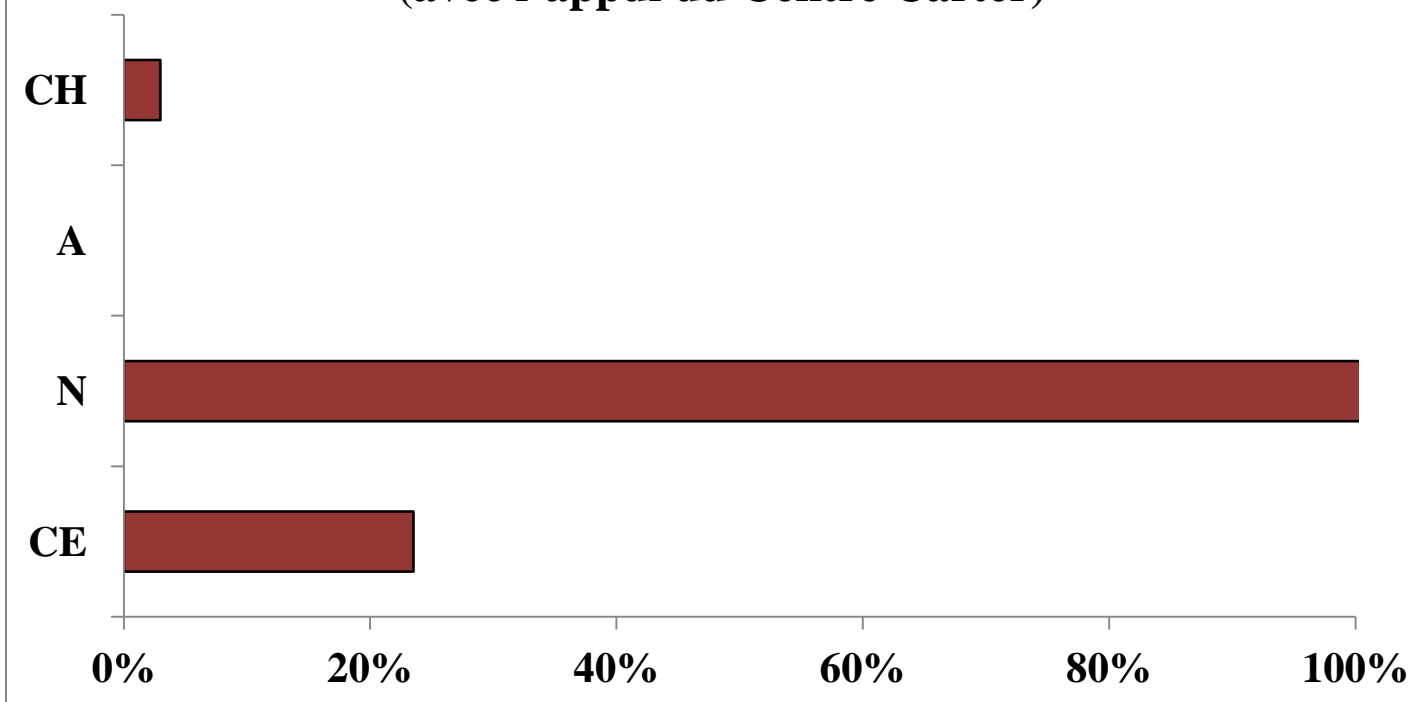
Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI atteint avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	205	6 906	3%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	0	1 092 859	0%
Nettoyage du visage (Villages)	860	855	101%
Changement environnemental (Latrines)	12 081	51 376	24%

*Voir annexe III pour les définitions du BFI

Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Nigeria (Programme national)



Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Nigeria (avec l'appui du Centre Carter)



*Voir annexe III pour les définitions du BFI

La stratégie CHANCE au Mali

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

Contexte

De 1960 à 1978, un vaste effort national a été déployé pour combattre le trachome par le biais d'une distribution massive de tétracycline entreprise par l'Organisation de Coordination Communautaire de Lutte des Grandes Endémies (OCCGE). Le *Projet Yelen* (Project Sight) a été mis en œuvre de 1978 à 1986 dans le but de fournir des soins d'ophtalmologie sur l'ensemble du pays grâce à la formation et au déploiement d'ophtalmologues.

En 1994, le Programme national de lutte contre la cécité (PNLC) a été créé. Des enquêtes réalisées en 1996-1997 par un consortium de partenaires dont le Centre Carter ont reconnu le trachome comme un problème de santé publique avec une prévalence du TF de 35% parmi les enfants de moins de dix ans et une prévalence du TT de 2,5% parmi les femmes de 15 ans et plus. Le Centre Carter a également apporté son appui à la réalisation d'une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) et à la mise au point de matériel d'éducation sanitaire en 1998. Suite aux résultats de ces enquêtes, un programme national de lutte contre le trachome a été mis sur pied en 1999.

La stratégie CHANCE intégrale a été mise en œuvre en 2008 dans tous les districts d'endémie grâce à un partenariat entre le Centre Carter et Helen Keller International, avec le soutien financier de la Conrad N. Hilton Foundation. A présent, le PNLC met en œuvre la stratégie CHANCE intégrale dans 13 des 22 districts d'endémie dont dix ont une prévalence supérieure à 10% du TF chez les enfants âgés de un à neuf ans. Parmi les 53 districts que compte le Mali au total, 32 ont une prévalence du TT >0,1% (cible d'élimination du TT) et 21 districts ont atteint leur cible d'élimination du TT.

En mars 2012, les militaires ont monté un coup d'état ôtant le pouvoir au Président Amadou Toumani Touré. Les Touaregs au nord ont ensuite lancé une offensive se joignant à divers groupes islamiques dans l'intention d'établir leur propre territoire autonome. Les groupes islamiques ont pris le contrôle des régions au nord de Gao, Timbuktu et Kidal. Malgré l'insécurité du pays et l'instabilité au sein du gouvernement, le programme national a réussi à continuer un grand nombre des activités tel que prévu.

Calendrier des événements

- 1994 : Programme national de lutte contre la cécité démarre
- 1996-1997 : Enquête nationale sur la prévalence initiale
- 1999 : Programme de lutte contre le trachome au Mali démarre
- 2000 : Distribution de Zithromax® donné par Pfizer Inc. démarre
- 2006 : Le programme USAID de lutte contre les maladies tropicales négligées démarre
- 2008 : Le Centre Carter et Helen Keller International renforce leur soutien pour la mise en œuvre de la stratégie CHANCE intégrale
- 2012 : Coup d'état et prise de contrôle des régions de Gao, Timbuktu et Kidal par les forces islamiques
- 2015 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant au Mali

Tableau 1. Accomplissements du programme en 2012

Indicateur	Cibles du programme national	Résultats du programme national	Cibles du Centre Carter	Résultats du Centre Carter
Personnes opérées pour le trichiasis	10 000	9 068	6 000	4 872
Doses d'azithromycine distribuées	876 899	698 083	0	698 083
Doses de pommade de tétracycline distribuées	17 538	14 247	15 000	14 247
Villages bénéficiant d'une éducation sanitaire	2 490	2 622	250	2 622
Latrines familiales construites	10 000	6 001	7 000	6 001

Chirurgie (CH)

En 2012, 9,068 chirurgies ont été effectuées (91% des 10 000 ciblées). Les opérations ont été réalisées sur deux fronts, l'un mobile, par des chirurgiens se déplaçant dans le pays en moto; des chirurgiens venant de Bamako en voiture avec renfort de chirurgiens venant de postes ruraux ("auto sorties"); et, l'autre fixe, dans des établissements de santé.

Les estimations sur le nombre de chirurgies en attente ont été recalculées en 2012 et on estime à présent que 29 874 personnes doivent encore être opérées pour atteindre le seuil de l'élimination d'un cas pour 1 000 personnes. Sur un total de 53 districts, 21 ont atteint cette cible et 32 autres nécessitent une intervention supplémentaire. Le PNLC compte se concentrer d'ici les futures campagnes chirurgicales dans les 14 districts avec plus de 800 cas pour assurer le rythme permettant d'atteindre les buts de l'élimination d'ici 2015. Au rythme actuel, le programme atteindra le BFI 2020. En outre, le programme a l'intention de mettre en œuvre un plan du dépistage actif des cas dans les endroits où des rumeurs proviennent sur l'existence de cas mais où les données d'enquête indiquent une prévalence très faible.

Antibiotiques (A)

Au Mali, les antibiotiques sont distribués généralement par le Ministère de la santé (MS) avec le soutien de l'initiative USAID des MTN par le biais d'Helen Keller International. Par ailleurs, suite coup d'état, le gouvernement américain n'a pas reconnu le nouveau gouvernement et a cessé tout aide, y compris le soutien à la distribution. Le Centre Carter a couvert le coût de la distribution dans les trois districts retenus pour une distribution en 2012. Un total de 698 083 doses d'azithromycine et 14 247 doses de pommade de tétracycline a été distribué.

Un total de 10 districts compte une prévalence du TF >10% parmi les enfants âgés d'un à neuf ans, taux demandant une distribution massive de médicaments à échelle entière du district. Treize districts en plus ont une prévalence du TF entre 5-9%, un taux demandant une distribution massive ciblée de médicaments. Par contre, 10 des districts demandant une distribution d'antibiotiques se situent dans la partie nord du pays et ils sont inaccessibles actuellement. Le PNLC est conscient de son incapacité à éliminer le trachome cécitant si ces districts ne peuvent pas recevoir d'intervention et le programme a l'intention de mettre au point des plans d'interventions dans ces régions si toutefois la sécurité le permet.

Nettoyage du visage (N)

En 2012, 2 622 villages ont bénéficié d'une éducation sanitaire continue avec diverses activités dont la formation de membres des groupements féminins portant sur la fabrication traditionnelle du savon et séances d'éducation sanitaire traitant de l'importance de l'hygiène et de l'assainissement dans le cadre de la lutte contre le trachome. En outre, le PNLC, avec le soutien du Centre Carter et d'Helen Keller International, encourage la diffusion d'information via la radio sur la stratégie CHANCE et les campagnes chirurgicales.

Changement environnemental (CE)

Le PNLC a construit 9 068 latrines en 2012 sur les 10 000 ciblées et prévoit d'en construire 10 000 en plus en 2013. Le programme s'efforce d'atteindre le BFI de 315 464 latrines, étant déjà arrivé à 111 249. Un plus grand nombre de maçons devra être formé pour pouvoir répondre à la demande. Ces maçons devront aussi recevoir des outils et des matériaux de construction pour qu'ils puissent faire leur travail.

Cibles pour 2013

Chirurgie (CH)

- Opérer 10 000 patients du trichiasis, 5 300 avec le soutien du Centre Carter
- Former 15 chirurgiens, deux avec le soutien du Centre Carter

Antibiotiques (A)

- Distribuer 981 882 doses d'azithromycine
- Distribuer 19 637 doses de pommade de tétracycline, toutes achetées avec le soutien du Centre Carter

Nettoyage du visage (N)

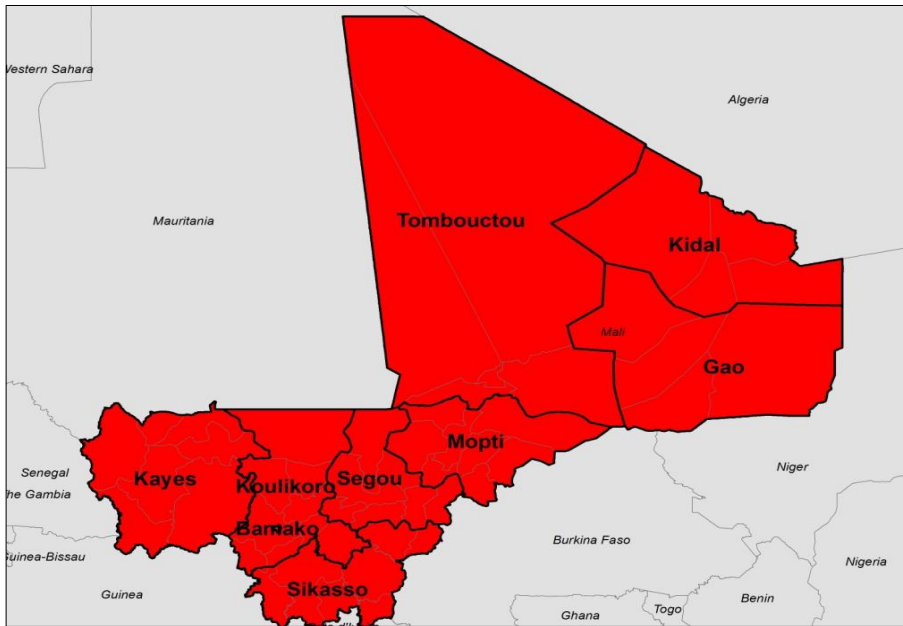
- Réaliser une éducation sanitaire dans les villages de tous les districts avec une prévalence du TF $\geq 5\%$, 125 villages avec le soutien du Centre Carter

Changement environnemental (CE)

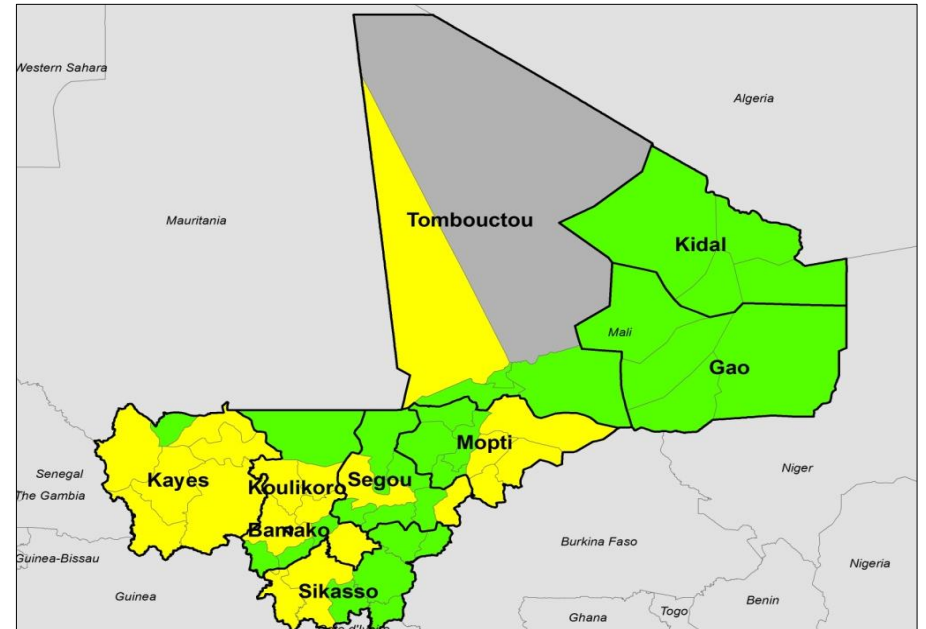
- Construire 10 000 latrines familiales, 5 500 avec le soutien du Centre Carter

Prévalence du TT au Mali (15 ans et plus)

1999

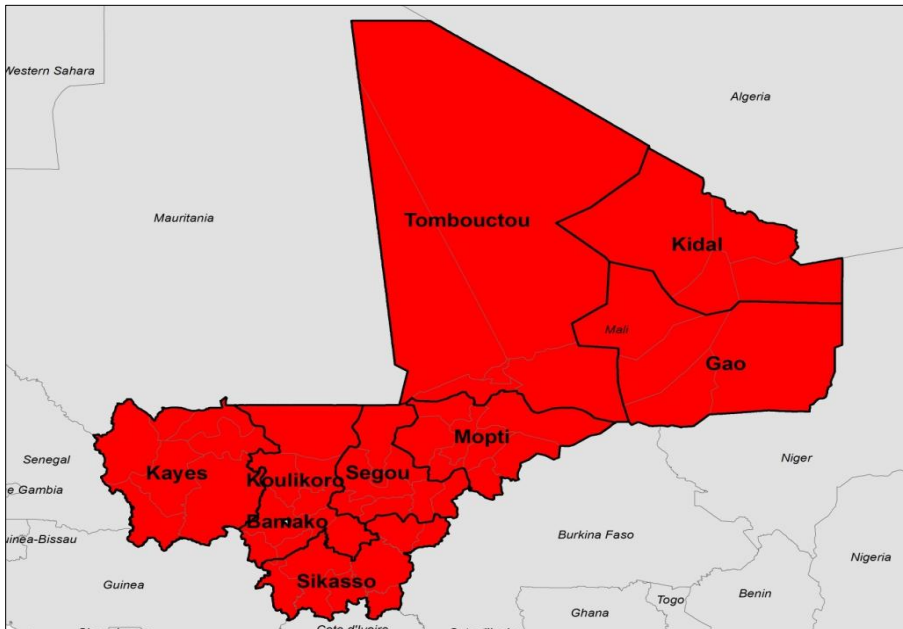


2012

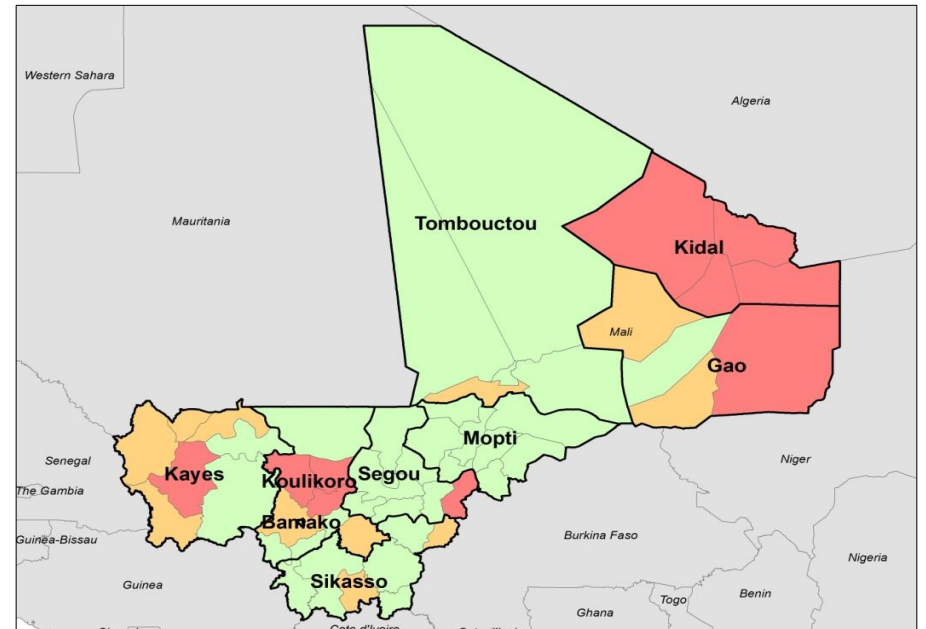


Prévalence du TF au Mali (1-9 ans)

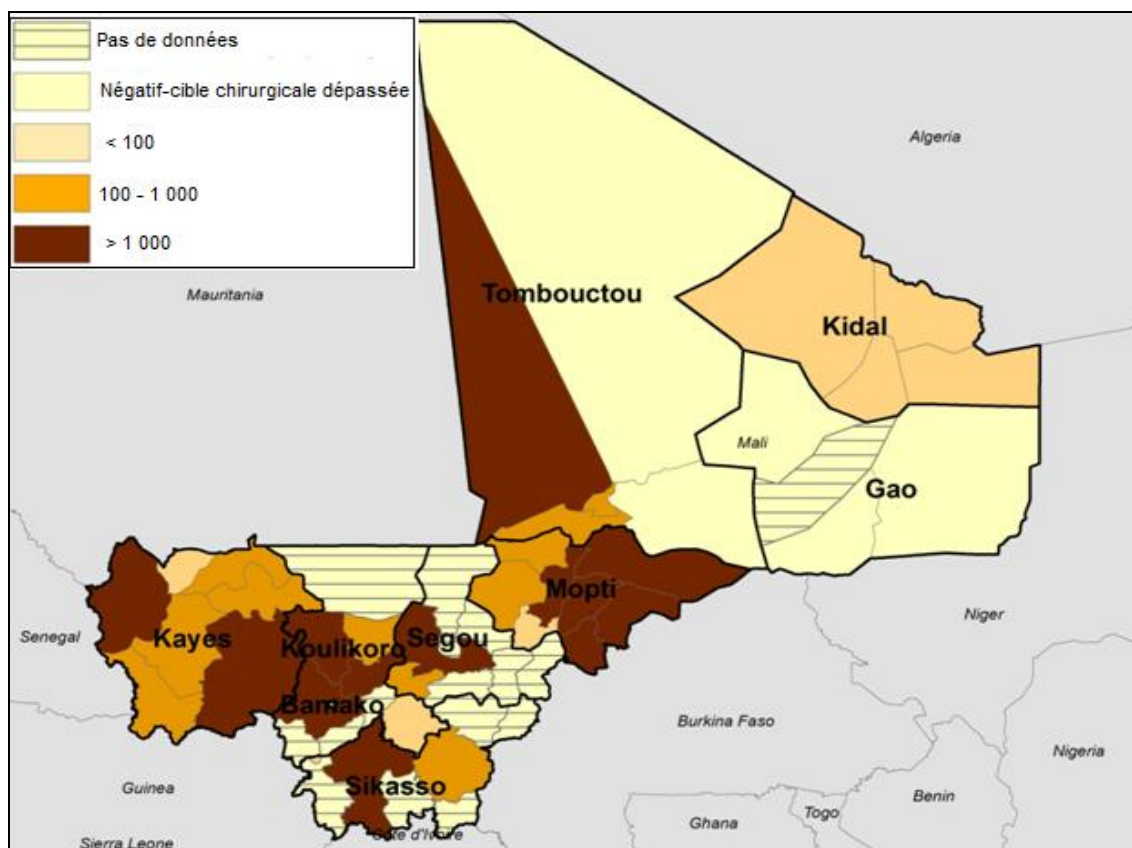
1999



2012



Cibles chirurgicales TT au Mali



Couverture notifiée de la DMA en 2012 au Mali

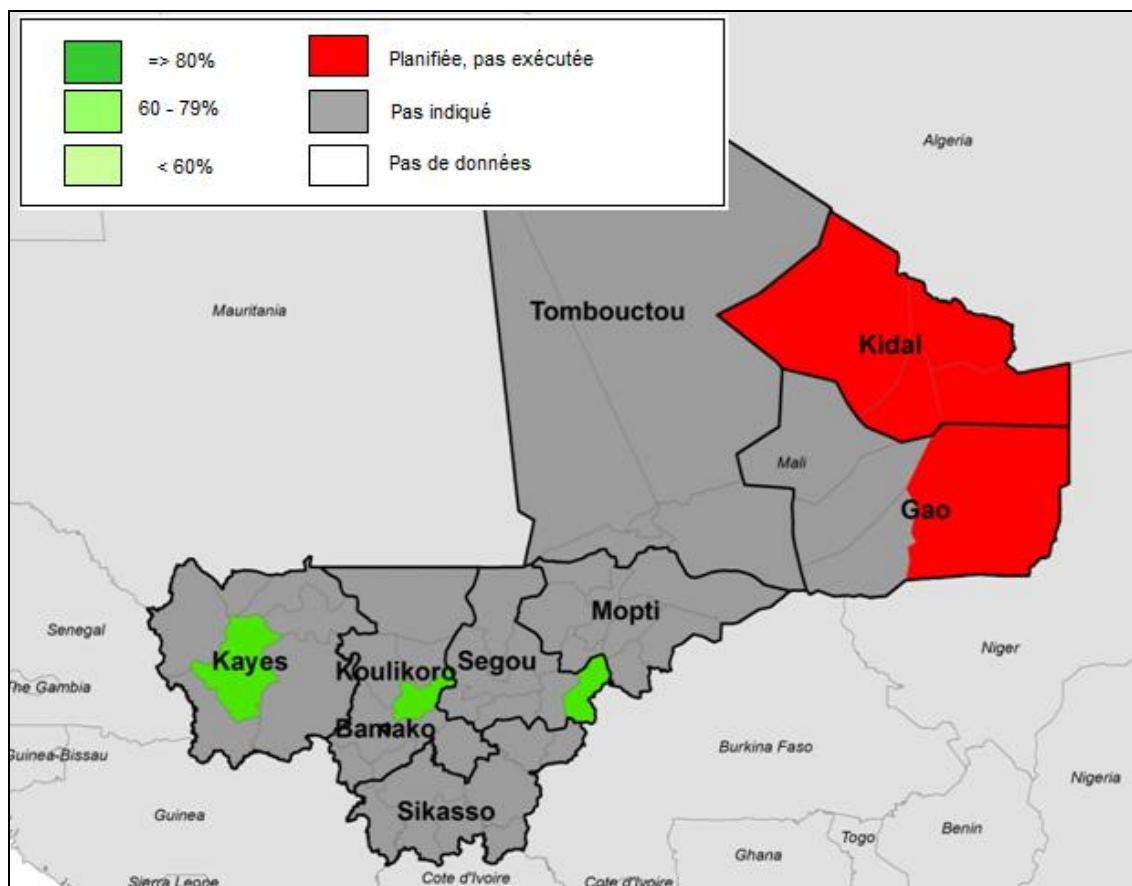


Tableau 2. Accomplissements cumulatifs par rapport au but final d'intervention (BFI) au Mali: Accomplissements nationaux et accomplissements soutenus par le Centre Carter

Intervention	Accomplissements nationaux	BFI	Pourcentage du BFI atteint par le programme national
Chirurgie	61 988	95 953	65%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	565 857	876 899	76%
Nettoyage du visage (Villages)	N/S ¹	N/S	N/S
Changement environnemental (Latrines)	111 249	315 464	35%

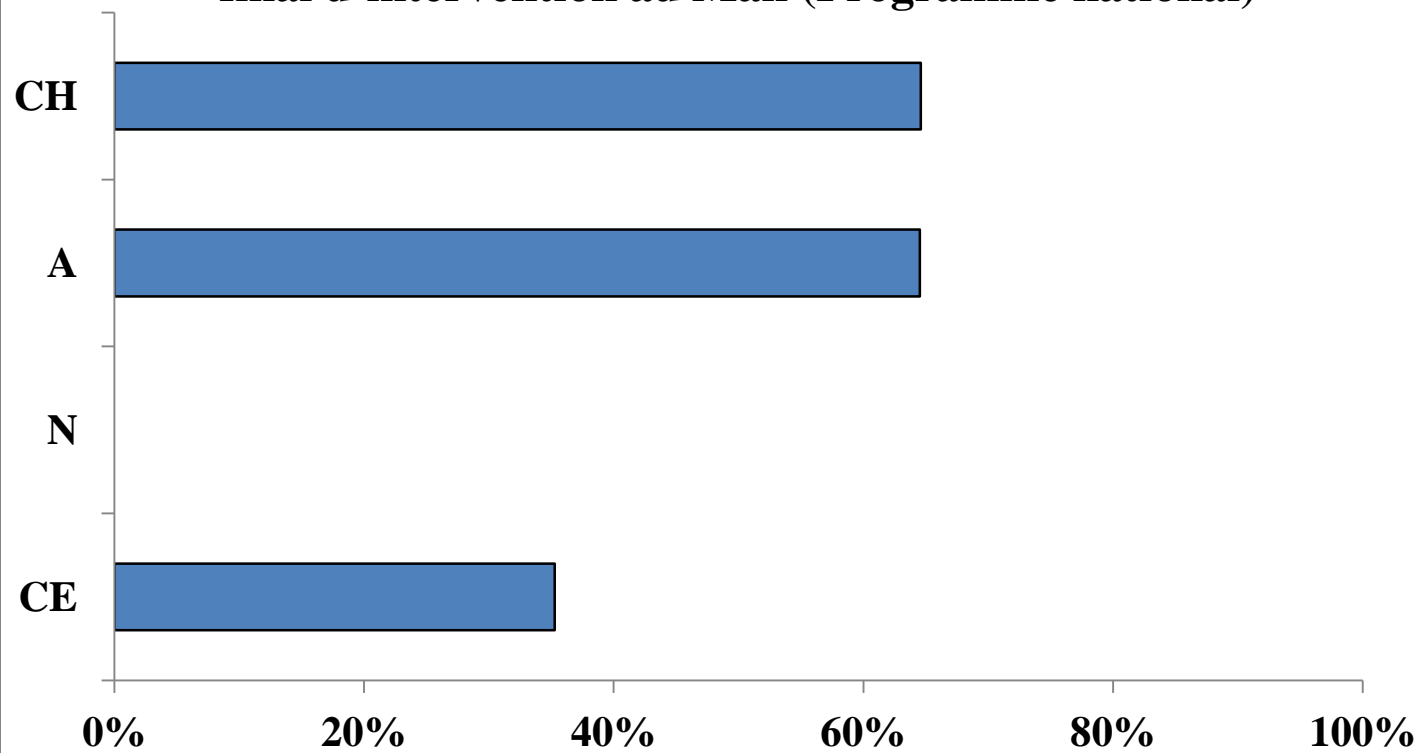
Intervention	Accomplissements soutenus par le Centre Carter	BFI	Pourcentage du BFI atteint avec le soutien du Centre Carter
Chirurgie	17 988	51 953	35%
Distribution d'antibiotiques (pour 2012)	700 329 ²	876 899	N/A ³
Nettoyage du visage (Villages)	2 490	5 374	46%
Changement environnemental (Latrines)	83 239	170 924	49%

¹ N/S: Non signalé par le programme

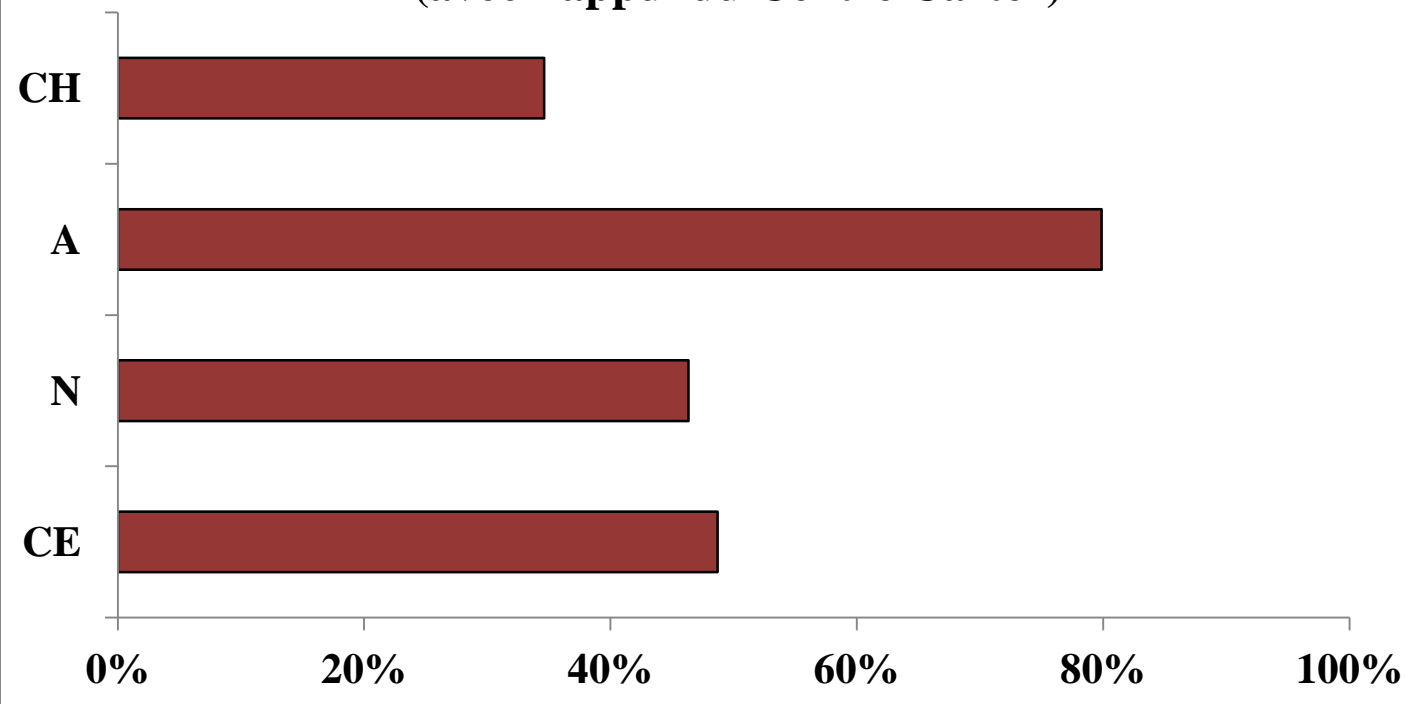
² Le Centre Carter généralement ne soutient pas la distribution d'antibiotiques au Mali mais, en 2012, le Centre Carter a soutenu la distribution d'azithromycine, à cause du coup d'état

³ N/A: Non applicable, le programme ne soutient pas d'intervention spécifiée.

Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Mali (Programme national)



Accomplissements cumulatifs 2012 par rapport au but final d'intervention au Mali (avec l'appui du Centre Carter)



*Voir annexe III pour les définitions du BFI

La stratégie CHANCE au Tchad

Présentée par le Dr. Djore Dezhoumbe, Chef du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) – PNLO

Le Tchad compte actuellement une population de 10 329 208 personnes, vivant dans 22 régions recoupant 61 districts dans le pays, non compris ceux de N'Djamena, la capitale. Les enquêtes les plus récentes, couvrant 19 districts en 2000 et 14 districts en 2004, ont indiqué que dans tous les 33 districts enquêtés, le trachome était endémique avec une prévalence du TF allant de 17,5% à 33,2% et une prévalence du TT entre 1,3% et 6,2%. Le programme national prévoit de faire des enquêtes ponctuelles ou mini-enquêtes pendant l'été 2013 pour valider les résultats des enquêtes les plus anciennes de 2000. Par contre, il faudra encore cartographier 28 districts.

Calendrier des initiatives de lutte contre la cécité

- 1970-1996 : Enquêtes partielles sur la prévalence, la chirurgie du trichiasis et l'utilisation de pommade de tétracycline lors de missions sur le terrain avec la coopération française
- 1978-1979 : Enquête de 10 des 14 préfectures indique une prévalence élevée de maladie oculaire dont le trachome
- 1991-1996 : Création du programme contre la cécité avec le soutien de la Coopération française et mise en place de services d'ophtalmologie dans les régions de Moudou, Abeche, Mongo, et Fay Biltine
- 2000-2004 : Enquêtes sur la prévalence dans 33 districts
- 2012 : En mars 2012, avec le soutien d'ITI et OPC, le PNLC participe à un atelier pour formuler un plan d'action national quinquennal (2013-2017) pour la lutte contre le trachome (TAP)*
- 2012 : En juin 2012, le plan est finalisé et attend la validation du Ministère de la Santé
- 2012 : Le Comité d'experts du trachome de l'ITI (TEC) approuve l'utilisation du Zithromax® dans le contexte de la stratégie CHANCE dans deux districts : Bitkine et Mongo
- 2013 : En janvier, ITI finance John Snow, Inc. pour faire une évaluation de la chaîne d'approvisionnement
- 2020 : Date cible de l'élimination du trachome cécitant au Tchad

*En mars 2012, avec le soutien de l'ITI et en collaboration avec l'OPC, un atelier s'est tenu pour mettre au point un plan d'action pour la lutte contre le trachome. Nombreuses des parties prenantes assistaient à la réunion dont des représentants de divers niveaux du Ministère de la santé, professionnels de santé oculaire et parties prenantes comme l'OMS et CBM. Les comptes rendus de l'atelier ont servi de base à l'élaboration du plan d'action national du trachome 2013-2017.

Plan d'action du trachome (2013-2017) :

Vision : Améliorer les conditions de vie des Tchadiens

But final : Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020

Objectif général : Réduire la prévalence du trachome cécitant à un niveau où il ne constitue plus un problème de santé publique d'ici 2020

Buts de CHANCE :

CH: Opérer 100% des cas de TT diagnostiqués;

A: Traiter au moins 80% de la population éligible avec des antibiotiques dans les zones d'endémie confirmées;

N: Arriver d'ici 2017 à ce que 90% des mères nettoient les visages des enfants de moins de dix ans; et

CE: Faire en sorte que 70% des ménages vivent dans un environnement propre et sûr.

Le Plan d'action du trachome a été mis au point mais le programme national a besoin d'un soutien technique et financier pour le mettre en œuvre.

Programme de don de Zithromax® :

En juin 2012, une demande pour le Zithromax® de Pfizer Inc, par le biais de l'International Trachoma Initiative, a été approuvée pour en 2013. Le programme commencera dans deux districts, Bitikine et Mongo dans la région de Guéra, pendant que sera validée la prévalence et que des enquêtes supplémentaires sur la prévalence seront réalisées dans les trois mettre en œuvre ans à venir. Pendant la première année de la mise en œuvre, une population totale de 405 000 est ciblée avec un plan de mise à échelle rapide visant une couverture de pratiquement huit millions de personnes d'ici 2017.

Outre l'expansion et l'accélération prononcées dans les années à venir au niveau de la distribution de Zithromax®, une mise à échelle s'impose également au niveau des autres volets de la stratégie CHANCE. La prévalence du trichiasis se situe dans une fourchette allant de 1,3% à 6,2%, avec un nombre estimé de 80 000 personnes nécessitant une opération du trichiasis. Toutefois, une fois que seront terminées les enquêtes dans les districts restants, il est fort possible que ce nombre augmente.

Etapas suivantes :

- Formation des enquêteurs chargés de la classification: Juillet 2013
- Validation des enquêtes sur la prévalence de 2000-2001: 2013
- Formation des superviseurs et des distributeurs: Octobre 2013
- Mobilisation sociale et éducation: Automne 2013
- Administration massive des médicaments: Novembre 2013

Défis à relever :

- Formation de techniciens ophtalmologues pour opérer les cas de TT
- Acquisition du matériel de chirurgie

Tableau 1. Récapitulatif des données nationales venant des interventions des programmes du lutte contre le trachome (pays aidés par le Centre Carter)

Données Nationales Signalées pour 2012 lors de la 14e Revue Annuelle des Programmes, Atlanta, Géorgie, 11-13 mars 2013

	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie-Amhara	Nigéria	Total
Chirurgie (CH)							
Chirurgies	9,068	11,021	1,495	1,858	66,766	13,556	103,764
Cible 2012	10,000	10,000	5,000	5,150	80,000	60,000	170,150
Couverture en %	90.7%	110.2%	29.9%	36.1%	83.5%	22.6%	61.0%
Antibiothérapie (A)							
<i>Azithromycine</i>							
Doses	698,083	5,069,468	331,825	323,708	12,620,643	0	19,043,727
Cible 2012	876,899	6,815,440	451,970	501,000	15,787,572	6,911,908	31,344,789
Couverture en %	79.6%	74.4%	73.4%	64.6%	79.9%	0.0%	60.8%
<i>Tétracycline</i>							
Doses	14,247	N/R	3,880	N/R	311,025	0	329,152
Cible 2012	17,538	150,157	9,039	10,020	349,368	138,238	674,360
Couverture en %	81.2%	N/A	42.9%	N/R	89.0%	0.0%	48.8%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)							
Villages avec éducation sanitaire	2,622	634	76	N/R	3,449	855	7,636
Cible 2012	2,490	634	72	114	3,449	1,425	8,184
Couverture en %	105.3%	100.0%	105.6%	N/R	100.0%	60.0%	93.3%
Changement de l'environnement (CE)							
Latrines	6,001	15,000	N/A	266	520,885	N/A	542,152
Cible 2012	10,000	15,000	N/A	300	118,865	N/A	144,165
Couverture en %	60.0%	100.0%	N/A	88.7%	438.2%	N/A	376.1%

N/A=Non Applicable

N/S=Non Signalé

Au Nigéria, seulement les données sur les villages avec une éducation sanitaire soutenue par le Centre Carter on été disponibles.

Les totaux sont comprises seulement des pays où les données sont disponibles.

**Tableau 2. Cibles annuelles 2012 des programmes nationaux de lutte contre le trachome
(pays aidés par le Centre Carter)**

Cibles présentées lors de la 14e Revue annuelle de programmes, Atlanta, Géorgie, 11-13 mars, 2013

	Mali	Niger	Sudan	South Sudan	Ethiopie-Amhara	Nigéria	Total*
Chirurgie							
Personnes à opérer du trichiasis	10,000	15,000	5,000	3,400	110,754	60,000	204,154
Antibiothérapie							
Doses d'azithromycine à distribuer pendant la DMA†	981,882	8,319,387	1,330,057	468,530	15,787,572	7,138,500	34,025,928
Doses de tétracycline à distribuer pendant la DMA	19,637	170,000	31,601	47,470	394,027	145,684	808,419
Nettoyage du visage							
Villages ciblés pour une éducation sanitaire	2,490	634	535	63	3,449	N/A	7,171
Changement de l'environnement							
Latrines ménagères à construire	10,000	15,000	N/A	>10	150,000	N/A	175,000

N/A=Non Applicable

§Les cibles sont susceptibles au changement.

†Les cibles des antibiotiques ne correspondent pas nécessairement aux quantités du Zithromax® approuvées par l'ITI.

*Les totaux sont comprises seulement des pays où les données sont disponible.

**Tableau 3. Mise en œuvre de la stratégie CHANCE avec l'appui du Centre Carter
(rendement soutenu par le Centre Carter)**

Summary of Interventions per Country, January - December 2012

Indicators	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie-Amhara	Nigéria	Total
Chirurgie							
Personnes à opérer du trichiasis	4,872	8,744	905	1,164	66,766	205	82,656
Personnés ciblées	6,000	7,000	5,000	750	80,000	850	99,600
Pourcentage	81.2%	124.9%	18.1%	155.2%	83.5%	24.1%	83.0%
Antibiothérapie							
Doses d'azithromycine distribuées	698,083	0	331,825	239,111	12,620,643	0	13,889,662
Population ciblée	0	2,685,647	451,970	363,580	15,787,572	1,092,859	20,381,628
Pourcentage	N/A	0.0%	73.4%	65.8%	79.9%	N/A	68.1%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire							
Villages avec éducation sanitaire	2,622	634	76	150	3,449	855	7,786
Changement de l'environnement							
Latrines domestiques construites	6,001	10,373	N/A	8	520,885	0	537,267
Latrines ciblées	7,000	15,000	N/A	0	118,865	0	140,865
Pourcentage	85.7%	69.2%	N/A	N/A	438.2%	N/A	381.4%

N/A=Non Applicable

Tableau 4. Mise en œuvre de CHANCE avec l'appui du Centre Carter

Interventions Globales par Pays, 1999-2012

Indicators	Mali	Niger	Soudan	Soudan du Sud	Ethiopie-Amhara	Nigéria	Total
Personnes opérées du trichiasis	22,550	23,801	6,368	7,784	299,104	333	359,940
Doses d'azithromycine distribuées	698,083	3,780,384	2,317,735	2,451,390	78,371,925	1,709,459	89,328,976
Villages recevant un éducation sanitaire	2,622	634	378	3,574	3,449	855	11,512
Latrines domestiques construites	89,841	74,591	N/A	575	2,667,488	31,979	2,864,474

N/A=Non Applicable

Figure 1. Personnes opérées du trichiasis, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2012

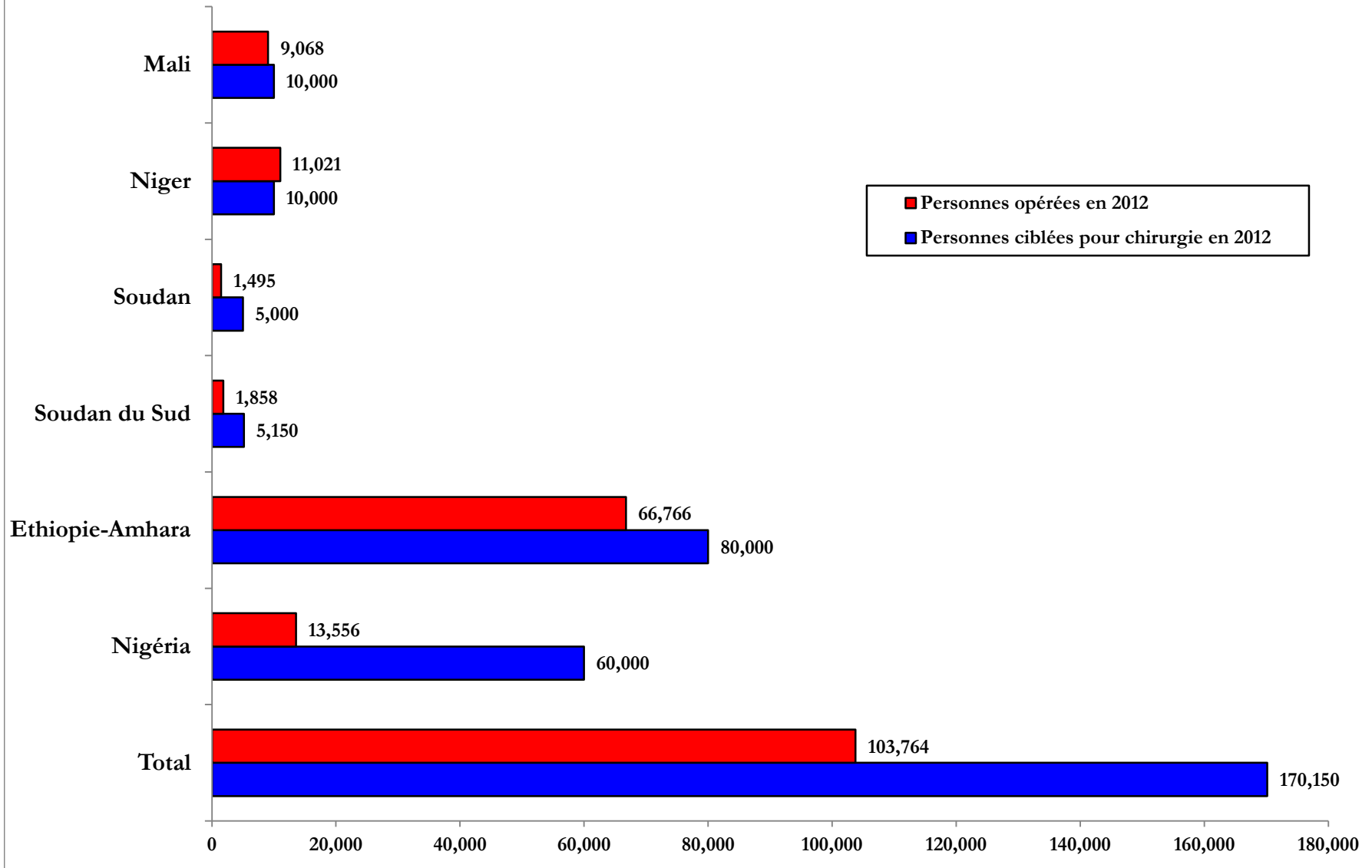


Figure 2. Distribution d'azithromycine, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme présentées pour janvier-décembre 2012

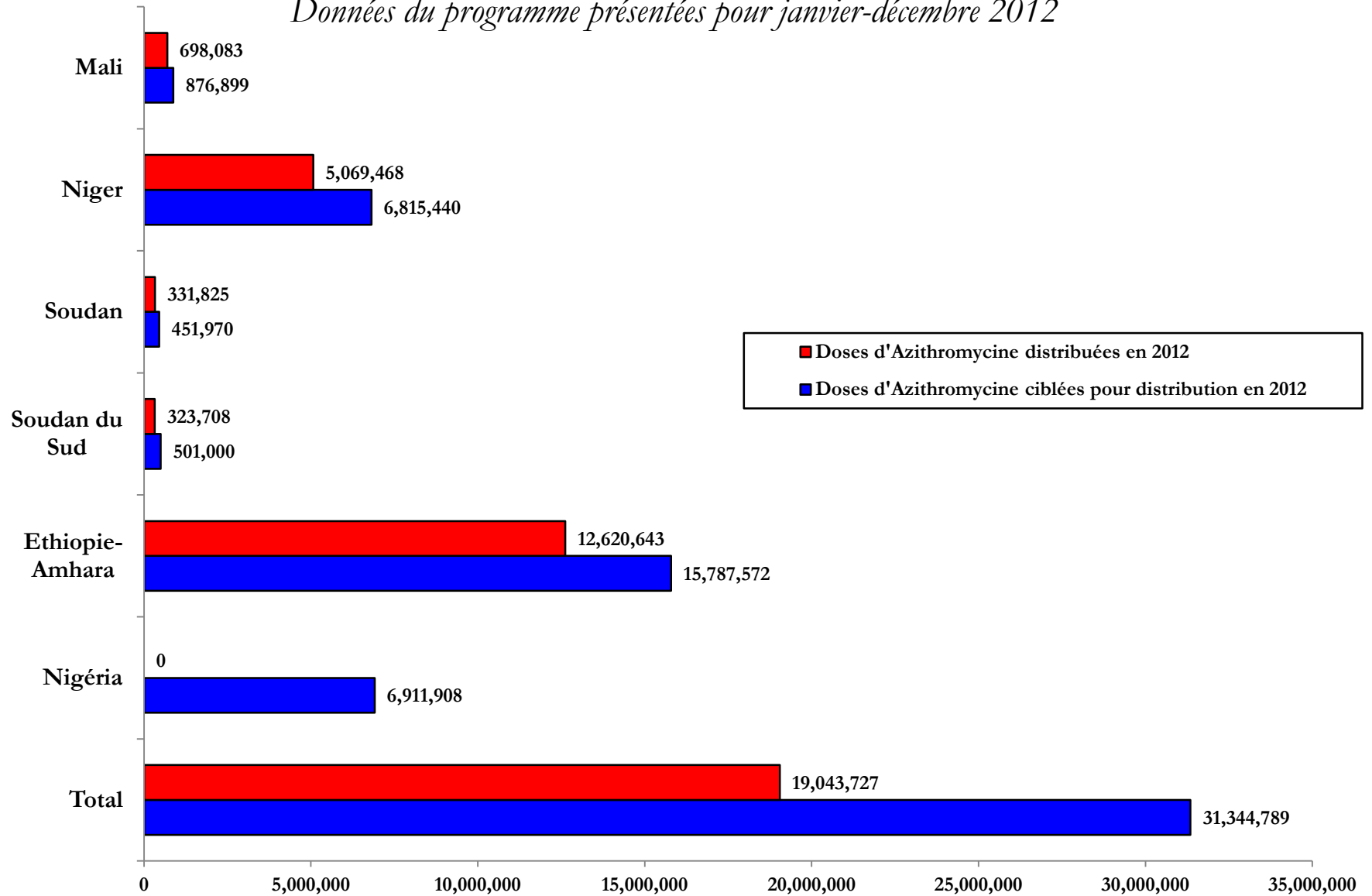


Figure 3. Education sanitaire, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2012

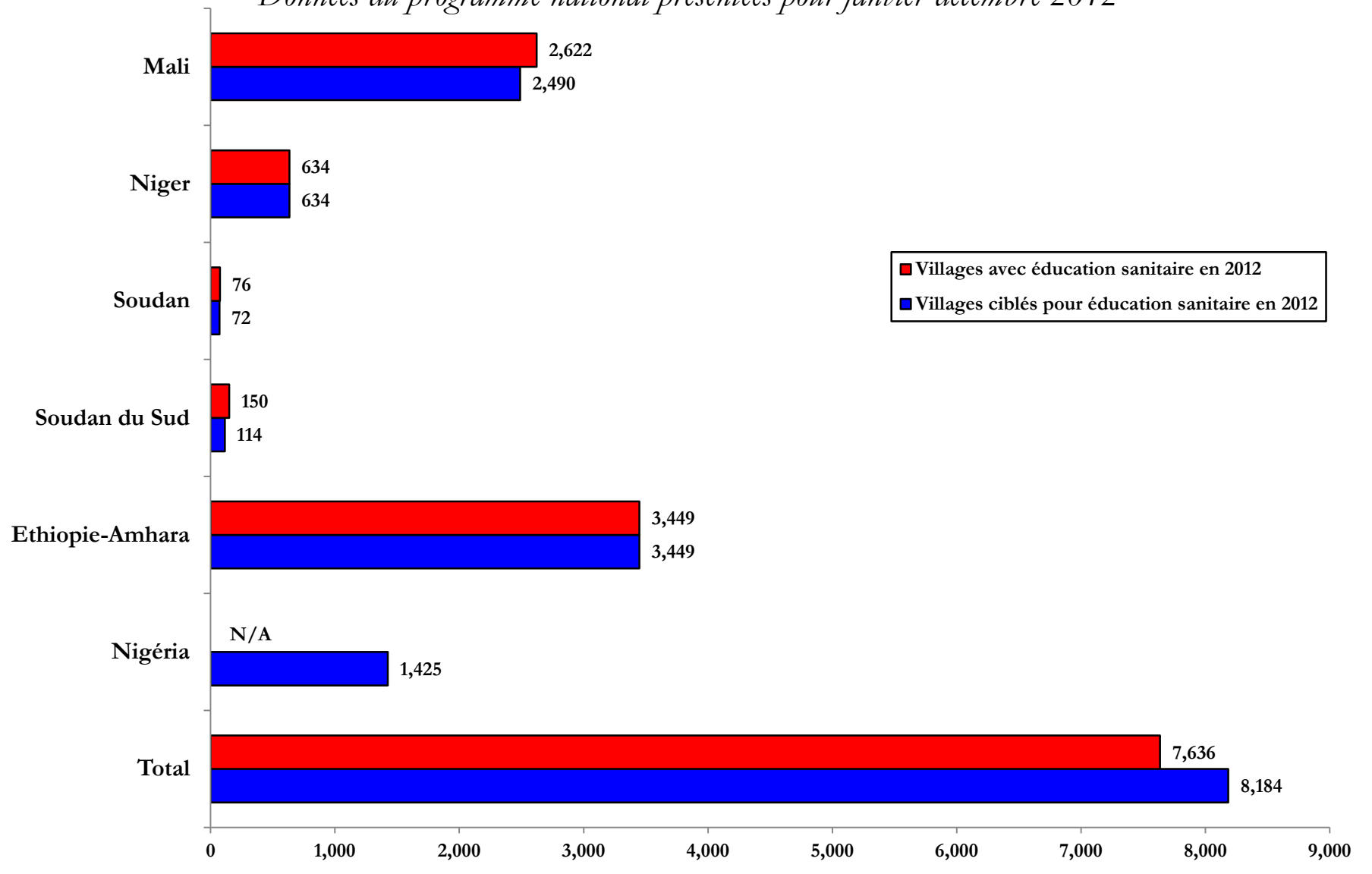
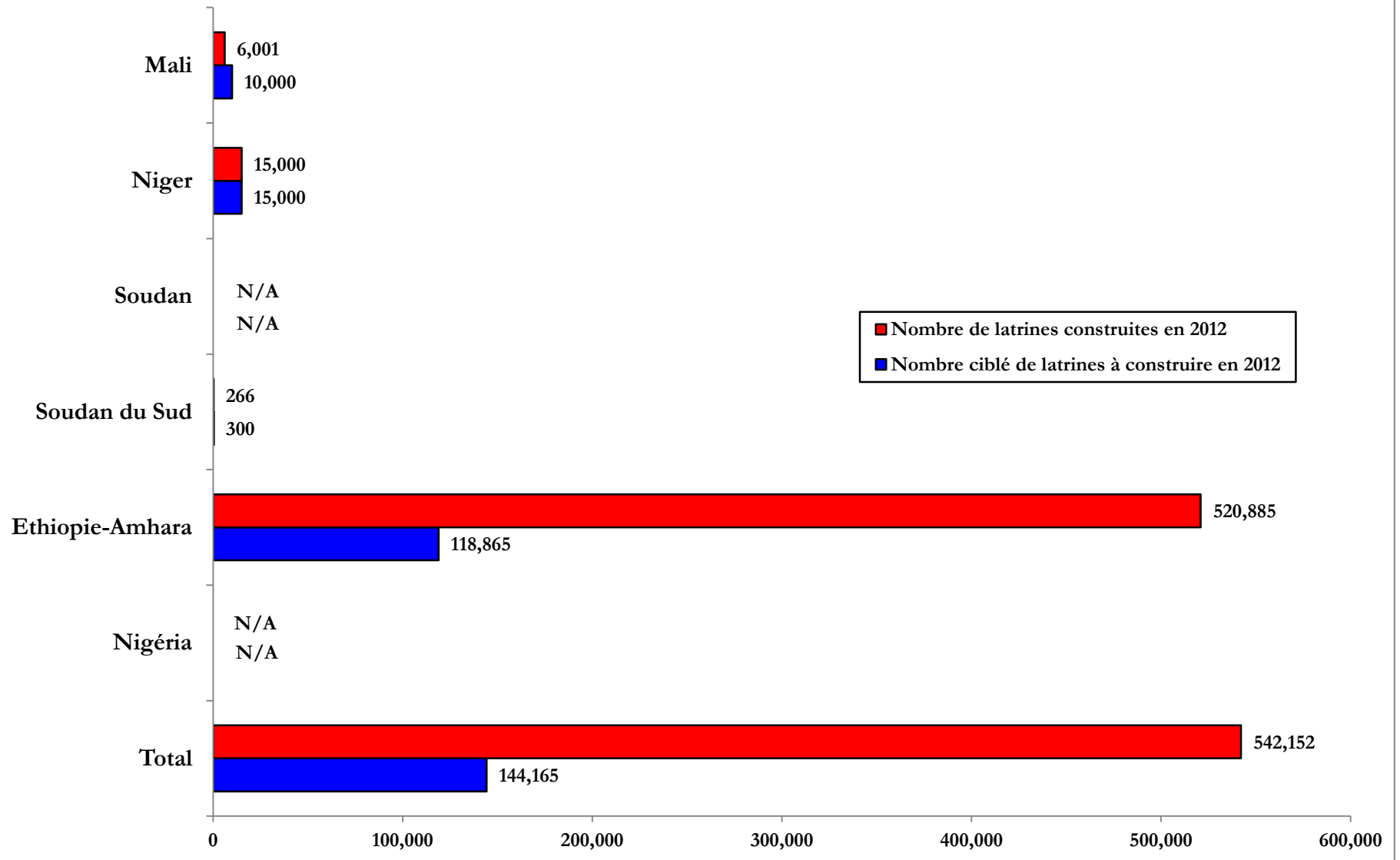


Figure 4. Latrines familiales construites, pays recevant une assistance du Centre Carter

Données du programme national présentées pour janvier-décembre 2012



Le bien-fondé de la recherche opérationnelle menée dans le cadre des programmes de lutte contre le trachome du Centre Carter

Présenté par le Dr Paul Emerson, le Centre Carter

Introduction

La recherche opérationnelle ne limite pas son champ d'action à l'élimination de la cécité imputable au trachome : c'est une approche de santé publique au développement transformationnel utilisant le trachome comme un point d'entrée.

Dans un "cycle vertueux", les programmes ancrés dans une recherche opérationnelle peuvent aider les familles et les communautés à sortir de la pauvreté. La stratégie CHANCE soutient un accès élargi à l'approvisionnement de l'eau et de l'assainissement, la promotion d'hygiène, l'accès aux antibiotiques et l'accès à la chirurgie. L'intégration à des programmes de lutte contre d'autres maladies tropicales négligées apportera dans son sillon d'autres interventions améliorant la santé comme celles fournissant les moustiquaires, les antipaludiques et le traitement vermifuge. Une telle force synergique est source d'activités plus productives menant à une meilleure santé, à un meilleur rendement agricole et à de meilleurs résultats scolaires. Ces facteurs appuient des choix plus éclairés et des possibilités plus riches permettant d'échapper au cycle de la pauvreté – en d'autres mots, le développement.

Les grands tests

Nous nous rapportons à trois grands tests en posant les questions de la recherche opérationnelle:

- **Le test de Don Hopkins:** 'de quoi s'agit-il?'
- **Le test de Robin Bailey:** 'Et qu'allons-nous faire avec les données?'
- **Le test d'Emerson:** 'Comment cela va-t-il améliorer la vie des gens pour lesquels nous travaillons?'

Chaque élément doit contribuer à l'amélioration du programme. Point de spectateurs, tout le monde doit être actif.

Programmes en tant que plates-formes

Peaufiner la mise en œuvre

Chaque année, chaque aspect de chaque programme devrait s'améliorer. Ceux qui concourent à l'exécution quotidienne du programme devraient aussi participer à la formulation des questions de recherche et avoir voix aux réponses. Les programmes devraient chercher à obtenir un feedback de tous les niveaux pour améliorer la mise en œuvre du programme et augmenter l'utilisation des services. Les revues annuelles des programmes aideront les programmes à faire le tour des progrès et à discuter des obstacles.

Innovation

Nous savons par expérience que les goulots d'étranglement peuvent être identifiés et que des solutions peuvent être trouvées et appliquées progressivement. Les nouvelles directives de l'OMS s'inspirent de l'expérience du terrain et nous pouvons aider à fournir cette expérience. L'utilisation de données pour la prise de décisions nous transforme en « leaders activistes »: le fer de lance métaphorique du programme global.

Développement des ressources humaines

Nous voulons développer la prochaine génération de réalisateurs et former/influencer les leaders de la santé publique de demain.

Les réussites d'hier

La décision de promouvoir des latrines dans le cadre de la stratégie CHANCE reposait sur une recherche opérationnelle. Cette recherche a démontré que les mouches qui se mettent sur les yeux sont des vecteurs du trachome qui se reproduisent sur les matières fécales humaines mais pas dans les latrines. Les latrines diminuent l'exposition individuelle aux vecteurs du trachome et les programmes ont montré qu'il était possible de procéder à l'installation à grande échelle de latrines. La recherche opérationnelle a été utilisée pour suivre la véritable couverture en latrines et a montré que l'innovation mène à la conception et la concrétisation adaptées au contexte.

Les domaines d'aujourd'hui

Le Centre Carter continue à être actif dans les domaines suivants :

1. Continuer à développer notre outil de pointe pour la collecte des données;
2. Développer des critères pour déterminer les seuils de l'arrêt de la distribution massive d'antibiotiques(DMA) et la réalisation du programme;
3. Rechercher l'utilisation la plus rationnelle des ressources pour les districts avec une prévalence initiale du TF de 5 à 9 % chez les enfants âgés d'un à neuf ans;
4. Mettre en œuvre une surveillance post-endémique;
5. Continuer le travail sur les avantages parallèles de CHANCE, en particulier A, N, CE;
6. Etendre progressivement les interventions N et CE; et
7. Aller au-delà des questions liées à l'Espérance de Vie Corrigée de l'incapacité (EVCI) – comprendre davantage l'effet que comportent les interventions CHANCE sur la qualité de la vie.

Les questions en suspens

Si nous savions comment le faire, nous ferions également des recherches sur la mortalité excédentaire associée au trichiasis. Nous pourrions développer un indicateur simple, valide et reproductible qui peut être utilisé pour mesurer l'effet de la promotion de l'hygiène et trouver s'il existe un effort synergique des interventions N et CE sur l'utilisation de CH et A.

Conclusion

Le Carter Center ancre ses programmes dans une recherche opérationnelle qui non seulement influence la manière dont nous aidons les programmes mais affecte aussi les directives internationales et le mode de mise en œuvre des programmes de lutte contre le trachome dans le monde entier.

“Une morte vivante”: Une évaluation qualitative de la qualité de la vie chez les femmes souffrant d’un trachome grave dans les zones rurales du Niger

Présentée par Stephanie Palmer, Centre Carter

Le trachome est la cause de graves déficiences visuelles et de cécité mais, même avant la perte de la vue, nombreux sont les faits attestant du terrible effet de la maladie sur les capacités d’une femme à vivre une vie normale. Cherchant à nous donner une base de données plus solide que les indices dont nous disposons jusqu’à présent, nous avons façonné une étude d’après trois questions:

1. Comment les femmes dans les zones rurales du Niger définissent-elles la “qualité de la vie” ?
2. Comment le trichiasis affecte-t-il cet idéal?
3. Comment la chirurgie du trichiasis affecte-t-elle la qualité de la vie?

Les femmes ont été recrutées dans cette étude en utilisant le processus d’échantillonnage ciblé en deux étapes, supposant un examen clinique et des groupes de discussion informelle (les focus groups). Des entretiens approfondis et semi-structurés ont été organisés avec des femmes opérées et des femmes non opérées et une amie de leur choix. On a également invité à participer à des focus groups séparées des chefs de ménage de femmes qui souffrent du trichiasis afin de disposer d’une plus riche information contextuelle.

Un total de 23 femmes (13 opérées et 10 non opérées) ont été interviewées et quatre focus groups ont été tenus dans six villages de quatre districts dans les régions de Zinder et Maradi au Niger. Les femmes ont défini la qualité de la vie en termes de santé, sécurité, famille et communauté, statut social et obligations religieuses.

Le trichiasis affecte profondément la qualité de la vie de par l’exclusion sociale et la perte d’indépendance dû aux vives douleurs empêchant les femmes de travailler, se déplacer, et de gagner un revenu. Puis, les femmes perdent leur statut social car elles ne peuvent plus remplir leurs obligations sociales, comme l’aide réciproque, ce qui répercute également sur leurs obligations religieuses. Quand une femme souffre du trichiasis, elle devient un fardeau supplémentaire pour la famille car elle ne peut plus accomplir ses tâches quotidiennes et quelqu’un devra l’aider à vaquer aux soins de son ménage et aussi à vaquer, aux soins de son propre ménage. Sa maladie est également un souci financier pour la famille car elle ne pourra plus gagner de l’argent. De plus, elle aura besoin d’argent pour le traitement et la famille devra dépenser plus pour la nourriture, l’eau et le feu de bois qu’elle aurait cherché en temps normal. Une part du fardeau revient aux autres femmes et parfois les hommes doivent mettre la main à la pâte, ce qui risque de signifier perte du statut social pour eux.

La chirurgie du trichiasis a été décrite comme une « vie retrouvée » par les patientes. Elles ont retrouvé la santé, au même titre que leur indépendance et intégration dans la communauté. La chirurgie était vue comme positive et souhaitable et elle était aussi jugée préférable à des pratiques comme l’épilation. En effet, l’épilation était vue comme une partie de la maladie. Si elle soulage brièvement de la douleur causée par le trichiasis, il faut pourtant la répéter tous les deux ou trois jours alors que la chirurgie était considérée comme la solution de long terme. Les patientes prennent très au sérieux les instructions que leur donnent les chirurgiens concernant les soins après l’opération et jugent que c’est de leur faute si l’issue n’est pas favorable. Par ailleurs, les femmes voient également la chirurgie comme un moyen d’amélioration de la qualité de leur vie même dans certains rares cas quand elles ont eu un grave trichiasis postopératoire. Vu que les données

cliniques pré-chirurgicales ne sont pas disponibles, nous n'avons pas pu comparer leur statut avant et après l'opération et donc une des explications serait la suivante: malgré un résultat mitigé en apparence, la chirurgie a probablement amélioré leur état clinique, ou alors elles sont satisfaites du processus en général plutôt que de voir uniquement les résultats cliniques ou encore les femmes se sentent mieux psychologiquement car elles ont pris la décision de faire quelque chose à propos de leur état.

Le trichiasis a un profond effet débilissant sur la plupart des femmes, même celles connaissant des symptômes moins sévères. Par ailleurs, ces effets ne sont pas pris en compte actuellement par les mesures standard de la charge de morbidité comme l'Espérance de Vie Corrigée de l'incapacité (EVCI) qui ne tient compte que la cécité et de la perte de l'acuité visuelle comme morbidités imputables au trachome. Et comme les EVCI et autres mesures sont utilisées pour obtenir un financement et faire passer en priorité telle ou intervention, cela risque de signifier un manque de priorité et un sous-financement des programmes de lutte contre le trachome.



Une femme et sa confidente sont interviewées à propos des effets du trichiasis sur la qualité de la vie.

Mise à jour sur le projet de cartographie globale du trachome

Présentée par M. Simon Bush, Sightsavers

Introduction

Lors de ces 12 dernières années, on a cartographié 1 115 districts pour le dépistage du trachome et 559 districts ont été confirmés comme étant endémiques. En juillet 2012, le consortium du projet de cartographie globale du trachome (GTMP) a obtenu £10,6M du Department of International Development (DFID) pour cartographier le restant estimé de 1 238 districts, dans plus de 30 pays, d'ici mars 2015.

Sightsavers est à la tête d'un consortium de partenaires clés - London School of Hygiene and Tropical Medicine, International Trachoma Initiative, International Coalition for Trachoma Control; Ministères de la Santé et ONG partenaires du monde entier.

Le GTMP travaille en étroite collaboration avec la communauté d'experts en matière de trachome (y compris l'OMS) pour mettre au point et déployer les éléments suivants dans la lutte mondiale contre cette maladie:

- méthodologies et protocoles standards
- matériel et processus de formation
- saisie de données électroniques

Le GTMP fournira également un financement et enverra des experts pour aider les pays d'endémicité à étendre rapidement leurs activités de cartographie tout en maintenant la qualité nécessaire pour soutenir CHANCE.

Performance

Nous pensons que, d'ici la fin de mars 2013, le projet aura terminé la cartographie dans plus de 250 districts et disposera de 30 équipes soutenues et supervisées sur le terrain. Le GTMP commencera en priorité à soutenir la cartographie en Ethiopie et au Nigéria, pays qui représentent ensemble 50% (plus de 600 districts) des districts supposés d'endémicité qui doivent encore être cartographiés.

Ethiopia – 419 districts (33% du total)

Nous cartographions actuellement quatre régions en Ethiopie (Oromia, Tigray, Somali et SNNPR) et probablement que plus de 200 districts seront cartographiés d'ici la fin de mars 2013. La cartographie d'Oromia et de Tigray devrait être achevée d'ici la fin d'avril 2013.

Nigeria – 206 districts (17% du total)

Nous cartographions actuellement quatre états au Nigéria (Kaduna, Kano, Katsina et Jigawa) et probablement deux états en plus (Niger, territoire de la capitale fédérale) d'ici la fin de mars 2013. Nous pensons que 60 districts seront cartographiés d'ici la fin de mars. Nous espérons que les quatre (ou peut-être six) états seront cartographiés d'ici la fin de mai 2013.

Conclusion

Le projet est aux mains d'un consortium d'experts et de personnes et d'organisations motivées qui travaillent sans relâche pour achever cette étape capitale dans l'élimination du trachome cécitant. Le Centre Carter est un membre clé du comité consultative du projet. Les Ministères de la santé tant aux niveaux national que régional disposent d'une grande expertise et ont été d'une grande aide lors de chaque étape.

Décisions, décisions...interpréter les directives de l'OMS : Démarrer, arrêter, instituer la surveillance dans les programmes d'élimination du trachome

Présenté par M. Jonathan D. King, le Centre Carter

Cette présentation apporte une interprétation récapitulative des directives actuelles de l'OMS concernant les activités d'élimination du trachome, en commençant par la stratégie CHANCE, l'arrêt de la distribution massive d'azithromycine et le démarrage de la surveillance. Actuellement, le démarrage et l'arrêt des interventions en vue d'éliminer le trachome cécitant se fondent sur la prévalence des signes cliniques du trachome folliculaire inflammatoire (TF₁₋₉) chez les enfants âgés d'un à neuf ans et du trichiasis trachomateux parmi les groupes de tout âge, y compris les adultes, tel qu'estimé par les enquêtes basées sur la population et aléatoires par grappes. L'unité recommandée pour démarrer les activités est le niveau district d'environ 200 000 personnes bien qu'une unité administrative plus large puisse être utilisée quand une prévalence élevée du TF est escomptée. Les régions avec une prévalence du TT supérieure à 1% parmi les adultes représentent une priorité pour des services chirurgicaux renforcés. Quand la prévalence du TF₁₋₉ est supérieure ou égale à 10%, la stratégie CHANCE est nécessaire pour trois ans au moins. Aux termes des directives actuelles, aucune administration massive d'antibiotiques (DMA) à base d'azithromycine n'est demandée quand la prévalence du TF₁₋₉ est inférieure à 5%. Une distribution massive ciblée d'azithromycine est indiquée dans les zones où le TF₁₋₉ se situe entre 5-9%.

Une fois CHANCE est démarrée, les cibles du programme sont d'arriver à une couverture en antibiotiques de 100% pendant la DMA annuelle; 100% des communautés recevant une communication pour le changement comportemental afin d'encourager le nettoyage du visage et les changements environnementaux; 100% des ménages utilisant au moins une latrine à fosses; 100 % des ménages avec accès à l'eau dans un rayon supposant un déplacement aller-retour de 30 minutes. L'impact des interventions CHANCE doit être suivi pendant trois ans au moins (cinq ans dans les zones d'hyper-endémie au moment de l'enquête initiale). L'unité recommandée pour l'évaluation de l'impact est le niveau district, bien que les décisions ultérieures d'arrêter la DMA se fondent sur la prévalence du TF₁₋₉ au niveau du sous-district. Si le TF₁₋₉ est supérieure à 5% au moment de l'évaluation de l'impact (au niveau sous-district), alors une DMA est nécessaire pendant trois années de plus avant de répéter l'évaluation de l'impact. Si le TF₁₋₉ est inférieure à 5% dans l'unité d'évaluation du sous-district, la DMA peut être arrêtée et les activités de surveillance seront démarrées.

Les activités de surveillance doivent être mises en œuvre dans les régions qui arrêtent la DMA et une enquête répétée d'évaluation de l'impact sera faite après au moins trois ans de surveillance. Il est important de suivre la présence du TF₁₋₉ afin de dépister et de répondre à une résurgence potentielle supérieure à 5%. Pour cela, il faudra faire une enquête dans au moins deux communautés par district et par année, biaisée vers les communautés les moins développées et celles où on soupçonne le niveau d'endémicité le plus élevé. Quand le TF₁₋₉ est supérieur à 5%, la communauté devra être traitée avec des antibiotiques et les enquêtes seront étendues au sous-district. Si la prévalence du TF₁₋₉ au niveau sous-district est supérieure à 5%, alors la DMA sera recommencée pendant trois ans et des enquêtes seront étendues au district. La réponse sera répétée en cascade en fonction d'unités d'évaluations plus grandes et la DMA sera redémarrée quand le TF₁₋₉ est supérieure à 5%. Dans chaque communauté enquêtée, la présence ou l'absence de cas de TT sera documentée et l'utilisation des interventions N et CE devra être évaluée.

De plus, la surveillance exige une collecte et une revue continue des données relatives aux résultats chirurgicaux du TT pour s'assurer que les services de soins oculaires sont capables d'opérer les cas de TT incidents et récurrents. Le TT devra être intégré aux systèmes existants de surveillance pour suivre l'incidence du trachome cécitant. La cible d'élimination du TT est de moins d'un cas par 1 000 habitants (0,1%). Les activités de surveillance devront être intégrées dans le système sanitaire actuel chaque fois que possible et maintenues pendant trois ans après que les enquêtes ont montré que les cibles d'élimination peuvent effectivement être atteintes.

Références sur les directives de l'OMS :

- 1996 : Rapport de la 1^{ère} Réunion scientifique globale (GSM) sur les futures approches à la lutte contre le trachome
- 1997 : Alliance globale pour l'élimination du trachome cécitant d'ici l'année 2020 (GET2020)
- 1998 : Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA 51.11)
- 2003 : Rapport de la 2^e GSM sur le trachome
- 2006 : Lutte contre le trachome : Guide pour les responsables de programme
- 2008 : Rapport informel de la réunion sur la surveillance du trachome
- 2010 : Rapport de la 3^e GSM

Dialogue intersectoriel EAH/MTN, impact et implications pour N et CE

*Présenté par Mme Stephanie Ogden, coordinatrice EAH/MTN, International Trachoma Initiative et
Dr Matthew Freeman, Professeur adjoint, Département de la santé environnementale, Emory University*

Introduction

La nécessité d'inclure l'accès élargi à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) est implicite dans la stratégie CHANCE pour la lutte contre le trachome et le volet EAH est essentiel pour atteindre les cibles 2020 de l'élimination mondiale du trachome. Par ailleurs, la manière la plus efficace de s'assurer que les communautés où le trachome est endémique disposent d'un meilleur accès à l'EAH et de vérifier une prévention durable du trachome (et d'autres maladies tropicales négligées ou MTN) consiste à collaborer ou à coordonner avec le secteur de l'EAH car les programmes de lutte contre le trachome ne pourront pas avoir un impact direct sur la fourniture à grande échelle des services EAH. Malgré tout, les conversations entre les secteurs des MTN et d'EAH nous montrent que les avantages pour les deux secteurs doivent être clairement articulés si l'on veut que la collaboration se fasse effectivement.

Le secteur EAH recoupe un ensemble diversifié de parties prenantes dont les organismes publics, les organisations multilatérales et bilatérales et les ONG – avec divers investissements et diverses stratégies de programme. La collaboration réussie ne saura se faire que si les divers objectifs et motivations du secteur de l'EAH ainsi que l'interaction entre la lutte contre le trachome et celle contre les MTN sont parfaitement compris. De plus, l'investissement est de taille pour mettre à échelle l'infrastructure de l'EAH dans les communautés où le trachome est endémique et le secteur EAH est généralement sous-financé au niveau national comparé à d'autres secteurs. Les dépenses publiques moyennes du secteur de l'EAH représentent généralement un tiers celles du secteur de la santé et un sixième des dépenses consacrées à l'éducation. Au sein du secteur de l'EAH, l'investissement primaire se fait dans les systèmes d'approvisionnement en eau des zones urbaines, avec relativement peu d'investissement public consacré à l'assainissement et encore moins aux programmes d'éducation en matière d'hygiène. Pour engager effectivement le secteur de l'EAH dans la lutte contre le trachome, il est nécessaire de comprendre les contraintes politiques et de financement que rencontre ce secteur et de faciliter les améliorations qui seraient les plus pertinentes pour la lutte contre le trachome.

Etapes suivantes dans la collaboration entre les secteurs de l'EAH et la lutte contre les MTN

Une discussion de table ronde s'est tenue entre les représentants clés des secteurs EAH et MTN à la Fondation Bill & Melinda Gates en décembre 2012. Les participants ont discuté des aspects pratiques de la collaboration entre les secteurs et ont défini les étapes suivantes des domaines d'intérêt mutuel: recherche, plaidoyer et politique, renforcement des capacités, cartographie, suivi et collecte de données. Diverses initiatives sont en cours actuellement dans chacun de ces domaines, notamment: mise au point de matériel pour le renforcement des capacités entre les deux secteurs, inclusion des indicateurs EAH à la cartographie mondiale du trachome, plaidoyer conjoint pour traiter des questions importantes sur les deux plans et recherche pour combler les principales lacunes au niveau des connaissances sur l'impact de l'EAH dans la maîtrise des MTN.

L'ensemble de preuves sur l'impact de l'EAH sur l'infection trachomateuse

L'International Trachoma Initiative, Children Without Worms et Emory University ont forgé un partenariat pour réaliser une revue systématique et une méta-analyse de toute la littérature disponible pour mieux comprendre l'impact possible de l'accès à l'EAH sur le trachome. Les résultats clés sont récapitulés ci-après:

- L'importance des volets N et CE de la stratégie CHANCE est claire et justifiée.
- Le nettoyage du visage est clairement associé au recul du trachome: les visages propres sont corrélés à une réduction de 65% dans le TF/TI. Par ailleurs, la relation entre les visages propres et le trachome est mutuellement causative, les écoulements des yeux étant autant un symptôme qu'un facteur risque du trachome. Par conséquent, le nettoyage du visage n'est-il pas forcément un indicateur clair des pratiques d'hygiène du visage.
- La pratique de se laver le visage chaque jour est associée à une réduction de 36% du risque du TF/TI. Un lavage encore plus fréquent comporte des avantages marginaux supplémentaires.
- L'accès à une latrine familiale est une variable importante de la lutte contre le trachome. Les ménages ayant accès à une latrine ont 50% de risques en moins de contracter le trachome bien que l'effet soit moins marqué sur le TF/TI. Nous ne voyons aucune association entre l'utilisation des latrines et le TF/TI ou l'infection à trachome, bien que cela puisse être dû à des indicateurs inefficaces de l'utilisation des latrines.
- L'accès à l'eau dans un rayon d'un kilomètre du ménage ne semble pas être un facteur protecteur important pour le trachome. Si la distance à un point d'eau est probablement une variable importante dans la lutte contre le trachome, par contre la distance d'un kilomètre semble trop loin du ménage pour être un indicateur importante. Ce résultat pèse au niveau des politiques et des programmes au vu de la définition de l'OMS indiquant que l'accès à l'eau est dans un rayon d'un kilomètre du ménage, soit un déplacement aller-retour de 30 minutes. Notre résultat semble montrer que, même si les objectifs mondiaux étaient atteints en ce qui concerne l'accès à l'eau, il ne s'en suivrait pas forcément un recul dans la prévalence du trachome.
- L'utilisation du savon pour se laver le visage semble détenir une association significative sur la réduction du risque de contracter le trachome. La recommandation d'utiliser le savon semble être une recommandation valide dans la lutte contre le trachome bien que cela puisse également signifier que les familles qui utilisent du savon pour se laver le visage sont plus susceptibles d'avoir de bonnes pratiques d'hygiène en général, ce qui les protège contre le trachome.

Mise à jour sur les activités de l'ICTC

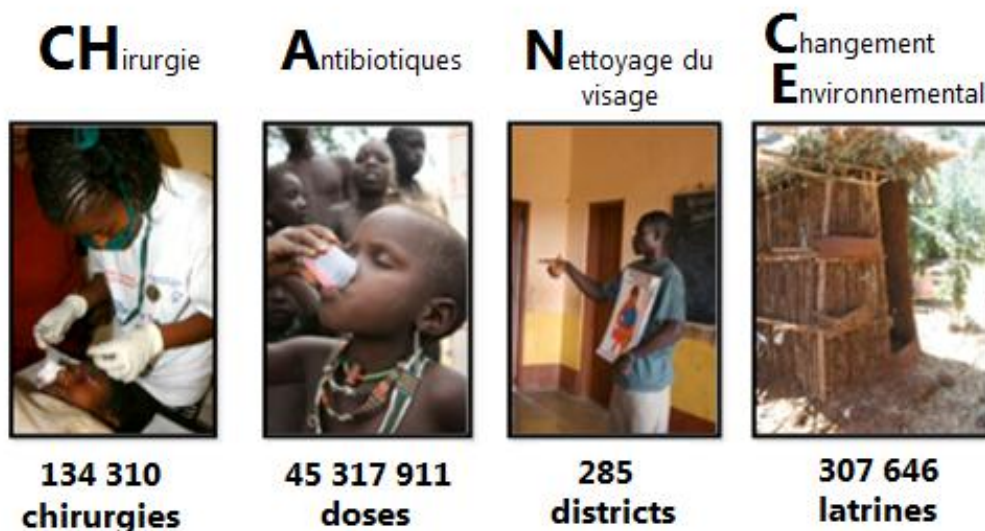
Présentée par le Dr Martin Kollmann, CBM

L'International Coalition for Trachoma Control (ICTC) est un groupe mis en place en 2004 dont les efforts contribuent à l'élimination globale du trachome cécitant par le biais de la stratégie CHANCE avalisée par l'OMS. La Coalition est composée d'organisations de développement non gouvernementales, de donateurs et de fondations et d'institutions académiques.

L'ICTC compte un plan stratégique de quatre ans, 2012 – 2015, articulant le solide engagement des membres face à l'Alliance GET 2020 et expliquant comment il aidera à soutenir la mise en œuvre de la feuille de route 2020 INSight de l'ICTC. Les membres de l'ICTC ont un sentiment collectif de responsabilité et d'urgence pour passer à l'action. Le processus de planification stratégique a encore servi à renforcer l'ICTC comme un groupe vibrant et engagé. De plus en plus populaire, la Coalition compte un nombre croissant de demandes, tant du programme de lutte contre le trachome que du secteur de l'EAH et il est régi par les critères d'inscrive de nouveaux membres.

En 2011, les organisations membres de l'ICTC ont soutenu les activités suivantes de CHANCE:

MEMBRES DE L'ICTC (CHANCE 2011)



ICTC International Coalition
for Trachoma Control

Expression remarquable de cette «communauté de pratique» en pleine croissance que la collaboration active des membres pour mettre au point et diffuser les travaux de pointe réalisés sous les auspices de l'ICTC sans demander des droits de propriété individuels. Engagement dont témoignent les manuels suivants de l'ICTC sur les meilleures pratiques, disponibles forme papier aux partenaires de GET 2020 et autrement sur le site web de l'ICTC (<http://www.trachomacoalition.org>) :

1. Feuille de route 2020 INSight: pour l'élimination du trachome cécitant
2. Réunion Scientifique Mondiale sur le Trichiasis Trachomateux : Discussions, conclusions & recherche proposée
3. Projet de cartographie mondiale du trachome: formation pour la cartographie du trachome.
4. Bonnes Pratiques pour le traitement de masse par Zithromax® : (en cours de préparation)

Les excellents résultats obtenus par les membres de l'ICTC et les développements susmentionnés ont vivement encouragé les donateurs à travailler avec l'ICTC pour coordonner les activités de lutte contre le trachome, tel qu'en témoigne le Projet mondial de cartographie du trachome financé par le DFID ainsi que les préparations de la Coalition concernant le soutien à la mise en œuvre de CHANCE avec le DFID et le Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust et d'autres projets de donateurs comme le END Fund et l' USAID par le biais du projet ENVISION de RTI.

L'ICTC formule actuellement des indicateurs opérationnels et collabore avec la Bill et Melinda Gates Foundation pour définir des repères de l'évaluation dans le cadre du suivi de la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées (Annexe I).

Mise à jour sur l'International Trachoma Initiative et Pfizer Inc

Présentée par le Dr Danny Haddad, International Trachoma Initiative

Introduction

L'International Trachoma Initiative (ITI) est chargée de gérer le Zithromax® donné par Pfizer Inc aux programmes nationaux de lutte contre le trachome dans le monde entier. Un compte rendu est fait des activités de lutte contre le trachome à l'ITI et à l'OMS pour l'élimination globale du trachome cécitant par l'Alliance 2020 (GET 2020). La date de bouclage de cette année pour la présentation par l'équipe nationale spéciale du trachome était le 1^{er} avril 2013. Les pays de l'ITI ont reçu des formulaires avec champ pré-remplis.

Accomplissements

Le nombre de districts d'endémicité dans le monde a augmenté de 559 en 2010 à 726 et 732 en 2011 et en 2012, respectivement. Sur ces districts, 55-58% ont été approuvés et ont reçu du Zithromax®. Les traitements ont atteint 89,7% de la population ciblée en 2010 et 78% de la population en 2011, d'après les estimations. En 2012, 67 million de personnes vivaient dans des districts distribuant du Zithromax® et 53,3 million de traitements ont été expédiés. Le nombre de traitements distribués sera disponible plus tard dans l'année. Les médicaments pour traiter 59,6 millions de personnes dans 23 pays ont été approuvés pour 2013. Trois pays ont arrêté le traitement en 2011, quatre en 2012 et six sont prévus de l'arrêter en 2013. De plus, 149 districts sont tenus en réserve, attendant les enquêtes sur l'impact, avec 19,2 millions de personnes vivant dans ces zones. Toutes les décisions d'exécuter avec le médicament donné sont revues et approuvées par le Comité d'experts du trachome. L'approbation est donnée à présent pour la durée anticipée de la mise en œuvre de la distribution massive d'antibiotiques (DMA) et ces districts ne seront plus discutés chaque année à moins qu'il ne se présente un problème avec le pays ou le district.

Voie vers l'élimination

Les résultats de l'enquête déterminent la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans un sous-district, district ou pays donné. Quand la prévalence du TF est supérieure ou égale à 30%, les volets A, N et CE (antibiotiques, nettoyage du visage et changement environnemental) sont mis en œuvre et une enquête est à nouveau faite dans ces districts après cinq ans. Quand la prévalence du TF est de 10 à 29%, A, N et CE sont mis en œuvre et les enquêtes sont faites à nouveau après trois ans. Quand le TF est inférieur à 10%, la prévalence est déterminée par le biais d'enquêtes au niveau sous-district et les activités suivantes sont mises en œuvre en fonction des résultats:

- TF ≥ 10% : A, N et CE sont mis en œuvre et une enquête est à nouveau faite dans le sous-district après trois ans.
- TF 5-9,9% : DMA ciblée et N et CE envisagés, enquête faite à nouveau au niveau du sous-district.
- TF < 5% : BFI atteint et, par conséquent, aucune DMA nécessaire et N et CE envisagés.

Cartographie du trachome

Des changements seront portés cette année au site web TrachomaAtlas.org pour fournir des données en temps réel, des cartes dynamiques et une interface davantage contrôlée par l'utilisateur. Le site web de la International Coalition for Trachoma Control sera fournit les liens vers ces cartes et fera des superpositions de la prévalence du trachome avec la mise en œuvre de la stratégie CHANCE.

Mise à jour sur l'Initiative rapide « Fast Track » de Sightsavers

Présentée par le Dr Agatha Aboe, Sightsavers

Introduction

L'Initiative Fast Track soutient les activités d'élimination du trachome dans 24 pays dont 22 se situent en Afrique. Le plan a été formulé en réponse au plan Insight 2020 de l'International Coalition for Trachoma Control (ICTC). Il comprend des enquêtes dans 937 districts (chiffre revu à présent à 1 285 districts par l'entremise du Projet de cartographie globale du trachome (GTMP) du Department of International Development [DFID]), opérant un million de cas de trichiasis (un tiers du nombre de cas en attente dans les pays soutenus par Sightsavers), fournissant des traitements d'antibiotiques à 84 millions de personnes, soutenant le nettoyage du visage pour que 85-90% des enfants aient des visages propres et plaidant pour l'installation de 10 000 points d'eau et 100 000 latrines familiales par an.

Enquêtes

Sightsavers participe à la réalisation de toute une série d'enquêtes. Nous assumons un rôle actif en tant qu'organisation chargée de la coordination pour le GTMP du DFID et nous avons réalisé trois enquêtes sur l'évaluation de l'impact en Tanzanie. Des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) ont été faites au Cameroun et au Nigéria. Une surveillance est également assurée dans les 29 districts d'administration massive d'antibiotiques post-endémie, les 37 districts de la Gambie et huit des neuf districts de la région de Koulikoro au Mali.

Mise en œuvre de CHANCE

Sur le plan de l'intervention chirurgicale, Sightsavers a noté une lente réduction dans le nombre de cas en attente d'être opérés. Nous cherchons à accélérer cette réduction en apportant une formation portant sur l'approche campagne et utilisant une recherche de cas systématique et la fourniture d'une chirurgie de qualité. La formation était dispensée avec le personnel de Sightsavers en octobre 2012 et sera également dispensée avec les ministères de la santé et d'autres partenaires en août/septembre 2013. Ces formations seront couvertes par une intense supervision et un suivi de caractère formatif.

Sightsavers intervient également activement au niveau de la distribution d'antibiotiques et de l'éducation sanitaire. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement à base d'antibiotiques a nettement augmenté chaque année, entre 2010 et 2012. Sightsavers travaille en partenariat avec le Centre des programmes de communication de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health pour mettre au point une boîte à outils électronique, une boîte à outils physique et élaborer un plan de recherche formative qui sera réalisé pour déterminer les éventuels aspects pouvant être améliorés dans les boîtes à outils.

Sightsavers travaille en partenariat avec d'autres organisations au niveau des pays dans le cadre de l'approvisionnement en eau et de l'amélioration de l'assainissement. Sightsavers participe aussi au plaidoyer continu pour inclure les partenaires du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans l'équipe spéciale et pour encourager la communauté à prendre en main l'amélioration des pratiques d'hygiène et d'assainissement dans le cadre de tous ses programmes. Il est regrettable qu'un grand nombre de programmes nationaux soient incapables de fournir le nombre effectif de points d'eau salubre et de latrines familiales. Sightsavers a l'intention de collaborer avec les divers partenaires pour déterminer quelles seraient les meilleures manières de collecter cette information vitale.

Étapes suivantes

Sightsavers continuera à soutenir les 24 pays de notre Initiative Fast Track, en accordant une attention spéciale à notre travail au Malawi, au Nigéria, dans le Soudan du Sud, en Ouganda, et en Zambie. Sightsavers étendra son soutien à la République centrafricaine (RCA) et au Tchad, notamment une formation pour les distributeurs de médicaments, les agents de santé, les enseignants et les chirurgiens du trichiasis. Nous avons également l'intention d'accélérer notre travail concernant le GTMP du DFID pour atteindre ces objectifs. La mise en œuvre de CHANCE sera améliorée en accordant une plus grande importance à la quantité et à la qualité améliorée de la chirurgie du trichiasis, aux partenariats stratégiques et au soutien technique renforcé en vérifiant que le personnel est en place pour apporter le soutien nécessaire.

Citons parmi nos partenaires : des Ministères de la Santé, ICTC, la Fred Hollows Foundation, le Centre Carter, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), la Conrad N. Hilton Foundation, Pfizer/ITI/Task Force for Global Health, DFID et RTI/USAID.

Collaboration actuelle et future avec le Swiss Tropical and Public Health Institute

Présentée par le Dr Jürg Utzinger, Professeur à l'Université de Bâle, Suisse

Les principes du Centre Carter ressemblent de près à ceux de l'Institut suisse de santé tropicale et publique (Swiss TPH), institut associé à l'Université de Bâle. Le Centre Carter part d'une recherche et d'analyses approfondies pour passer à l'action et s'attaquer aux difficiles problèmes visant à alléger les souffrances et à améliorer la santé de toutes personnes. Un des principaux guidant le travail de Swiss TPH est de chercher des solutions aux problèmes de santé publique internationale par le biais de l'innovation, de la validation et de l'application. Swiss TPH a été créé en 1943 par le Professeur Rudolf Geigy qui pensait que les résultats de la recherche en laboratoire sur les infections tropicales doivent être étendus au terrain – et vice versa – pour qu'un échange détaillé d'information puisse être appliqué à la prévention et la maîtrise des maladies tropicales. Sagesse contenu dans cette citation de Geigy en 1970: «...le laboratoire scientifique ne peut pas et ne doit pas se passer du terrain. Cet endroit où le chercheur naturel doit puiser une nouvelle inspiration et où l'attendent aujourd'hui plus que jamais des tâches urgentes.»

Dans les deux institutions existe un engagement mutuel face aux droits humains, une priorité accordée à l'action reposant sur la connaissance et l'obtention de résultats qui permettront de faire reculer les maladies et d'améliorer la santé de la population. Swiss TPH compte un personnel de plus de 600 personnes avec des MSc, MD et étudiants de doctorat provenant de plus de 60 pays. Les projets actuels de recherche opérationnelle comprennent plus de 100 collaborateurs dans plus de 30 pays. Les projets actuels dans le domaine de la prévention, du contrôle ou de l'élimination des maladies tropicales négligées (MTN) se rapportent notamment à la découverte, mise au point et validation de nouveaux diagnostics, de nouveaux médicaments et vaccins, à la détermination de l'impact des transformations démographiques et environnementales sur les infections à helminthes, la modélisation mathématique appliquée des MTN, dont le coût-efficacité de l'investissement pour l'élimination, la cartographie prédictive à haute résolution des infections helminthiques et la saisie de données électroniques pour la recherche sur le terrain.

La récente collaboration entre le Centre Carter et Swiss TPH visait à traiter de questions actuelles urgentes dans le cadre du programme mondial d'élimination du trachome cécitant. Il est important en effet que les ministères nationaux de la santé mettant en œuvre la stratégie CHANCE sachent comment ils peuvent déterminer le mieux si les interventions sont efficaces et obtiennent les résultats souhaités. Swiss TPH a apporté une assistance technique aux activités du Centre Carter en Ethiopie pour étudier des approches novatrices à l'évaluation de la stratégie CHANCE. L'expérience de Swiss TPH en matière d'épidémiologie, diagnostic et maîtrise des infections parasitaires intestinales a facilité l'étude d'une approche intégrée à l'évaluation du trachome et des infections parasitaires intestinales dans l'état régional national d'Amhara. Cette enveloppe d'interventions de CHANCE suppose des améliorations au niveau de l'hygiène, de l'eau et de l'assainissement et, par conséquent, les éventuels avantages de la stratégie ont été explorés au-delà du trachome. Il est évident que ces bases de santé publique aident à prévenir d'autres MTN et pourtant, il n'existe aucune documentation prouvant les avantages parallèles au-delà du trachome attachés à la stratégie CHANCE. Les résultats de la recherche opérationnelle renforceront la capacité des ministères de la santé à mesurer l'impact intégral des interventions et d'identifier les domaines pour améliorer les activités de lutte contre les maladies. Swiss TPH invite une collaboration continue avec le Centre Carter réalisant la valeur directe de l'utilisation des programmes comme plates-formes de la recherche opérationnelle qui est directement pertinente à la lutte contre les MTN.

Enquête sur la couverture post-campagne MalTra IX: Une évaluation rapide

Présentée par le Dr Zerihun Tadesse, Centre Carter en Ethiopie

Le Centre Carter, en partenariat avec le Ministère de la Santé de l'Ethiopie, Bureau sanitaire régional de l'Amhara, la Lions Clubs International Foundation, l'International Trachoma Initiative (ITI) et Pfizer Inc, a déployé la campagne MalTra IX dans 62 woredas de cinq zones de l'ouest de l'Amhara, du 3 novembre au 10 novembre 2012. Les rapports préliminaires ont montré un total de 7 184 735 (95%) sur la population totale de 7 523 046 personnes ayant reçu un traitement à base d'antibiotiques et un total de 24 086 cas fébriles dépistés par un test de diagnostic rapide (RDT).

Par le passé, nous avons notifié la « couverture administrative » - le nombre de doses notifiées qui ont été distribuées et nombre divisé par la population « de jure » (la population de jure est celle qui est reconnue comme la population « officielle » et ne comprend pas les nouveaux arrivants et n'exclut pas les habitants normaux qui sont absents pendant l'administration massive des antibiotiques [DMA]). Nous avons souhaité de s'approcher au vrai couverture en déterminant, d'une échantillon aléatoire de la population ciblée, le nombre de personnes rapportant qu'ils ont pris le Zithromax® divisés par la population « de facto. » (La population de facto comprend ceux qui étaient présents au moment de la DMA quelles que soient leur résidence normale et l'estimation officielle de la population).

L'enquête a été réalisée dans cinq districts de l'ouest de l'Amhara. Les districts choisis pour l'enquête étaient Fagita Lekoma (Awi), Awabel (East Gojjam), Takusa (North Gondar), Dera (South Gondar), et South Achefer (West Gojjam). L'enquête s'étendait à un total de 1 050 ménages habitant dans les kebeles compris dans ces endroits.

Par conséquent, l'enquête de validation post-campagne MalTra IX, l'approche d'un échantillonnage "30 x 7" a été utilisée pour réaliser l'enquête. Trente villages ont été choisis de chaque district (30 unités de premier stade) et sept ménages ont été choisis dans chacun des villages choisis (sept unité du deuxième stade), nous donnant une taille d'échantillon de 210 ménages.

Le questionnaire a été administré à 1 050 chefs ou membres du ménage. Parmi les répondants : 71,8% étaient des femmes et 27,2% étaient des hommes. Les principaux résultats de l'évaluation rapide sont discutés ci-après.

Parmi les personnes auxquelles on a demandé si elles avaient reçu le traitement à base de Zithromax®: 85,2% ont confirmé avoir reçu le traitement (Tableau 1), pourcentage inférieur donc à la couverture notifiée. La proportion de personnes qui ont reçu le traitement varie en fonction des districts. La proportion la plus élevée est signalée dans le district de Fagita Lekoma de la zone Awi (92,2%) et la plus faible dans le district de Dera de South Gondar (79,5%). Parmi les personnes qui ont pris le Zithromax®, seules 8% ont indiqué qu'elles avaient eu des effets secondaires. Le district de Dera a signalé la proportion la plus élevée de personnes avec des effets secondaires (18,5%).

Tableau 1: Couverture en DMA et effets secondaires dans les districts choisis, MalTra IX

District/Zone	Traitement reçu/ Zithromax® (%)	Effets secondaires (%)
Fagita Lekoma/Awi	92,2	4,6
Awabel/East Gojjam	82,3	7,2
Takusa/North Gondar	83,6	9,5
Dera/South Gondar	79,5	18,5
South Achefer/West Gojjam	89,5	2,8
Total	85,2	8,1

Le tableau ci-après indique la comparaison entre la couverture signalée en DMA par les représentants officiels des Woreda (WoHOs) et la couverture obtenue de l'enquête pour chacun des woredas enquêtés. Dans tous les woredas, la couverture signalée est plus élevée que la couverture obtenue de l'évaluation rapide. La variation se situe dans une fourchette allant de 14% dans le woreda de Dera de South Gondar à 3% à Fagita Lekoma d'Awi (Tableau 2).

Tableau 2: Comparaison de la couverture signalée en DMA par les WoHo et couverture obtenue de l'enquête

District/Zone	Couverture DMA notifiée telle qu'indiquée par les woredas (%)	Couverture obtenue de l'enquête (%)	Variation entre les chiffres signalés et les résultats de l'enquête (%)
Fagita Lekoma/Awi	95,2	92,2	3,0
Awabel/East Gojjam	95,2	82,3	12,9
Takusa/North Gondar	96,8	83,6	13,2
Dera/South Gondar	93,6	79,5	14,1
South Achefer/West Gojjam	96,9	89,5	7,4

Mise à jour sur la collaboration Centre Carter-UCSF en Ethiopie et au Niger

Présentée par le Dr Jeremy Keenan, Francis I. Proctor Foundation, University of California San Francisco

Le Centre Carter collabore avec la Francis I. Proctor Foundation à l'University of California San Francisco dans le cadre d'une étude en cours qui est financée par les Instituts Nationaux de la Santé en Ethiopie (TANA 2/TIRET) et collaborera également avec le même partenaire dans le cadre de la future étude financée par la Bill & Melinda Gates Foundation (MORDOR).

Ethiopie

TANA 2 est l'essai de continuation de l'essai TANA (L'Amélioration du Trachome dans le nord de l'Amhara). Dans le cadre de TANA, 72 sub-kebeles (unités administratives démographiques) dans la région d'Amhara en Ethiopie ont été assignés aléatoirement à 6 différentes branches de traitement. Deux de ces branches font l'objet d'un suivi dans l'essai TANA 2: distribution massive d'azithromycine une fois par an à la communauté entière et distribution massive deux fois par an à la communauté entière. TANA a été réalisé de 2006 à 2009. A la conclusion de TANA, plusieurs unités démographiques plus petites (équipe d'états) de chacun des sous-kebeles dans le bras de traitement annuel de TANA ont été assignées aléatoirement à l'une des quatre stratégies suivantes: (1) arrêt de l'azithromycine de masse, (2) azithromycine de masse continue une fois par an, (3) traitements d'azithromycine ciblant les enfants de cinq ans ou moins, et (4) traitements d'azithromycine ciblant les enfants avec un trachome cliniquement actif. De même, les équipes des états dans chaque sous-kebele dans la branche de traitement TANA deux fois ont été assignés aléatoirement à (5) arrêt de l'azithromycine de masse ou (6) traitements continus deux fois d'azithromycine de masse.

Nous avons effectué des visites de suivi annuelles pour TANA 2 depuis 2010 et la visite de suivi final sera faite en automne 2013. Lors des visites de suivi, un échantillon aléatoire d'enfants âgés de zéro à neuf ans sont examinés pour dépister un éventuel trachome et un écouvillon conjonctival est prélevé pour détecter *chlamydia* oculaire. La prévalence de *chlamydia* oculaire chez les enfants de zéro à neuf ans est le premier résultat de l'étude. Nous allons faire trois comparaisons primaires: (A) *chlamydia* oculaire lors de la visite finale contre visite initiale dans les branches avec arrêt de traitement, (B) *chlamydia* oculaire dans les communautés de traitement annuel versus les communautés de traitement deux fois par an et (C) *chlamydia* oculaire dans les communautés ciblées pour enfants versus les communautés ciblées pour trachome actif.

Niger

MORDOR (Réduction de la mortalité après l'azithromycine orale) est un essai qui compare les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés recevant de l'azithromycine en masse contre les communautés recevant du placebo en masse. L'essai comparera les taux de plusieurs infections, dont le paludisme et le trachome, dans les communautés assignées aléatoirement à l'azithromycine versus un placebo. L'essai se déroulera dans trois pays : le Niger, la Tanzanie et le Malawi. Le Centre Carter est un important partenaire dans la conception de l'essai et mettra en place le site de l'étude au Niger. Il est prévu que l'essai démarre en automne 2013.

Evaluation post-opératoire du trichiasis au Niger

Présentée par le Dr Kadri Boubacar, Coordinateur national adjoint, Programme national de la lutte contre la cécité

Introduction

De 1999 à 2012, le Programme national de la lutte contre la cécité au Niger a réalisé pratiquement 72 000 chirurgies du trichiasis. Une étude faite en 2006 par le Programme national et ses partenaires indique que 29% des cas avaient un trichiasis postopératoire. Le Programme national a réalisé une autre étude en 2011, se penchant également sur la récurrence du trichiasis et qui a constaté une prévalence de plus de 30%. Suite à ces résultats, le Programme national a voulu suivre les soins post-opératoires dans le but d'améliorer la qualité des services chirurgicaux qu'il dispense. Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants:

- Vérification de la distribution de la pommade de tétracycline, d'azithromycine et de paracétamol aux patients suivants la chirurgie;
- Vérification des conseils post-chirurgicaux donnés aux patients concernant la période de convalescence, les visites de suivi nécessaires et les indicateurs pour revenir en cas de douleurs ou de complications;
- Evaluer la satisfaction des patients avec les opérations;
- Identifier la récurrence et les complications postopératoires.

Méthodes

Cette présente étude a été faite en avril 2012 dans les districts de Birni N'Konni et Madaoua (région de Tahoua) et Magaria et Mirriah (région de Zinder). On a déterminé qu'un échantillon de 300 patients serait nécessaire. Une liste de tous les patients opérés l'année précédente a été compilée par district et randomisée. Les patients ont été visités dans l'ordre de la liste randomisée et n'ont pas été remplacés s'ils étaient absents au moment de la visite de l'équipe de l'étude.

Résultats

Un total de 268 patients ont été localisés et interviewés (27 à Birni N'Konni, 50 à Madaoua, 96 à Magaria, et 95 à Mirriah). La majorité des patients avaient 40 ans ou plus (50,4%), étaient des femmes (66,8%) et n'avaient été opérées qu'une seule fois (87,3%).

La majorité des patients - 62,7% - ont reçu tous les trois médicaments (azithromycine, pommade oculaire de tétracycline et paracétamol). Par contre, le pourcentage différait selon le district (Birni N'Konni, 66,7%; Madaoua, 24,0%; Magaria, 70,8%; Mirriah, 73,7%). Sur ceux qui n'avaient pas reçu tous les trois médicaments mais en avaient reçu au moins un, c'est l'azithromycine qui variait le plus. A Madaoua, seuls 26% ont reçu de l'azithromycine alors qu'à Mirriah, 76,8% en ont reçu.

Quant aux soins et au suivi post-opératoires, 100% des patients dans les districts de Tahoua ont indiqué qu'ils étaient revenus au centre de santé le lendemain de l'opération: 51,6% à Mirriah et 10,4% seulement à Magaria indiquent avoir reçu cette information. En revanche, 94,8% des patients à Magaria et 89,5% à Mirriah ont fait savoir qu'ils avaient reçu des indications, sur la douleur ou les complications, signes demandant qu'ils

reviennent voir le chirurgien. A Birni N’Konni, 55,6% des patients ont indiqué qu’ils avaient reçu cette information au même titre que 84% à Madaoua. Le nombre de jours indiqués pour enlever les pansements se situait dans une fourchette allant du même jour à cinq jours après l’intervention chirurgicale et la plupart des patients ont indiqué entre un jour (49%) ou le même jour (47,8%). Les patients ont indiqué qu’on leur avait dit de revenir au centre de santé entre un et sept jours pour enlever les points de suture et la majorité – 84,7% - ont indiqué qu’on leur avait dit de venir après sept jours.

La récurrence du trichiasis s’est présentée dans 20,5% des cas (IC de 95%: 15,9 - 25,9%) des patients, allant de 13,7% à Mirriah à 28,1% à Magaria. Rares étaient les autres complications chirurgicales. Et pourtant, malgré la prévalence de la récurrence, 93,8% des patients ont indiqué qu’ils étaient satisfaits par l’opération: de 87,2% à Magaria à 100% à Birni N’Konni.

Conclusions/Recommandations

Il existe une prévalence élevée du trichiasis post-opératoire chez les patients et certaines inconstances dans les soins et conseils postopératoires. Ces résultats indiquent que le Programme national doit accorder la priorité aux soins post-opératoires tant pour vérifier que les patients reçoivent l’information correcte que pour dépister rapidement les récurrences et les complications et déterminer les étapes correctives. Cette évaluation donne également l’occasion au Programme national de revoir et de réviser sa formation des chirurgiens, afin de s’assurer qu’ils sont au courant des politiques nationales et capables de fournir des soins de qualité aux patients.

Ces données suggèrent que les changements portés au programme après l’étude sur l’amélioration de la qualité ont un effet, le TT post-opératoire à six mois après la chirurgie semble avoir reculé, passant de légèrement plus de 30% à juste plus de 20%. Il reste du chemin à parcourir pour atteindre la cible de moins de 10% du trichiasis post-opératoire.

Risque de lésions cicatricielles dues au trachome chez les enfants après de multiples années d'interventions CHANCE en Ethiopie

Présenté par M. Jonathan D. King, Centre Carter

Dans la pathologie des déficiences visuelles imputables au trachome, les infections répétées avec *Chlamydia trachomatis* et l'inflammation causent des lésions cicatricielles dans la paupière supérieure. La progression des lésions entraîne des changements anatomiques nocifs provoquant l'entropion et le trichiasis (TT). La présence de lésions trachomateuses (TS) au sein de la population est un signe d'infections trachomateuses répétées dans la communauté et un risque possible de cas de trichiasis incidents. Des études précédentes ont évalué l'impact de la stratégie CHANCE sur la transmission du trachome en faisant un suivi de l'infection et de l'inflammation provoquées par le trachome chez les enfants. Nous cherchions à déterminer l'impact sur le TS chez les enfants vivant dans la zone de South Gondar (zone d'hyper-endémicité) dans l'Amhara en Ethiopie depuis la mise en œuvre de CHANCE. L'absence de TS chez les enfants nés depuis l'application de la stratégie CHANCE indiquerait non seulement une diminution de la transmission mais aussi la possibilité d'avoir évité la cécité.

Les données de quatre enquêtes de la prévalence, de nature inter-sectionnelle et à base de population, réalisées entre 2000 et 2001, ont été analysées pour déterminer les modes, par âge, des lésions cicatricielles dues au trachome, chez les enfants âgés de un à neuf ans. Nous avons évalué l'impact en comparant la probabilité de TS chez les enfants qui ont vécu en bénéficiant de l'intervention CHANCE et ceux couverts par des enquêtes avant cette intervention et nous avons utilisé pour cela un modèle de régression logistique à multiples niveaux, en tenant compte de la variation séculaire entre les années d'enquête, les diverses variables d'interférence et les effets aléatoires dus au regroupement aux niveaux communautaire et familial.

Nous avons observé une diminution dans la prévalence du TS progressivement lors de chaque enquête inter-sectionnelle et, en général, la prévalence du TS a baissé, passant de 24,9% en 2000 à 2,2% en 2011 parmi les enfants âgés de 1 à 10 ans. Tous les enfants âgés de 1 à 10 ans qui ont connu cinq années de mise en œuvre de la stratégie CHANCE étaient nettement moins susceptibles d'avoir des lésions cicatricielles (fourchette de probabilité de diminution; ratio de probabilité=0,11 pour les enfants de cinq ans, ratio de probabilité=0,42 pour les enfants âgés de 10 ans). Les interventions associées indépendamment à la probabilité de baisse du TS étaient les suivantes: ménage indiquant un lavage fréquent du visage et un déplacement de moins de 30 minutes pour aller chercher l'eau.

L'impact le plus prononcé (ratio de probabilité le plus faible) était noté chez les enfants nés la même année où les interventions ont démarré, indiquant un impact bénéfique cumulatif pour les enfants nés après la mise en œuvre de CHANCE dans l'Amhara. L'impact s'estompe (ratio de probabilité qui grimpe) pour chaque année vécue avant les interventions et indique que la progression des lésions cicatricielles pourrait être influencée par des facteurs se présentant lors des premières années de la vie. Constatation corroborant le fait que les infections et inflammations répétées sont la cause

des lésions cicatricielles et que l'infection et l'inflammation sont plus courantes, plus longues et plus dangereuses (charges bactériennes plus élevées) de l'âge d'un an à cinq ans. Les résultats de l'étude sont conformes aux résultats de la Tanzanie indiquant que les lésions cicatricielles se développent lors à un jeune âge.

Ces résultats suggèrent que la stratégie CHANCE peut effectivement prévenir le risque du trachome cécitant. Une diminution dans la prévalence du trachome a été observée dans d'autres pays en l'absence d'interventions mais cela n'a pas été démontré dans aucune zone de l'Éthiopie. La baisse significative du TS dans la zone de South Gondar est la preuve que les interventions CHANCE mises en œuvre par le Bureau de santé régionale d'Amhara permettent effectivement de faire reculer la cécité et devraient donc être poursuivies selon les directives de l'OMS. De plus, l'étude suggère que le TS chez les enfants peut être un indicateur utile dont peut se servir le programme pour suivre les progrès vers l'élimination du trachome cécitant. Dans l'idéal, une prévalence du TS de zéro chez les enfants nés depuis que les interventions de lutte ont commencé indiquerait que le trachome cécitant est battu en retraite.

La bonne cible: Différences systématiques entre les enfants scolarisés et non-scolarisés en Ethiopie

Présenté par Mme Aisha Stewart, Rollins School of Public Health, Emory University

Les enfants d'âge scolaire, dans le groupe des 6 à 15 ans, sont souvent ciblés par les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN). Par ailleurs, le groupe d'enfants d'âge scolaire est composé d'enfants qui fréquentent l'école et d'enfants qui ne fréquentent pas l'école et ces groupes ne sont pas forcément homogènes. Des évaluations de l'impact du trachome, réalisées dans deux zones de la région d'Amhara en Ethiopie en 2010 et en 2011, ont mis à jour des disparités entre les enfants scolarisés et les enfants déscolarisés. Les enfants fréquentant l'école étaient 61% moins susceptibles de présenter un trachome folliculaire inflammatoire (TF) comparé à leurs camarades qui ne fréquentent pas l'école, si on ajuste pour tenir compte de l'âge, du sexe et du regroupement des données (OR [rapport de cotes]=0,39; 95% intervalle de confiance [IC]: 0,35-0,43). Des résultats analogues ont été observés par des évaluations de l'impact au Mali et au Niger. De telles différences indiquent que les enfants scolarisés et déscolarisés risquent d'être systématiquement différents en ce qui concerne leur risque de contracter le trachome et que les programmes de maîtrise et d'élimination des MTN risquent de ne pas atteindre tous les enfants d'âge scolaire dans leurs communautés.

Une enquête aléatoire par grappes, à multiples stades, a été réalisée dans des districts qui ont bénéficié d'au moins cinq ans de la stratégie CHANCE dans le cadre de la lutte contre le trachome dans la région d'Amhara en Ethiopie aux fins d'examiner les éventuelles différences systématiques entre les enfants scolarisés et les enfants déscolarisés. On a noté les différences possibles, sur le plan individuel ou familial, entre les enfants scolarisés et déscolarisés. Des échantillons de selles ont été prélevés pour examiner la présence d'infections parasitaires intestinales et on a pris les mesures anthropométriques des enfants.

Un total de 2 711 enfants d'âge scolaire ont été recrutés dont 2 468 (91%) de 106 communautés de 20 districts ont accepté de participer à l'enquête. La fréquentation scolaire signalée était de 58,5% (95% IC: 54,5-62,4). Les enfants fréquentant l'école étaient plus âgés (OR=1,42, 95% IC: 1,33-1,51), plus susceptibles d'être du sexe féminin (OR=1,42, 95% IC: 1,15-1,76), et plus susceptibles de vivre avec leurs parents biologiques (OR=2,49, 95% IC: 1,30-4,77). Tel que l'on observé des évaluations précédents de l'impact, les enfants fréquentant l'école avaient une prévalence plus faible du TF (OR=0,55; 95% IC: 0,37-0,81), et ils ont indiqué se laver plus souvent le visage, les mains après être allé aux toilettes et utiliser les latrines, comparés aux enfants qui ne fréquentaient pas l'école (OR=2,74, 95%IC: 1,76-4,25; OR=3,49, 95% IC: 2,16-5,64; OR=2,29, 95% IC: 1,80-2,92, respectivement). Les enfants fréquentant l'école étaient plus susceptibles de vivre dans des ménages avec un statut socio-économique plus élevé et d'avoir des latrines (OR=1,94, 95% IC: 1,46-2,56; OR=1,52, 95% IC: 1,20-2,00, respectivement). Si on ajuste pour tenir compte de l'âge et du sexe, il n'existe pas de différences significatives entre la prévalence du TF ou les infections parasitaires intestinales entre les enfants scolarisés et ceux non scolarisés. On n'a pas observé de différences significatives dans les scores Z de la médiane de la taille-pour-âge ou du poids-pour-âge.

Ces résultats indiquent qu'il existe des différences systématiques entre les enfants fréquentant l'école et ceux qui ne fréquentent pas l'école. Les programmes de lutte contre le trachome déployés dans le cadre de l'école arrivent probablement à atteindre les enfants qui viennent à l'école mais dans les régions avec une faible fréquentation scolaire, les activités de lutte contre les MTN n'atteignent pas tous les enfants d'âge scolaire. Les stratégies de lutte contre les MTN devraient cibler d'une manière unique les enfants fréquentant l'école et les enfants ne fréquentant pas l'école pour maximiser la couverture des deux groupes.

Distribution massive d'antibiotiques pour la lutte contre le trachome: Apprendre du terrain pour améliorer la pratique sur le terrain

Présenté par le Dr Paul Courtright, Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

L'objectif général du projet des meilleures pratiques concernant la distribution massive d'antibiotiques (DMA) soutenue par l'International Trachoma Initiative consiste à retenir l'enseignement pertinent des programmes DMA de Zithromax® pour développer et documenter des directives préférées sur les pratiques en matière de DMA de Zithromax® qui viendront soutenir la mise à échelle prévue de la DMA dans les années à venir.

Le projet, démarré en 2011, compte un éventail d'activités dont une revue approfondie de la littérature guidant éventuellement la mise au point de questionnaires administrés aux coordinateurs nationaux et aidant à concevoir un modèle pour les entretiens qui étofferont les études de cas basés sur le terrain. Après avoir réalisé les études de cas (six au moment de la présente revue de programme), les données ont été compilées pour retenir certaines des « meilleures pratiques ». Une réunion a été organisée en Ethiopie pour passer en revue les meilleures pratiques en matière de DMA dans ce pays. Une seconde réunion s'est déroulée au Cap pour examiner les expériences de l'ensemble de l'Afrique. Examen qui a permis de compiler la « boîte à outils » synthétisant les meilleures pratiques. La réunion du Cap a également poussé à mettre au point avec AFRO (Bureau régional Afrique de l'OMS) un guide des meilleures pratiques OMS, une liste des besoins en recherche, une liste des paramètres pour calculer le coût de la DMA ainsi qu'une ébauche générale pour les directives proposées des meilleures pratiques liées à la DMA.

Voici certains obstacles retenus par le projet:

- Le niveau national ou local ne s'approprie pas vraiment le projet
- Le soutien politique est affaibli par les changements fréquents du personnel
- La coordination doit être renforcée
- L'efficacité n'est pas une priorité pour la plupart des systèmes de santé
- La capacité de mise en œuvre de la DMA sur le terrain est souvent assez limitée
- Les demandes pour les motivations financières augmentent
- Faibles compétences de planification au niveau district
- Supervision dans le système de santé souvent faible
- Peu d'expérience en ce qui concerne la collecte de données et la rédaction de rapports
- Nécessité de forger un lien plus solide entre le service de santé et la communauté

L'approche adoptée en rédigeant le document sur les pratiques préférées est de mettre en avant les aspects essentiels ou obstacles de taille, en éclairant avec les expériences pratiques du terrain et en faisant ressortir les activités importantes. La rédaction du document était un travail d'équipe et le fait d'avoir un groupe de travail pour revoir et peaufiner le matériel nous a été d'une grande aide. Après avoir achevé deux études de cas en plus (qui se concentreront sur la DMA intégrée), le document sera finalisé et il sera publié aux armes de la International Coalition for Trachoma Control.

Mise à jour de la Fred Hollows Foundation 2013

Présentée par le Dr Richard Le Mesurier, Fred Hollows Foundation

Introduction

La Fred Hollows Foundation (FHF) est une organisation globale qui influence les stratégies pour mettre fin à la cécité évitable et améliorer la santé autochtone. Nous nous concentrons sur la prise en charge de la cécité due à la cataracte, aux maladies oculaires diabétiques, au trachome, à la cécité infantile et aux erreurs de réfraction. Le but principal, partout où nous intervenons, est de renforcer les capacités à tous les niveaux, des centres de santé villageois aux hôpitaux régionaux et aux réseaux nationaux d'ophtalmologie. Nous pensons travailler en partenariat avec des personnes, de communautés, d'autres organisations de développement et des gouvernements.

Position 2012

La FHF a des projets en cours en Australie, Erythrée, Kenya, Vietnam, et Pakistan et des discussions sont menées pour d'autres projets au Cambodge et au Laos. Nous apportons un plaidoyer et un soutien aux ateliers de Moshi et nous avons tenu sous nos auspices une réunion du Réseau NTD NGDO 2012. La FHF a conclu un accord de partenariat stratégique avec Sightsavers pour soutenir l'Initiative Fast Track. La FHF collabore également avec diverses organisations pour mettre sur pied le projet d'élimination pacifique du trachome. Des discussions récentes avec diverses parties concernées et un solide appui local placent la FHF à deux doigts d'un nouveau programme d'envergure bien plus ample concernant la cartographie et l'élimination du trachome dans la Région d'Oromia en Ethiopie. Nous sommes loin de sous-estimer les défis et nous savons que, dans le cadre de cette nouvelle et importante initiative en Ethiopie, pèseront de tout leur poids, si nous voulons réussir, les partenariats, l'engagement de la communauté et le soutien continu du gouvernement fédéral et des gouvernements.

La planification et le développement continuent avec d'autres membres de l'International Coalition for Trachoma Control (ICTC) concernant plusieurs nouvelles ressources traitant du TT qui seront disponibles vers le milieu de l'année 2013. S'agissant d'outils de formation pour les chirurgiens du TT, d'un manuel de formation des formateurs, de mises à jour sur le livre jaune du trachome de l'OMS, d'un module de planification pour les gouvernements nationaux sur la manière de résoudre les problèmes des chirurgies du TT en attente et de plaidoyers pour soutenir et faire connaître les meilleures pratiques. Un rapport sur les résultats de la réunion des meilleures pratiques liées au TT de janvier 2012 a été publié récemment (ICTC).

Priorité 2013/2014

Nos principales activités en 2013 et en 2014 seront l'initiative de mise à échelle dans la lutte contre trachome en Ethiopie, du soutien pour l'Initiative Fast Track de Sightsavers et le Programme d'élimination pacifique du trachome. La mise au point d'outils de plaidoyer et le soutien technique sont au titre des autres activités.

Initiative mise à échelle dans la lutte contre le trachome en Ethiopie

L'Initiative mise à échelle dans la lutte contre le trachome en Ethiopie est un projet pilote financé par la DFID pour la cartographie du trachome. La méthodologie de la cartographie, la conception de la formation et les paquets de ressources pour les équipes de la cartographie ont été finalisés en novembre 2012 et les ateliers sur les plans chirurgicaux et les pratiques préférées en matière de DMA ont été réalisés en 2012. Les travaux de cartographie à Oromia (32 millions de personnes) seront terminés en avril 2013 et la FHF a

l'intention de démarrer la mise en œuvre mettront de la stratégie CHANCE intégrale dans le planning pour 10 districts prioritaires en 2013. La coordination et la planification sont en cours dans trois autres régions de l'Éthiopie. La FHF forge des partenariats avec des ONG locales qui en œuvre les activités N et CE et entre quatre et six équipes chirurgicales mobiles du trichiasis, ciblant 10 000 chirurgies en Oromia en 2013. La FHF est enregistré auprès du gouvernement éthiopien, ce qui lui permet à présent d'ouvrir un bureau en Éthiopie, de nommer le personnel et de mettre en œuvre toutes les interventions CHANCE.

Le projet d'élimination pacifique du trachome

Le Projet d'élimination pacifique du trachome est une initiative de collaboration avec l'Agence internationale pour la prévention de la cécité, Région Pacifique occidentale (APB WPR), l'Organisation mondiale de la santé, Bureau de la région du Pacifique occidental (OMS WPRO), de gouvernements nationaux et d'ONG. Les îles Solomon, Fiji, Kiribati, Vanuatu, Papouasie Nouvelle Guinée, Samoa et Tonga sont en train d'être cartographiés. Fiji a une prévalence moyenne du TF de 15% parmi les enfants de un an à neuf ans et Kiribati a une prévalence moyenne de 22%. Les six provinces des Iles Solomon qui ont été cartographiées ont une prévalence entre du TF entre 12% et 29% chez les enfants âgés de un an à neuf ans. Les trois dernières provinces seront cartographiées sous peu. L'exercice de cartographie dans les Iles du Pacifique représentent certains défis. La prévalence du trichiasis varie énormément mais la maladie était plus répandue que prévue à Fiji. Difficile aussi de cartographier les communautés dans les très petites îles de Kiribati, Tuvalu et Tonga et il faudra utiliser la méthodologie de l'Evaluation Rapide du Trachome. La présence de l'infection pian dans les îles de Vanuatu, Solomon et Papouasie Nouvelle Guinée complique la DMA et des recherches supplémentaires sont prévues par le Projet de cartographie mondiale du trachome et l'OMS. En outre la Papouasie Nouvelle Guinée représente un véritable défi en raison de sa taille, des problèmes de sécurité et du faible engagement du ministère de la santé.

Conclusion

La Fred Hollows Foundation continue à être un partenaire clé de l'élimination du trachome cécitant et elle est en train de mettre à échelle ses activités en Éthiopie et dans les îles du Pacifique.

Mise à jour sur les activités de CBM dans la lutte contre le trachome 2013

Présentée par le Dr Martin Kollmann, CBM

Introduction

CBM est une organisation chrétienne internationale de développement dont la mission est d'améliorer la qualité de la vie des personnes souffrant d'invalidités et vivant dans les communautés les plus pauvres. Dans les régions à faibles revenus du monde, CBM vise à renforcer les capacités des organisations partenaires. Comptant plus de 100 années d'expérience, CBM se concentre sur le développement durable dans des environnements souvent difficiles, apportant expertise technique, financement, équipement et produits. A l'aide de la stratégie CHANCE intégrale, CBM collabore avec les programmes nationaux de lutte contre le trachome soutenant les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux. Les partenaires notifient directement au gouvernement, pour leur propre compte, les activités soutenues par CBM. Ci-après un récapitulatif est donné des activités de 2012.

Chirurgie

CBM a apporté un soutien à 26 702 chirurgies en 2012 (données incomplètes). CBM appuie les chirurgies surtout en Afrique, en Asie et dans la Région de la Méditerranée orientale. Nos principaux pays sont l'Ethiopie, le Nigeria, le Myanmar et la Chine.

Antibiotiques

CBM a apporté un soutien à la distribution de 1 515 034 traitements à base d'azithromycine et à 67 971 traitements avec la pommade oculaire de tétracycline (TEO) pour le trachome actif, avec le nombre le plus élevé en Afrique, suivi de l'Asie, de la Région de la Méditerranée orientale et de l'Amérique latine. Seul TEO a été distribué en Amérique latine. L'Ethiopie, le Nigéria et la Zambie sont les principaux pays où CBM soutient la DMA.

Nettoyage du visage et changement environnemental

Sur un total de 2 276 403 personnes formées avec le soutien de CBM à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement dans le cadre de notre mission contre les maladies tropicales négligées (MTN), nous avons montré à 835 685 personnes l'importance de se laver le visage pour prévenir le trachome (700 324 dans la communauté et 135 362 dans les écoles). Les principaux pays où nous intervenons sont le Burundi, l'Ethiopie, le Tchad, Myanmar et l'Egypte. CBM a apporté un soutien à la construction de 4 462 latrines, la majorité étant construite dans les pays où le trachome est endémique en Afrique. CBM apporte également un soutien à la construction de 1 009 points d'eau potable dont 512 dans le Tchad.

CBM a soutenu la formation de 70 201 personnes, y compris 2 312 membres communautaires et 321 agents de santé concernant les volets N et CE. Les chirurgiens du trichiasis sont formés dans le cadre des programmes de formation de soins oculaires pour techniciens supérieur en ophtalmologie/assistants médicaux en ophtalmologie et infirmiers en soins ophtalmologiques.

Conclusion

La lutte contre le trachome entre dans les soins oculaires, les MTN et les missions de réhabilitation communautaire de CBM afin d'assurer la continuité des soins et de veiller à l'application de l'approche CHANCE intégrale. Nous soutenons actuellement la cartographie du trachome (indépendamment ou dans le cadre de la cartographie coordonnée des MTN) au Nigéria, en Zambie, en la République centrafricaine (RCA) et au Tchad. Les résultats du Projet de cartographie mondiale du trachome (GTMP) demanderont un soutien accru des ONG et d'autres parties concernées pour mettre en œuvre l'éventail complet des activités de CHANCE. CBM apporte actuellement un soutien aux activités concernant les MTN au Burundi et au Nigéria, et l'organisation est en train d'étendre son approche à d'autres pays comme le Soudan du Sud et la RDC.

Accomplissements accélérés dans les localités avec une prévalence du TF de 5-9% chez les enfants âgés de un à neuf ans

Présenté par Mme Zeinab Abdulla, Centre Carter Soudan

L'OMS recommande la stratégie CHANCE intégrale pour éliminer le trachome cécitant. La distribution massive d'antibiotiques (DMA) est recommandée pour tous les districts avec une prévalence initiale du TF chez les enfants âgés de un à neuf ans ($TF_{1-9} \geq 10\%$) aux niveaux district et sous-district pendant trois années consécutives. En 2010, le Soudan a achevé ses enquêtes sur la prévalence initiale du trachome dans 88 localités (districts). La prévalence du TF_{1-9} était $\geq 10\%$ dans trois localités, 5-9% dans 11 localités et $< 5\%$ dans les 74 restants. La stratégie CHANCE intégrale a été mise en œuvre dans les localités avec un $TF_{1-9} \geq 10\%$, et également dans deux emplacements sur les 11 avec un TF_{1-9} 5-9% (Dongola et Baw). Après trois séries de DMA à Dongola et deux séries dans la localité de Baw, une enquête à nouveau été faite dans ces endroits; le TF_{1-9} avait diminué à moins de 1% dans les deux endroits. Ces expériences nous montrent qu'une réduction du TF_{1-9} à $< 5\%$ peut être réalisée grâce à une couverture élevée en DMA pour le district entier en moins de temps que la distribution recommandée sur de multiples années. D'où la question: "Est-il possible de réduire la prévalence du TF en l'espace de moins de trois ans à un niveau inférieur à 5% dans les districts avec une prévalence initiale entre 5-9%?"

Pour répondre à cette question, les neuf districts restants avec un TF_{1-9} 5-9% ont été assignés aléatoirement à l'un des deux groupes. Un groupe a reçu une DMA sur l'ensemble du district, suivie d'une évaluation de l'impact au niveau sous-district après une année pendant laquelle la DMA continuera pendant une seconde année si le niveau district est toujours au-dessus de 5%. Deux de ces districts, Al Quraisha et Sawakin, ont reçu une DMA et la couverture dans ces districts était élevée: 83,8% et 91%, respectivement. Les deux autres districts, Abu Jebaiyha et El Jabalain, n'ont pas reçu de DMA. Une enquête a été faite d'abord dans les autres groupes au niveau du sous-district et ceux où la prévalence du TF $\geq 10\%$ allaient recevoir trois années était de DMA. Dans les trois sous-districts de Port Sudan dans l'état de Red Sea, $TF_{1-9} \leq 10\%$; TF $\geq 10\%$ dans tous les sous-districts de la localité d'Al Rahad et un TF $\geq 10\%$ dans deux des trois sous-districts dans chacun des états de Baladyat Al Gedarif, Al Fashaga dans l'état de Gedarif et Al Dinder dans l'état de Sinnar. Tous les sous-districts avec un $TF_{1-9} \geq 10\%$ devaient recevoir trois séries de DMA, nécessitant donc 2 563 265 doses de Zithromax®, d'après les estimations. Si nous avions fait une seule DMA sur l'ensemble du district, il nous aurait fallu 1 127 000 doses, d'après les estimations. Outre l'accélération de l'élimination du trachome, nous pensons que la série unique de DMA nous permettrait d'économiser en temps, argent et nécessitera moins de médicaments. Des enquêtes ont été faites utilisant la plate-forme Android, conçue tout spécialement pour les enquêtes sur la prévalence, appelé *Swift Insights*. Ce logiciel a ensuite été téléchargé aux lecteurs électroniques « Nooks » de Barnes and Noble. Cela a facilité la collecte de données pour ces sous-districts et nous a permis d'économiser en temps et en argent.

Prévalence du trachome au niveau sous-district (éligible pour trois séries de DMA si le TF₁₋₉ >10%)

Etat	District	TF initial %	Sous-district	TF % (95% IC)	District pondéré, % (95% IC)
Red Sea	Port Sudan	5,4 (3,6-8,2)	Al Shargi	2,0 (1,2-3,2)	3,1 (2,1-4,4)
			Al Janobi	3,5 (2,1-5,9)	
			Al Awsate	3,0 (1,8-5,1)	
Gedarif	B. Al Gedarif	5,9 (4,1-8,4)	A	8,9 (5,3-14,4)	13,1 (8,3-20,0)
			B	18,0 (8,6-33,9)	
			C	11,8 (7,0-19,3)	
	Al Fashga	6,1 (4,3-8,6)	Al Shouak	3,4 (1,9-6,3)	17,1 (12,5-22,9)
			Al Loukadi	29,8 (25,8-34,1)	
			Basalam	18,3 (10,7-29,3)	
	Al Rahad	7,1 (5,4-9,2)	Al Hawata	26,7 (20,9-33,5)	27,5 (22,5-33,1)
			Al Mafaza	27,2 (15,6-43,1)	
			Wad Al Shaer	29,1 (22,5-36,7)	
Sinnar	Al Dinder	8,5 (6,4-11,1)	West Al Dinder	6,0 (2,9-11,9)	10,2 (7,0-14,8)
			East Al Dinder	10,1 (4,0-23,4)	
			Al Dinder City	13,7 (9,6-19,1)	

Prévalence du trachome dans deux états du Nigéria après deux séries de distribution massive d'antibiotiques

Présenté par le Dr Asrat Genet Amnie, William Foege Global Health Fellow, Rollins School of Public Health, Emory University

Les évaluations de l'impact dégagent des données probantes venant étayer la prise de décisions sur la future mise en œuvre des programmes, notamment la continuation d'un programme existant, l'expansion d'un programme existant, la modification d'un programme existant, l'arrêt d'un programme existant ou le lancement d'un nouveau programme. Une enquête transversale a été faite dans les états du Plateau et de Nasarawa au Nigéria pour déterminer la prévalence du trachome après deux années d'administration massive d'antibiotiques (DMA). Chaque état est considéré un domaine séparé. Vingt grappes, dans ce cas des unités d'énumération des recensements, ont été choisies aléatoirement par domaine. Un total de 793 ménages, 1530 enfants âgés de un à neuf ans, 2138 adultes de 15 ans ou plus et 3990 sujets de l'étude ont été inclus.

Les signes cliniques du TF chez les enfants âgés de un à neuf ans ont régressé, de 13,9% à 4,9% entre l'évaluation initiale et l'évaluation de l'impact dans l'état du Plateau. Les signes cliniques du TF ont régressé et sont tombés de 12,1% à 1,6% dans l'état de Nasarawa entre l'enquête initiale et l'intervention. Les signes cliniques du trichiasis ont régressé, passant de 1,2% à 0,4% parmi les adultes âgées de 15 et plus dans l'état du Plateau et sont tombés de 0,3% à 0% dans l'état de Nasarawa. Les chiffres initiaux mentionnés ici comparent une prévalence moyenne de trois collectivités locales avec intervention (LGA) dans l'état du Plateau et quatre LGA d'intervention à Nasarawa.

L'étude a également évalué la couverture en antibiotiques pendant la DMA précédente. Les résultats de l'étude ont montré que 58,2% des répondants ont indiqué avoir pris de l'azithromycine ou utilisé la pommade oculaire à base de tétracycline dans l'état de Nasarawa et 31,1% ont indiqué avoir pris les médicaments dans le Plateau. Cette couverture indique une baisse de 60,3% à 31,1% dans le Plateau, selon une évaluation précédente de la couverture suivant la première série de DMA. Mais on a découvert plus tard que 16 des 40 unités d'énumération ne figuraient sur la liste de la DMA de l'état utilisée pour la distribution de médicaments.

Au titre des autres résultats de l'enquête, mentionnons une couverture générale en latrines de 18,2% et une utilisation de latrines de 98,6% parmi les ménages possédant une latrine. Cela indique une augmentation de la couverture en latrines, passant de 21% au moment de l'enquête initiale à 29,2% post-intervention dans le Plateau et une diminution, passant de 21,8% au moment de l'enquête initiale à 15,2% dans l'état de Nasarawa.

En conclusion, on note une réduction significative dans la prévalence du TF après deux séries de DMA dans les états du Plateau et de Nasarawa. Cette évaluation intérimaire corrobore la supposition que les états ont probablement atteint les cibles d'élimination d'une prévalence du TF de moins de 5% parmi les enfants âgés de un à neuf ans. Une troisième série de DMA se déroulera au printemps 2013 et une évaluation formelle de l'impact au niveau sous-district sera faite six mois après la troisième série de DMA. Cette étude confirme donc que deux séries de DMA peuvent être efficaces pour réduire la prévalence du TF dans les endroits où il existe une mise en œuvre soutenue des volets N et CE de la stratégie CHANCE bien que la couverture en DMA ait été inférieure à 80%. Les résultats devraient être reproduits dans des conceptions plus robustes, comme une étude longitudinales prospective.

Le programme de lutte contre le trachome au Nigéria devrait renforcer le mécanisme de distribution pour vérifier une couverture adéquate à l'avenir, renforcer aussi la capacité de durabilité des programmes de lutte contre le trachome en s'assurant que les parties locales s'approprient ce programme, accorder également la même priorité aux mesures environnementales; et aider les gouvernements et partenaires à atteindre un plus grand nombre de personnes, à faire mieux et plus vite pour atteindre le but de GET 2020 en déployant des stratégies novatrices.

Meilleures pratiques dans le domaine de l'éducation sanitaire

Présenté par Mme Lisa Dickman, le Centre Carter

L'éducation sanitaire est une composante vitale de chaque volet de la stratégie CHANCE. L'éducation sanitaire dans le cadre des volets CH et A vise à persuader une personne de se faire opérer ou de prendre les antibiotiques. L'éducation sanitaire dans le cadre de N et CE vise à modifier le comportement se rapportant aux pratiques d'hygiène et d'assainissement.

En automne de l'année dernière, le Centre Carter a commencé à mener une enquête sur les pratiques d'éducation sanitaire que nous soutenons. Nous cherchions les réponses à deux questions fondamentales : Quelles sont les meilleures pratiques sur le plan de l'éducation sanitaire pour le trachome et comment pouvons-nous les étendre à plus grande échelle? Un échantillon raisonné a été pris des communautés et des écoles pour identifier les zones possédant les meilleures pratiques d'éducation sanitaire. A l'heure actuelle, nous avons terminé les évaluations en Ethiopie, au Mali et dans le Soudan du Sud et nous avons démarré ce travail au Soudan.

Education sanitaire pour les enfants

Les résultats indiquent que les enfants peuvent agir comme agents de changement et l'éducation sanitaire devrait donc les cibler tant à l'école qu'en dehors de l'école. Les interventions ciblant les élèves sont les suivantes : porter le trachome au programme scolaire, encourager les pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les écoles, créer des clubs de santé scolaire/trachome et engager la communauté. L'engagement communautaire est particulièrement important pour atteindre les enfants qui ne fréquentent pas l'école.

Les clubs scolaires en Ethiopie et au Soudan utilisent des chansons, des sketches, des discours et des concours questions-réponses pour éduquer les élèves et les membres communautaires à propos du trachome. D'autres pratiques novatrices consistent à distribuer des trousseaux d'hygiène aux gagnants des concours questions-et-réponses. Ces clubs seront appelés club du trachome, club de santé environnementale ou club de santé en fonction de leur champ d'action.

Des exemples des meilleures pratiques de l'éducation sanitaire sont les suivantes: assainissement et hygiène à l'école avec évaluation par les camarades et latrines selon l'âge et le sexe; cérémonie de lancement de la DMA à l'école; et réunions communautaires qui ont mené à la construction de 75 latrines.

Education sanitaire sur l'ensemble de la communauté

L'éducation sanitaire en matière de trachome cible tous les membres de la communauté lors des campagnes chirurgicales, des campagnes de distribution massive d'antibiotiques, des plans de microfinancement pour la fabrication de savons et la construction de latrines. Parmi les meilleures pratiques identifiées au niveau de l'éducation sanitaire communautaire, nous avons retenu la présentation de boîtes à images faites avec des matériaux durables et du texte au verso de chaque page, la présentation de vidéos adaptées à la culture montrant pendant campagnes des chirurgicales, le partage de témoignages de patients du TT qui se sont fait opérer ou qui prennent de l'azithromycine, la diffusion de messages radiophoniques et le déploiement des agents de santé communautaires. Les agents de santé communautaires sont des personnes jouissant de la confiance de la communauté et qui apportent une éducation sanitaire à leurs camarades et donnent le bon exemple des comportements sanitaires. Les agents de santé communautaires utilisent divers moyens de

diffuser l'éducation sanitaire pour le trachome, notamment les cérémonies culturelles, les visites à domicile, les rencontres religieuses et les écoles.

Recommandations

Les pratiques recommandées de l'évaluation jusqu'à présent consistent à identifier les divers messages motivant qui encouragent les gens à changer leurs comportements. Une fois identifié, ce message sera mis sur des affiches, intégré au programme scolaire, et présenté lors des sketches. Par exemple, la peur de devenir aveugle était un motivateur commun identifié en Ethiopie.

Une fois le message motivant identifié, les programmes devraient revoir les pratiques qui devraient être mises à échelle aux niveaux régional, national ou international. La mise à échelle demande un soutien politique et un classement prioritaire par les parties prenantes; de l'argent dans le budget pour financer le matériel, la formation et la mise en œuvre; ainsi que le personnel adéquat pour mettre au point le matériel, former les éducateurs sanitaires et superviser. Le matériel, que ce soit les affiches ou les messages radio, devrait utiliser les langues locales et montrer des images provenant du style de vie local. Ce matériel doit être facile à utiliser et durable. Enfin, une mise à échelle réussie s'inspirera de programmes préexistants, si possible, et assurera une formation adéquate aux éducateurs.

La formation suit les principes de l'apprentissage pour adulte qui repose sur des volets d'exercice pratique selon la maxime: c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Les formations encouragent la créativité et l'apport du participant. Une des recommandations émanant de cette évaluation est de démarrer la formation en faisant comprendre qu'on encourage l'innovation. Utile de puiser dans le patrimoine culturel à l'exemple du théâtre au Mali. Certes, important de déterminer clairement les points saillants à inclure mais ensuite il faut laisser les élèves, les agents de santé et autres éducateurs libre de créer le sketch, les chansons et les poèmes en fonction de leurs pratiques traditionnelles. On indiquera également aux éducateurs qu'il est important d'adapter leurs messages sanitaires aux besoins de la communauté.

La collaboration avec les partenaires qui dispensent également une éducation son suivantes: intégration du trachome dans le manuel et sur les compétences utiles de la vie de l'UNESCO et l'UNICEF; utile également sont les agents de l'hygiène qui de se seront dans leur travail des boîtes à images sur le trachome mises au point par PAHO et CARE au Soudan du Sud. L'intégration d'un système préexistant représente également une bonne manière de collaborer. Dans le cadre de nos projets d'éducation sanitaire, nous avons identifié des exemples impressionnants de collaboration et d'intégration dans le système préexistant. Par exemple, en Ethiopie, le programme de lutte contre le trachome collabore avec les agents d'extension sanitaire du gouvernement pour intervenir conjointement dans les écoles et les communautés.

Si nous voulons éliminer le trachome cécitant du monde, nous devons identifier et reproduire les pratiques sanitaires qui ont fait leurs preuves, y compris l'éducation sanitaire dans les écoles, les boîtes à images, la formation des agents de santé communautaires et les mass-médias. Des interventions réussies d'éducation sanitaire savent identifier les messages qui motivent les gens à changer de comportement, à renforcer les systèmes existants, à créer et distribuer du matériel et à former des éducateurs sanitaires. Tout cela doit être faite à plus grand échelle, mieux et plus vite pour atteindre le but de l'élimination.

DECLARATION DE LONDRES SUR LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES

► *Depuis des décennies, les partenaires dont les sociétés pharmaceutiques, les pays d'endémie et les organisations non gouvernementales ont contribué sous diverses formes – connaissance technique, médicaments, recherche, financement et autres ressources – au traitement et à la prévention des Maladies tropicales négligées (MTN) affligeant les populations les plus pauvres du monde. Des progrès énormes ont été faits et nous sommes engagés à continuer sur cette voie.*

*Inspirés par la fiche de route 2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les MTN, nous pensons que l'occasion se présente de contrôler ou d'éliminer au moins 10 de ces maladies affligeantes d'ici la fin de la décennie. Aucune société, organisation, ni aucun gouvernement ne pourrait le faire tout seul. Animés par l'engagement correct, une bonne coordination et collaboration, les secteurs public et privé travailleront ensemble pour permettre à plus d'un milliard de personnes souffrant des MTN de mener une vie plus saine et plus productive – aidant ainsi les plus pauvres de ce monde à vivre dans l'indépendance. En tant que partenaires, avec notre gamme variée de compétences et de contributions, **nous sommes engagés à faire notre part:***

- Maintenir, étendre et renforcer nos programmes qui garantissent l'offre nécessaire de médicaments et autres interventions pour aider à **éradiquer** la dracunculose et aider à **éliminer** d'ici 2020 la filariose lymphatique, la lèpre, la maladie du sommeil (trypanosomiase africaine humaine) et le trachome cécitant.
- Maintenir, étendre et renforcer les programmes d'accès aux médicaments pour vérifier qu'il existe l'approvisionnement nécessaire de médicaments et d'autres interventions pour aider à **contrôler** d'ici 2020 la schistosomiase, les helminthes transmises par le sol, la maladie de Chagas, la leishmaniose viscérale et la cécité des rivières (onchocercose).
- Faire avancer la recherche et le développement par le biais de partenariats et octroi de fonds pour trouver les traitements et interventions des maladies négligées de la prochaine génération.
- Rehausser la collaboration et la coordination de la lutte contre les MTN aux niveaux national et international par le biais d'organisations multilatérales, publiques et privées, pour travailler plus efficacement ensemble.
- Octroyer un financement adéquat aux pays d'endémicité pour la mise en œuvre des programmes de lutte contre les MTN pour atteindre ce but, soutenus par les systèmes de santé engagés au niveau national.
- Fournir un appui technique, les outils et les ressources afin de soutenir les pays endémiques des MTN pour évaluer et suivre ces programmes.
- Apporter des mises à jour régulières sur les progrès en vue d'atteindre les buts de 2020 et d'identifier les lacunes restantes.

Pour réaliser cette vision ambitieuse de 2020, nous faisons appel à tous les pays d'endémicité et à la communauté internationale pour se joindre à nous dans notre engagement à fournir les ressources nécessaires à tous les secteurs et retirer les risques principaux des MTN – pauvreté et exposition – en assurant l'accès à l'eau propre et à l'assainissement de base, en améliorant les conditions de vie, en déployant une lutte contre le vecteur, en fournissant une éducation sanitaire et en renforçant les systèmes de santé dans les pays d'endémicité.

Nous pensons qu'en travaillant ensemble, nous pouvons atteindre nos buts d'ici 2020 et paver une nouvelle voie vers la santé et la viabilité parmi les communautés les plus pauvres qui auront un avenir plus enrichissant qu'ils pourront vivre en meilleure santé.

Trachome: La maladie

Le trachome est la première cause de cécité infectieuse dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la cécité de 1,2 millions de personnes est due au trachome, la plupart étant des femmes, et que 325 millions risquent de devenir aveugles ou de subir une déficience visuelle sévère. Environ 7,2 millions sont à un stade avancé de la maladie, le trichiasis. Le trachome est provoqué par des infections répétées de la conjonctive (la doublure de l'œil et de la paupière) par la bactérie *Chlamydia trachomatis* et peut être évité par des pratiques d'hygiène simples. La majorité des cas se produisent dans les régions arides des pays en développement, telles que le Sahel, où l'accès à l'eau propre est limité.

Le premier stade de la maladie est appelé *trachome inflammatoire* et s'observe le plus souvent chez les enfants. Le trachome inflammatoire peut se présenter sous forme de follicules blanchâtres sur la conjonctive sous la paupière supérieure ou autour de la cornée. Il peut également se présenter sous forme d'une inflammation très douloureuse ou désagréable associée à un épaissement de la conjonctive. Des cycles répétés d'infection et de guérison conduisent à la formation d'un tissu cicatriciel sur la conjonctive. Les femmes sont exposées de façon répétitive au trachome inflammatoire car elles sont le plus souvent au contact des enfants. Il n'est donc pas étonnant que les femmes soient deux fois plus touchées que les hommes par un trachome chronique. Le trachome se transmet par les sécrétions oculaires et nasales des personnes infectées par l'intermédiaire des mains, des serviettes et des vêtements, ou par les mouches attirées par les sécrétions oculaires et nasales. Puisque les paupières des trachomateux subissent des infections répétées de *Chlamydia trachomatis*, une cicatrisation consécutive de la conjonctive déforme l'intérieur de la paupière dont les cils se retournent vers l'intérieur et viennent frotter la cornée. Cet état appelé *trichiasis* provoque une douleur handicapante et agit comme un abrasif sur la cornée et y introduit de nouvelles infections. Le trichiasis est non seulement horrible en soi, mais il mène rapidement à la cécité.

Des recherches récentes laissent espérer que l'on peut contrôler cette maladie efficacement. En 1987 des experts en ophtalmologie et l'OMS ont mis au point une échelle de notation simplifiée, ce qui a facilité et standardisé le diagnostic de tous les stades du trachome. En 1997, l'OMS a coordonné l'Alliance GET 2020 qui a amené les ONG de développement, les donateurs et les chercheurs à joindre leurs efforts pour contrôler le trachome. A cela s'est ajoutée, avec le soutien de la Edna McConnell Clark Foundation et de l'OMS, la *stratégie CHANCE* a été créée pour viser à contrôler le trachome par des campagnes informatives s'appuyant sur les communautés.

Un autre événement d'importance fut le fait d'avoir découvert que l'azithromycine, antibiotique administré par voie orale une à deux fois par an, avait la même efficacité pour prévenir le trachome chronique que six semaines de traitement quotidien de la pommade oculaire de tétracycline, le traitement recommandé précédemment. En 2009 Pfizer Inc, fabricant du Zithromax® s'est de nouveau engagé à soutenir l'Alliance GET 2020 et son objectif d'éliminer le trachome à l'horizon de 2020. Depuis le début de la donation en 1998, environ 275 millions de doses de Zithromax® ont été données par Pfizer Inc et gérées par l'International Trachoma Initiative. La donation a porté sur 23 pays et doit s'étendre à cinq autres pays en 2013. L'existence de ce programme de donation a permis de donner un second souffle aux programmes nationaux pour le trachome et au soutien mondial pour l'élimination du trachome cécitant.

Progrès vers le but final d'intervention (BFI) 2012

Définitions utilisées

Chirurgie	$\frac{\text{Somme des chirurgies à ce jour}}{\text{Somme des chirurgies à ce jour + chirurgies en attente}}$
Antibiotiques*	$\frac{\text{Somme annuelle d'azithromycine et TEO distribué}}{\text{Population totale où le TF chez les enfants âgés 1-9 >10\%}}$
Nettoyage du visage	$\frac{\text{Nombre de villages bénéficiant régulièrement d'une éducation sanitaire}}{\text{Nombre total de villages dans les districts où le TF chez les enfants âgés 1-9 ans >10+tout village où le TF chez les enfants 1-9 ans > 10\% dans les districts de non-endémicité}}$
Changement environnemental **	$\frac{\text{Somme de la construction de latrines jusqu'à présent}}{\text{Nombre total de ménages sans latrine x 0,5}}$

NB: les progrès par rapport au BFI ont été calculés pour les résultats des programmes aidés par le Centre Carter et pour les résultats des programmes nationaux

**Le but pour la distribution d'antibiotiques n'est pas strictement un BFI : c'est la proportion de l'objectif du Traitement annuel obtenu*

***L'Objectif du Millénaire pour le Développement (cible 7) précise la diminution de la moitié de la proportion de population privée d'accès à une latrine d'ici 2015 without access to a latrine by 2015.*

Mise en œuvre efficace des programmes: “Faire plus, mieux et plus vite”
La quatorzième revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome
11-13 mars 2013

Lundi 11 mars (“Plus”)

8:00	*Ramassage navette Hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 9:30	Bienvenue et présentations	Dr. Donald Hopkins
9:30 – 10:00	Remarques d’ouverture	Dr. Paul Emerson
10:00 – 11:00	Ethiopie—Perspective d’Amhara	Sr. Zebideru Zewdie Abebe
11:00 – 11:30	<u>Pause café & Photo de groupe</u>	
11:30 – 12:30	Soudan	Dr. Nabil Aziz Awad Alla
12:30 – 12:45	Structure et but de la recherche opérationnelle/Sous les auspices du Centre Carter à l’appui du programme mondial	Dr. Paul Emerson
12:45 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	<u>Annonces</u>	
2:00 – 2:30	“Une morte vivante” : Evaluation qualitative de la vie des femmes souffrant du trichiasis dans les zones rurales du Niger	Mme. Stephanie Palmer
2:30 – 3:00	Progrès dans la cartographie mondiale du trachome	M. Simon Bush
3:00 – 3:30	Décisions, décisions...Interpréter les directives de l’OMS: Démarrer, arrêter et instituer la surveillance dans les programmes d’élimination du trachome	M. Jonathan King
3:30 – 4:00	<u>Pause-café</u>	
4:00 – 4:30	Obtenir 'Plus' pour la lutte contre le trachome : EAH/MTN Dialogue inter-sectoriel, Impact, et Implications pour N et CE	Mme. Stephanie Ogden / Dr. Matthew Freeman
4:30 – 4:45	Mise à jour de la International Coalition for Trachoma Control (ICTC)	Dr. Martin Kollmann
4:45 – 5:00	Mise à jour de la International Trachoma Initiative (ITI)/Pfizer Inc	Dr. Danny Haddad / Mme. Julie Jenson
5:00 – 5:15	Mise à jour de Sightsavers	Dr. Agatha Aboe
5:30	*Départ navette du Sheraton Atlanta *	

Mardi 12 mars (“Mieux”)

8:00	*Ramassage navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Soudan du Sud	Dr. Lul Riek
10:00 – 11:00	Niger	Dr. Kadri Boubacar
11:00 – 11:30	<u>Pause café</u>	
11:30 – 12:00	Collaboration actuelle et future avec Swiss Tropical and Public Health Institute	Dr. Jürg Utzinger
12:00 – 12:30	Enquête 30 x 7 Post – MalTra, une manière relativement rapide de connaître la vérité	Dr. Zerihun Tadesse
12:30 – 12:45	Mise à jour sur la collaboration avec l’University of California, San Francisco	Dr. Jeremy Keenan
12:45 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	<u>Annonces</u>	
2:00 – 2:30	Suivi post-opératoire des patients du trichiasis	Dr. Kadri Boubacar
2:30 – 3:00	Risque de lésions cicatricielles après de multiples années d’exposition à CHANCE	M. Jonathan King
3:00 – 3:30	<u>Pause-café</u>	
3:30 – 4:00	La bonne cible: Différences systématiques entre les enfants scolarisés et déscolarisés en Ethiopie	Mme. Aisha Stewart
4:00 – 4:30	Construire une boîte à outils des idées sur les meilleures pratiques de la DMA	Dr. Paul Courtright
5:30	*Départ navette pour l’hôtel Sheraton Atlanta	
6:00 – 9:00	Réception à l’hôtel Sheraton Atlanta	

Mercredi 13 mars (“Plus vite”)

8:00	*Ramassage navette à l’hôtel*	
8:30 – 9:00	<u>Petit déjeuner</u>	
9:00 – 10:00	Nigeria	Dr. Benjamin Nwobi
10:00 – 11:00	Mali	Dr. Bamani Sanoussi
11:00 – 11:15	Mise à jour de la Fred Hollows Foundation	Dr. Richard Le Mesurier
11:15 – 11:30	<u>Pause-café</u>	
11:30 – 12:00	Tchad	Dr. Djore Dezoumbe
12:00 – 12:30	Développement d’un système de classement standardisé des visages propres	Dr. Paul Emerson
12:30 – 12:45	Mise à jour de CBM	Dr. Martin Kollmann
12:45 – 1:45	<u>Déjeuner</u>	
1:45 – 2:00	<u>Annonces</u>	
2:00 – 2:30	Pouvons-nous économiser deux années? Distribution massive d’antibiotiques pour une année contre trois années de DMA ciblée pour les districts avec une prévalence initiale du TF entre 5% et 9%	Mme. Zeinab Abdalla
2:30 – 3:00	Prévalence du trachome au Nigéria après deux séries de DMA	Dr. Asrat Genet
3:00 – 3:30	Meilleures pratiques dans le domaine de l’éducation sanitaire	Mme. Lisa Dickman
3:30 – 4:00	<u>Pause-café</u>	
4:00 – 5:00	Conclusions et recommandations	
5:30	*Départ navette pour le Sheraton*	

Articles publiés par le personnel du Programme du Trachome au Centre Carter en 2012

1. Keenan JD, See CW, Moncada J, Ayele B, Gebre T, et al. (2012) Diagnostic test characteristics of tests for ocular *Chlamydia* after mass azithromycin distributions. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. **53**: 235-240.
2. Keenan JD, Ayele B, Gebre T, Moncada J, Stoller NE, et al. (2012) Ribosomal RNA evidence of ocular *Chlamydia trachomatis* infection following 3 annual mass azithromycin distributions in communities with highly prevalent trachoma. *Clinical Infectious Diseases* **54**: 253-256. doi: 10.1093/cid/cir791.
3. Gouda H, Powles J, Emerson P, & Ngondi J. (2012) The burden of trachoma in South Sudan: assessing the health losses from a condition of graded severity. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **6**: e1538. doi:10.1371/journal.pntd.001538.
4. Rajak SN, Habtamu E, Weiss H, Bedri A, Gebre T, et al. (2012) Epilation for trichomatous trichiasis and the risk of corneal opacification *Ophthalmology* **119**: 84-9.
5. Keenan JD, Moncada J, Gebre T, Ayele B, Chen MC, et al. (2012) Chlamydial infection during trachoma monitoring: are the most difficult-to-reach children more likely to be infected? *Tropical Medicine and International Health* **17**:392-6. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02919.
6. Ayele B, Aemere A, Gebre T, Tadesse Z, Stoller NE, et al. (2012) Reliability of measurements performed by community-drawn anthropometrists from rural Ethiopia. *PLoS ONE* **7**: e30345. doi:10.1371/journal.pone.0030345.
7. Rajak SN, Habtamu E, Weiss HA, Bedri A, Zerihun M, et al. (2012) Why do people not attend for treatment for trichomatous trichiasis in Ethiopia? A study of barriers to surgery. *PLoS Neglected Tropical Diseases* **6**: e1766. doi:10.1371/journal.pntd.0001766.
8. Cromwell EA, Ngondi J, McFarland D, King JD, & Emerson PM. (2012) Methods for estimating population coverage of mass distribution programs: A review of practices in relation to trachoma control. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medical and Hygiene* **106**:588-595.
9. Burton MJ, Rajak SN, Ramadhani A, Weiss HA, Habtamu E, et al. (2012) Post-operative recurrent trichomatous trichiasis is associated with increased conjunctival expression of *S100A7* (Psoriasin). *PLoS Negl Trop Dis* **6**: e1985. doi:10.1371/journal.pntd.0001985.
10. Gebre T, Ayele B, Zerihun M, Genet A, Stoller NE, et al. (2012) Comparison of annual versus twice-yearly mass azithromycin treatment for hyperendemic trachoma in Ethiopia: a cluster-randomised trial. *Lancet*. **379**:143-51.

Articles non-revues par des pairs publiés par le personnel du Programme du Centre Carter en 2012

1. Courtright P, Burton M, & Emerson, P (2012) Eliminating Trichiasis: the next steps forward. *Community Eye Health Journal*: **25**; 38.
2. Emerson P, Kollmann M, MacArthur C, Bush S, & Haddad D (2012) SAFE strategy for elimination of blinding trachoma addresses sanitation, the other half of MDG 7. *Lancet*: **380**; 27–28, doi:10.1016/S0140-6736(12)61122-2.
3. Solomon AW, Mabey DCW, Gilbert C, Griffiths U, Mills A, et al. (2012) Don't let misinformation derail the trachoma elimination programme. *BMJ*: **344**: e2579.

Liste des Participants

Tchad

Dr. Djoré Dezoumbé (PNLC)

Ethiopie

Sr. Zebideru Zewudie Abebe (ARHB)
Dr. Zerihun Tadesse (The Carter Center)
M. Tesfaye Teferi (The Carter Center)
M. Mulat Zerihun (The Carter Center)

Mali

Dr. Bamani Sanoussi (PNLCC)
M. Sadi Moussa (The Carter Center)
M. Yaya Kamissoko (The Carter Center)

Niger

Dr. Kadri Boubacar (PNLC)
M. Mohamed Salissou Kané (The Carter Center)
Dr. Sabo Hassan Adamou (The Carter Center)

Nigéria

Dr. Bridget Okoeguale (FMOH)
Dr. Benjamin Nwobi (FMOH)
Dr. Emmanuel Miri (The Carter Center)
Dr. Nimzing Jip (The Carter Center)

Soudan du Sud

Dr. Lul Riek (MFS)
M. David Stobelaar (The Carter Center)
Mme. Angelia Sanders (The Carter Center)

Soudan

Dr. Nabil Aziz Awad Alla (The Carter Center)
Mme. Zeinab Addalla (The Carter Center)

CBM

Dr. K.H. Martin Kollmann

The U.S. Centers for Disease Control (CDC)

Dr. Christine Dubray
Dr. Manoj Gambhir
Dr. Diana Martin
Dr. Stephen Blount
Dr. Monique Petrovsky

Conrad N. Hilton Foundation

M. Gregory Anderson

Francis I. Proctor Foundation

Dr. Jeremy Keenan
Mme. Nicole Stoller

Fred Hollows Foundation

Dr. Richard Le Mesurier
Mme. Virginia Sarah

Helen Keller International

Mme. Emily Toubali

Humanity Press

M. John Caldwell
Mme. Jill Freeman

International Trachoma Initiative

Dr. Danny Haddad
Dr. Huub Gelderblom
M. Colin Beckwith
M. Noah Kafumbe
Mme. Chantal Veira
Mme. Birgit Bolton
Mme. Joanna Pritchard

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology

Dr. Paul Courtright

Lions Clubs d’Ethiopie

The Honorable World Laureate Dr. Tebebe Y. Berhan

Lions Clubs International Foundation

Mme. Rebecca Daou
M. Mohama Tchatagba

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Dr. Matthew Burton
Dr. Tom Clasen

Pfizer Inc

Mme. Julie Jenson

The Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust

Dr. Astrid Bonfield

RTI International

Mme. Lisa Rotondo

M. Scott McPherson

Rollins School of Public Health

Dr. Christine Moe

Dr. Deb McFarland

Dr. Matthew Freeman

Dr. Asrat Genet

Mme. Aisha Stewart

M. Will Oswald

Mme. Kim Jensen

Mme. Caitlin Casey

Sightsavers

M. Simon Bush

Dr. Agatha Aboe

Dr. Tom Millar

Mme. Susan Walker

Swiss Tropical and Public Health Institute

Dr. Jürg Utzinger

Taskforce for Global Health

Dr. Mark Rosenberg

Dr. Adrian Hopkins

Mme. Stephanie Ogden

The Carter Center

Mme. Sarah Bartlett

Mme. Rebecca Brookshire

Mme. Kelly Callahan

Mme. Angela Daniels

M. Yohannes Dawd

M. Don Denard

Mme. Lisa Dickman

Dr. Paul Emerson

M. Walker Griffith

Dr. John Hardman

Mme. Madelle Hatch

Mme. Alicia Higginbotham

Dr. Donald Hopkins

Mme. Patsy Irvin

Mme. Nicole Kruse

M. Jonathan King

Mme. Martha Lucas

Mme. Renn McClintic-Doyle

M. Aryc Mosher

M. Kent 'Oz' Nelson

Mme. Yasmin Ogale

Mme. Stephanie Palmer

Dr. Amy Patterson

Mme. Lindsay Rakers

Dr. Frank Richards

Dr. Ernesto Ruiz-Tiben

Mme. Paige Rohe

Mme. Alethia Sanon

M. Randall Slaven

Mme. Shandal Sullivan

M. Craig Withers